

---

vereniging voor gezondheidsrecht

---

# **Grenzen aan het recht op gezondheidszorg**

Preadvies uitgebracht  
ten behoeve van de  
jaarvergadering van de  
Vereniging voor Gezondheidsrecht  
op 15 april 1988

door mr. J. P. Kasdorp

---

vereniging voor gezondheidsrecht

---

# **Grenzen aan het recht op gezondheidszorg**

Preadvies uitgebracht  
ten behoeve van de  
jaarvergadering van de  
Vereniging voor Gezondheidsrecht  
op 15 april 1988

door mr. J. P. Kasdorp

Secretariaat: Oudlaan 4, Postbus 9696  
3506 GR Utrecht  
Tel. 030-739390

<b>Inhoud</b>	<b>Blz.</b>
<b>Inleiding</b>	<b>1</b>
<b>Hoofdstuk 1</b> <b>Het recht op gezondheidszorg</b>	<b>4</b>
- De kern van het probleem	4
- De verzorgingsstaat	4
- De grondwet	6
- Internationale regelingen	8
- Politieke theoriën	9
<b>Hoofdstuk 2</b> <b>De ontwikkeling van de verzorgingsstaat</b>	<b>16</b>
- Het stelsel van ziektekostenverzekeringen	16
- Een politiek compromis	19
<b>Hoofdstuk 3</b> <b>Het vraagstuk van de grenzen van de zorg</b>	<b>26</b>
- Adviezen en rapporten	26
- De problematiek	28
- Inhoud	29
- Kosten	31
- Bestuur	34
- Een nieuw compromis in de maak?	37
<b>Hoofdstuk 4</b> <b>De rangorde van beginselen</b>	<b>39</b>
- Een algehele volksverzekering tegen ziekte- kosten	39
- Het voorstel van de WRR	39
- Het rapport van de commissie Dekker	41
<b>Hoofdstuk 5</b> <b>De rol van de overheid</b>	<b>44</b>
- Twee beheersmodellen	44
- Het overeenkomstenstelsel van de Zieken- fondswet en de AWBZ	46
- Overheid, markt, zelfregulering	51
1. Het rapport van de commissie Dekker	51
2. Het advies van de SER	54
<b>Hoofdstuk 6</b> <b>Inkomensoverdrachten</b>	<b>59</b>
- Solidariteit	59
- Solidariteit en collectieve lastendruk	60
- De lastenverdeling volgens het rapport Dekker	62
- Nominale premies	63
- Eigen risico	64
- Eigen bijdragen	65

Hoofdstuk 7	De aanspraken op gezondheidszorg	70
	- Het verstrekkingenpakket	70
	- Noodzakelijke zorg	71
	- Keuzemogelijkheden	73
	- Prioriteiten	76
Hoofdstuk 8	Selectie van patiënten	80
	- Selectie	80
	- Selectie en criteria	80
	- De grens bereikt	85
	Uitleiding met discussiepunten	86

## Inleiding

Dit preadvies handelt over het vraagstuk van de grenzen van de zorg. "De grenzen van de zorg" is een ingeburgerde maar enigszins misleidende aanduiding voor een complex van inhoudelijke, financiële en bestuurlijke problemen op het terrein van de gezondheidszorg. De Gezondheidsraad merkt terecht op dat de term "grenzen van de zorg" voor velerlei uitleg vatbaar is en daardoor verwarrend werkt.<sup>1</sup> Maar de naamgeving is ook ongelukkig omdat zij de verkeerde beelden oproept. Wie naar de grens kijkt, staat met zijn rug naar het binnenland. De "Grenzen van de zorg" lijkt een kwestie van randgebieden en randverschijnselen, maar heeft betrekking op centrale en belangrijke onderwerpen.<sup>2</sup>

Bij het vraagstuk van de grenzen van de zorg gaat het in wezen om het functioneren van de verzorgingsstaat op het terrein van de gezondheidszorg.

Na een bescheiden start veranderde de verzorgingsstaat in de jaren zestig in wat wel "een plafond van aspiraties voor welzijn en geluk" wordt genoemd.<sup>3</sup> Er kwam een expansie van door de overheid gegarandeerde aanspraken op gezondheidszorgvoorzieningen, wat resulteerde in een volgens velen onbevredigend, onbetaalbaar en onbeheersbaar stelsel.

In de discussie over de grenzen van de zorg staat de vraag centraal in welk opzicht dat stelsel onbevredigend is, in hoeverre onbetaalbaar en waarom onbeheersbaar. Niet in het minst is het de vraag wat er moet veranderen.

Een niet onbelangrijke rol in deze discussie speelt het gegeven dat de verzorgingsstaat nooit een scherp omlind concept heeft gekend. In ideologisch opzicht is zij een compromis,<sup>4</sup> in haar vormgeving heeft zij gebruik gemaakt van be-

---

<sup>1</sup> **Grenzen van de gezondheidszorg**, advies van de Gezondheidsraad, 's Gravenhage, 1986, pag.27.

<sup>2</sup> Musschenga en Borst-Eilers stellen dat er in de kern van de gezondheidszorg dringende problemen liggen, waarvan de oplossing tot verhoging van kwaliteit en verlaging van de kosten van de gezondheidszorg zal kunnen leiden. De discussie over de "grenzen" mag niet afleiden van de oplossing van de "kern"problemen. Zie Musschenga, A.W. en E. Borst-Eilers, *Ethische criteria voor prioriteitenstelling in de gezondheidszorg*. In: Musschenga, A.W. en J.N.D. de Neeling red., *Verdeling van schaarse middelen in de gezondheidszorg*, VU-uitgeverij, Amsterdam, 1987.

<sup>3</sup> Zijderveld, A.C., *Transformatie van de verzorgingsstaat*. In: Idenburg, Ph.A. red., *De nadagen van de verzorgingsstaat; Kansen en perspectieven voor morgen*, Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1983, pag.200.

<sup>4</sup> Zie hiervoor oa:

Sewandono, I., *Theorie achter de verzorgingsstaat*. In: Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Meppel, 1978, pag. 47-69.

Ter Borg, M.B., *De ideologie achter de verzorgingsstaat*, Beleid en Maatschappij, 1982, pag.357-362.

staande maatschappelijke structuren,<sup>5</sup> en in haar functioneren is zij technocratisch en instrumenteel.<sup>6</sup>

Deze kenmerken keren terug in de vele voorstellen die in het kader van de grenzen van de zorg zijn gedaan. Beginselen, uitgangspunten en doelstellingen worden daarbij wel gehanteerd, maar zelden rechtlijnig toegepast. Het is meestal van alles wat, waarbij wat haalbaar en uitvoerbaar is vaak de doorslag geeft.

Het zijn verder niet zozeer de doelstellingen van de verzorgingsstaat als wel de vormgeving en het gebruik van structuren waarin wijzigingen worden voorgesteld. De argumentatie wordt gedomineerd door overwegingen van doelmatigheid en effectiviteit, als bevestiging van de stelling dat het utilitarisme de verborgen ideologie van de verzorgingsstaat is geworden.<sup>7</sup>

De burger vervult in de verzorgingsstaat een paradoxale rol.<sup>8</sup> Enerzijds is de verzorgingsstaat aan hem dienstbaar. Zij is er voor zijn vrijheid, welzijn en ontplooiing. Anderzijds wordt hij door de wijze waarop de verzorgingsstaat zijn wensen uitvoert tot object van verzorging. De staat behandelt in beginsel iedereen gelijk en kan maar zeer ten dele rekening houden met individuele verschillen in behoeften en omstandigheden. Er is daardoor sprake van een ingebouwde spanning tussen vrijheid en gelijkheid, een spanning die aanvaardbaar moet blijven wil niet of de legitimiteit<sup>9</sup> van de verzorgingsstaat of haar functioneren in gevaar komen. De kritiek van velen is dat de balans te veel is doorgeslagen naar de kant van de gelijkheid.

De verzorgingsstaat is van allen en voor allen, maar er zijn grote verschillen in noden en behoeften en in de mogelijkheden om daarin zelf of met behulp van anderen in te voorzien.<sup>10</sup> Voor sommigen is de verzorgingsstaat overbodig, voor anderen noodzakelijk om te overleven. Zonder solidariteit, de bereidheid om elkaars lasten te helpen dragen, kan de verzorgingsstaat niet functioneren. Maar solidariteit kan niet onbepert worden verlangd of opgelegd zonder dat afwentelingsverschijnselen gaan optreden.

---

<sup>5</sup> Zie o.a. Doorn, J.A.A. van, De verzorgingsmaatschappij in de praktijk. In Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Meppel, 1978.

<sup>6</sup> Hierop is veelvuldig gewezen. Zie oa. Sewandono op. cit. Schnabel, P., *Nieuwe verhoudingen tussen burger en staat*. In: Idenburg, Ph.A. red., *De nadagen van de verzorgingsstaat; Kansen en perspectieven voor morgen*, Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1983.

<sup>7</sup> Zie hiervoor Schnabel op. cit. en Asperen, G.M. van, *Met de beste bedoelingen... Over de ideologie van de verzorgingsstaat*, *Filosofie en Praktijk*, 2 (1981) 4, pag.180 en 3 (1982) 2, pag.84-90.

<sup>8</sup> Zie Schnabel, op.cit., pag. 33.

<sup>9</sup> Douben noemt dit de meest wezenlijke bedreiging van de verzorgingsstaat: Douben, N.H., *Herbezinning op de legitimering van de sociale zekerheid*, *Sociaal Maandblad Arbeid*, 36 (1981), 9, pag.622-627.

<sup>10</sup> Zie: *De ongelijke verdeling van gezondheid: verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987*, rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 's-Gravenhage, 1987.

De veranderingen die onder druk van een naar doelmatigheid strevende overheid op het terrein van de gezondheidszorg worden voorgesteld, tenderen naar een grotere keuzevrijheid voor het individu en naar minder gelijkheid. Tegelijkertijd wordt de solidariteit binnen het stelsel aangepast. Kan een nieuw en aanvaardbaar evenwicht tussen vrijheid en gelijkheid worden verkregen? Indien de balans naar de andere kant zou doorslaan, worden een toename van sociale ongelijkheid in gezondheid en het voor velen onbetaalbaar worden van adequate gezondheidszorg reële gevaren. Dat zou een onaanvaardbaar alternatief zijn voor de huidige problematiek.

De "grenzen van de zorg" kunnen vanuit veel richtingen worden benaderd. Het is duidelijk dat er sprake is van een politiek vraagstuk van de eerste orde. Het is ook een economisch vraagstuk, omdat schaarste er een hoofdbestanddeel van uitmaakt. Het is een ethisch vraagstuk, omdat er keuzes moeten worden gemaakt, die een voortdurende reflectie nodig maken op wat verantwoord handelen is. Het is een medisch vraagstuk, want de doeleinden, de middelen en de effecten van het professioneel handelen worden erin ter discussie gesteld.

Er is daarnaast niet in het minst sprake van een juridisch vraagstuk, dat betrekking heeft op de rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg in de samenleving en de vormgeving daarvan binnen het raamwerk van de rechtsstaat. Nu het er op lijkt dat de verzorgingsstaat niet in haar bestaande omvang kan worden gehandhaafd, komen zowel de verschillende opvattingen over sociale rechtvaardigheid als de neerslag daarvan in het stelsel van gezondheidszorg opnieuw aan de orde.

Dit preadvies begint met een overzicht van de normatieve implicaties van het recht op gezondheidszorg als inspanningsverplichting van de overheid (hoofdstuk 1) en schetst vervolgens het compromis over de realisatie van het recht op gezondheidszorg, dat in de verzorgingsstaat langs wegen van geleidelijkheid is gesloten (hoofdstuk 2).

Het vraagstuk van de grenzen van de zorg wordt (in hoofdstuk 3) beschreven als een grondige heroverweging van dat compromis, waarop verschillende opvattingen over rechtvaardigheid hun invloed doen gelden. In de hoofdstukken die daarop volgen, worden een vijftal onderdelen verder uitgewerkt: het verzekeringsstelsel (hoofdstuk 4), deregulering en privatisering (hoofdstuk 5), de lastenverdeling (hoofdstuk 6), de aanspraken op voorzieningen (hoofdstuk 7) en wachtlijsten en selectie van patienten (hoofdstuk 8). Het geheel wordt afgesloten met de formulering van een aantal discussiepunten.

## Hoofdstuk 1 Het recht op gezondheidszorg

### De kern van het probleem

Het vraagstuk van de grenzen van de gezondheidszorg is veelomvattend en complex. Volgens de Gezondheidsraad gaat het niet zozeer om grenzen als wel om de vraag of de huidige gezondheidszorg en het huidige gezondheidszorgbeleid in Nederland op onderdelen aan herziening toe zijn.<sup>11</sup> Daarin heeft hij gelijk. Toch is er geen sprake van een aantal op zichzelf staande problemen, zoals uit de formulering van de Gezondheidsraad zou kunnen worden opgemaakt.<sup>12</sup> De problemen blijken niet tot onderdelen beperkt, maar vertonen een patroon. Het is opvallend dat de verschillende rapporten die over de grenzen van de zorg zijn verschenen -ondanks verschillen in benadering en accenten- betrekkelijk eensgezind een schets geven van drie met elkaar vervlochten probleemvelden, betrekking hebbend op:

1. De inhoudelijke koers van de gezondheidszorg;
2. De kostenontwikkeling van de gezondheidszorg;
3. Het beheersstuctuur van de gezondheidszorg.

Het vraagstuk van de grenzen van de zorg bestaat ook niet uit een optelsom van deze drie probleemvelden, want in nagenoeg elk rapport wordt een causale relatie gelegd tussen de inhoudelijke ontwikkelingen, het kostenprobleem en de bestuurlijke problemen in de gezondheidszorg. Toch is het niet in de eerste plaats vanwege deze causale relaties dat "het probleem van de grenzen van de zorg" meer is dan een optelsom van afzonderlijke problemen. De eigen identiteit van het vraagstuk berust vooral op de reden waarom al deze kwesties in onderling verband worden geproblematiseerd. Wat de problemen onderling verbindt is, dat ze gesteld worden in het kader van de verzorgingsstaat en betrekking hebben op de vraag hoe een kwalitatief goede gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar en bereikbaar kan blijven. De inzet van de discussie over de grenzen van de zorg is het recht op gezondheidszorg.

### De verzorgingsstaat

De verzorgingsstaat is door Thoenes<sup>13</sup> omschreven als een maatschappijvorm, die gekenmerkt wordt door een op democratische leest geschoeid systeem van overheidszorg dat zich bij handhaving van een kapitalistisch productiesysteem garant stelt voor het collectieve sociale welzijn van haar onderdanen. De omschrijving geeft aan dat de verzorgingsstaat meer een maatschappijvorm dan een staatsvorm is. Deze wordt, aldus van Doorn, in Nederland gerealiseerd via een "institutioneel complex van gespecialiseerde voorzieningen, dat weliswaar door de overheid wordt gegarandeerd en gesteund, maar overigens in het maatschappelijk middenveld opereert, in directe wisselwerking met de onderscheiden categorieën van cliënten".<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Op. cit. pag.27.

<sup>12</sup> Zie hiervoor hoofdstuk 3.

<sup>13</sup> Thoenes, P., *De elite in de verzorgingsstaat; Een sociologische proeve van een terugkeer naar domineesland*, Stenfert Kroese, Leiden, 1962, pag.124.

<sup>14</sup> Doorn, J.A.A. van, *De beheersbaarheid van de verzorgingsmaatschappij*, *Beleid en Maatschappij*, 1977, 5, pag.115.



Kenmerkend voor de verzorgingsstaat is, aldus Schuyt, dat zij programma's voor sociaal welzijn opstelt, zorgt voor risicodeling, iedere inwoner een politiek recht toekent op door de overheid beschermde minimumnormen voor inkomen, voeding, gezondheidszorg, huisvesting en onderwijs en het karakter heeft van een politiek compromis.<sup>15</sup>

De opkomst van de verzorgingsstaat is nauw verbonden met het ontstaan van een industriële samenleving. Onderzoek maakt aannemelijk dat economische groei de uiteindelijke oorzaak van de ontwikkeling van een verzorgingsstaat vormt. Wilensky die het uitgavenpakket voor sociale verzorging van 22 geïndustrialiseerde en 42 andere landen met elkaar heeft vergeleken, komt tot de conclusie dat "economic growth makes countries with contrasting cultural and political traditions more alike in their strategy for constructing the floor below which no one sinks."<sup>16</sup> De verschillen die er zijn kunnen volgens Wilensky worden verklaard uit het percentage van de bevolking dat ouder is dan 65 jaar en het aantal jaren dat het systeem van sociale verzorging reeds bestaat. Schuyt verbindt hieraan de conclusie dat de structurele component van de verzorgingsstaat, de industriële ontwikkeling, sterker is dan de culturele component, de politieke wilsvorming.<sup>17</sup>

Twee kenmerken van de verzorgingsstaat zijn daarmee in overeenstemming: het ontbreken van een scherp omlijnd concept in ideologisch en juridisch opzicht en het evolutionaire karakter van haar ontwikkeling.

De verzorgingsstaat kent een lange voorgeschiedenis, waarin een aantal door Schuyt genoemde kenmerken geleidelijk tot ontwikkeling zijn gekomen en zijn uitgekristalliseerd.<sup>18</sup> Dat geldt zowel voor de programma's voor sociaal welzijn als voor het element van risicodeling, waarbij vooral aan de ontwikkeling van de sociale verzekeringswetgeving moet worden gedacht. Waardoor de verzorgingsstaat, zoals die na de tweede wereldoorlog is ontstaan, zich vooral onderscheidt van voorgaande ontwikkelingen is de erkenning en realisatie van sociale grondrechten, waaronder het recht op gezondheidszorg.

De inhoud van het recht op gezondheidszorg en de wijze waarop het vorm heeft gekregen berusten echter, evenmin als de verzorgingsstaat zelf, op een duidelijk concept. Zij zijn het resultaat van betrekkelijk autonome ontwikkelingen, politieke en ideologische compromissen en het voortbouwen op reeds bestaande

---

<sup>15</sup> Schuyt, C.J.M., Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat. In: Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Mepel, 1978, blz. 73-97.

<sup>16</sup> H.L. Wilensky, *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*, Un. of Cal. Press, Berkeley, 1975.

<sup>17</sup> Schuyt, C.J.M., Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat. In: Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Mepel, 1978, blz. 73-97.

<sup>18</sup> Een voorbeeld biedt de bekende onderwijspacificatie van 1917, waarbij de vrijheid van onderwijs in de Grondwet werd gewaarborgd en de wetgever in de Grondwet de opdracht kreeg een aantal zaken, waaronder de bekostiging "naar gelijke maatstaf" voor het bijzonder en openbaar lager onderwijs, bij formele wet te regelen. De doorwerking van deze systematiek naar het voortgezet en het hoger onderwijs heeft tot gevolg gehad dat praktisch het hele onderwijsstelsel thans een wettelijke grondslag heeft.

structuren. Omdat in het kader van de grenzen van de zorg vorm en inhoud van het recht op gezondheidszorg ter discussie staan gaan de volgende paragrafen daar nader op in.

### **De grondwet**

Artikel 22, eerste lid, van de Grondwet luidt: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid".

Overeenkomstig de aard van de sociale grondrechten is artikel 22, eerste lid, van de Grondwet niet als een afdwingbaar recht van de burger, maar als een inspanningsverplichting van de overheid geformuleerd. De regering stelt dat de belangen die in de sociale grondrechten zijn verwoord, het in het algemeen noodzakelijk maken een belangrijke beleidsmarge te laten aan de tot behartiging van deze belangen geroepen overheidsorganen. "Zulk een beleidsmarge is onvermijdelijk, omdat nu eenmaal bijvoorbeeld de financiële middelen van de overheid en de sociaal-economische mogelijkheden niet onbepert zijn." Verder is ruimte voor beleid nodig, omdat de volksgezondheid en andere door de overheid te behartigen belangen de invloed van allerlei factoren ondervinden, die niet of slechts ten dele door de overheid kunnen worden beheerst. Tenslotte kan de zorg voor bijvoorbeeld voldoende werkgelegenheid botsen met de zorg voor de volksgezondheid. Voor de prioriteitenafweging die dan moet plaatsvinden, moet de Grondwet ruimte laten, aldus de regering.<sup>19</sup> Wel moet het betrokken overheidsorgaan zijn afweging van prioriteiten behoorlijk motiveren.<sup>20</sup>

Wat moet onder "bevordering van de volksgezondheid" worden verstaan? Onder "bevordering" is "bescherming" begrepen. "Bevordering" duidt daarnaast ook op voorzieningen ter verhoging van het niveau van de volksgezondheid, aldus de Memorie van Toelichting.<sup>21</sup> In de Grondwet worden behalve de formulering "treft maatregelen ter bevordering" ook andere zinswendingen gebruikt, zoals "bevordering...is voorwerp van zorg der overheid" of "voorwaarden scheppen voor". Aan deze verschillen in formulering kan niet veel betekenis worden toegekend, omdat men daarmee onder andere een herhaling van dezelfde formulering in één artikel wilde voorkomen.<sup>22</sup>

De hantering van het begrip "volksgezondheid", duidt er op dat niet alleen bevordering van de gezondheidszorg is bedoeld. De term "bevordering van de volksgezondheid" omvat weliswaar het voeren van een beleid ten aanzien van de particuliere gezondheidszorg, maar heeft daar niet uitsluitend betrekking op, aldus de regering.<sup>23</sup>

Wat de rechtskracht van de sociale grondrechten betreft stelt de Memorie van Toelichting dat zij:

- reeds bestaande wetgeving ter concretisering van het grondrecht op een bijzondere wijze tegen eventuele intrekking beschermt;

---

<sup>19</sup> Eerste Kamer, zitting 1976-1977, 13 872 en 13 873, nr.55b, pag.26.

<sup>20</sup> Eerste Kamer, zitting 1976-1977, 13 872 en 13 873, nr.55b, blz.31.

<sup>21</sup> Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13 873, nr.4, pag.14.

<sup>22</sup> Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13873, nr.4, pag.14.

<sup>23</sup> Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 13 873, nr.7, pag.23.

- een plicht van de overheid schept zodanige voorzieningen te treffen, dat de maatschappelijke werkelijkheid zoveel mogelijk in overeenstemming is met hetgeen het grondrecht beoogt aan de burger te verzekeren;
- stimuleert tot het in het leven roepen van nieuwe voorzieningen, waaruit rechten voor de burger kunnen voortvloeien;
- uitgangspunt vormt voor de gedachtenvorming tussen vertegenwoordigende lichamen en de Regering over de mate en het tempo waarin, en de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de betreffende grondwetsartikelen.<sup>24</sup>

De VVD-fractie in de Eerste Kamer trok tijdens de parlementaire behandeling het rechtskarakter van de sociale grondrechten in twijfel en kenschetste ze als "een program van politieke activiteiten met een wisselende doctrinaire inslag". De Regering ontkende dit laatste niet maar stelde "dat de betrokken bepalingen niet uitsluitend beleidsdirectieven en oriëntatiepunten zijn; zij zijn ook rechtsnormen. Zij verplichten de overheid zich te richten op de verbetering van de menselijke ontplooiingsmogelijkheden in de samenleving."<sup>25</sup> Zonder dat met zoveel woorden te zeggen verwijst de Regering daarmee naar de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, waarin gesproken wordt over rechten die onmisbaar zijn voor zijn waardigheid en voor de vrije ontplooiing van zijn persoonlijkheid.

Artikel 22, eerste lid, van de Grondwet moet dus worden gezien als een opdracht aan de overheid tot het voeren van een beleid, dat is gericht op het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid en waarvan een beleid ten aanzien van de gezondheidszorg deel uitmaakt. Het geeft uitdrukking aan het rechtskarakter van de verzorgingsstaat op het terrein van de volksgezondheid.

Leenen en Roscam Abbing zien het grondwetsartikel als de belichaming van het recht op gezondheidszorg, dat volgens hen het recht op een kwalitatief goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg omvat en geldt voor iedere burger.<sup>26</sup> Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA concludeert dat het grondrecht geen recht op gezondheidszorg, noch een recht op gezondheid bevat.<sup>27</sup> Deze conclusies lijken met elkaar in tegenspraak, maar dat is schijn. Zij bedoelen beide dat het grondrecht aan de burger geen rechtens afdwingbare aanspraken geeft. De schijnbare tegenspraak ontstaat doordat het begrip "recht op" in verschillende betekenissen wordt gebruikt. Leenen en Roscam Abbing duiden er een inspanningsverplichting van de overheid mee aan en het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA een afdwingbaar subjectief dan wel objectief recht van de burger.

Het lijkt niet terecht om de betekenis van het grondwetsartikel te beperken tot de gezondheidszorg, zoals het gebruik van het begrip "recht op gezondheidszorg" en de omschrijving die Leenen en Roscam Abbing ervan geven, suggereren. Zowel in de tekst als in de stukken van de parlementaire behandeling van de Grondwet is ondubbelzinnig sprake van "volksgezondheid". Het zou beter zijn om van een recht op gezondheid te spreken. Daartegen wordt wel het argument

<sup>24</sup> Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13 873, nr.4. pag.7.

<sup>25</sup> Eerste Kamer, zitting 1976-1977, 13 872 en 13 873, nr.55b, pag.27.

<sup>26</sup> Leenen, H.J.J. en H.D.C. Roscam Abbing, *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1986, pag.18.

<sup>27</sup> *Zorgvernieuwing door structuurverandering; volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening*, rapport van een commissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987, pag.95.

ingebracht dat een dergelijk recht niet te verwezenlijken valt, omdat het realiseren van de gezondheid niet binnen het bereik van de menselijke mogelijkheden ligt.<sup>28</sup> Op zich is dat juist, maar dat neemt niet weg dat de overheid zich kan inspannen om door maatregelen van diverse aard de gezondheid van de bevolking te bevorderen. Een op de volksgezondheid gericht facetbeleid zoals in de Nota 2000<sup>29</sup> wordt bepleit, kan op grond van artikel 22, eerste lid, geacht worden onder de inspanningsverplichting van de overheid te vallen.

Het grondwetsartikel is vaag geformuleerd en bevat geen aanwijzingen over de inhoud en de vormgeving van het door de overheid te voeren beleid. De overheid kan aan het beleid op uiteenlopende wijze invulling geven. De normatieve lading van het recht op gezondheidszorg is evenmin eenduidig. Leenen heeft in zijn proefschrift<sup>30</sup> de inhoud van het recht op gezondheidszorg inductief afgeleid uit de ontwikkeling van de gezondheidszorg op nationaal en internationaal niveau. De inhoud van het recht op gezondheidszorg kan ook deductief worden afgeleid uit verdelingstheorieën en opvattingen over gezondheid en gezondheidszorg. Het recht op gezondheidszorg is niet statisch maar dynamisch. Wat het recht op gezondheidszorg als inspanningsverplichting van de overheid inhoudt, moet voortdurend herijkt worden op basis van de normatieve opvattingen die daarover in de maatschappij leven.

### **Internationale regelingen**

Ook in een drietal verdragen zijn bepalingen opgenomen, die betrekking hebben op de taak van de staat ten aanzien van de volksgezondheid.

Artikel 25, eerste lid, van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) bepaalt onder andere dat een ieder recht heeft op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder begrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging. Artikel 22 van de Universele Verklaring voegt daaraan toe dat een ieder er aanspraak op heeft dat door middel van nationale inspanningen en internationale samenwerking, en overeenkomstig de organisatie en hulbronnen van de betreffende staat, de economische, sociale en culturele rechten, die onmisbaar zijn voor zijn waardigheid en voor de vrije ontplooiing van zijn persoonlijkheid, verwezenlijkt worden.

Het recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid, komt iedereen toe, maar met opzet is het begrip "gezondheid" niet verder verduidelijkt,<sup>31</sup> terwijl evenmin is aangegeven wie voor de realisatie van dat recht verantwoordelijk is. Beroep op de rechter tot nakoming van dit recht is niet mogelijk.

---

<sup>28</sup> Leenen, H.J.J., *Rechten van mensen in de gezondheidszorg; een gezondheidsrechtelijke studie*; Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1978, pag.18.

<sup>29</sup> Nota 2000; *Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2.

<sup>30</sup> Leenen, H.J.J., *Sociale grondrechten en gezondheidszorg*, C. de Boer jr./Paul Brand, Hilversum, 1966, pag.84.

<sup>31</sup> Zie hiervoor Roscam Abbing, H.D.C., *International organizations in Europe and the right to health care*, Kluwer, Deventer, 1979, pag.65 e.v.

Het Europees Sociaal Handvest (1961) spreekt van een recht op bescherming van de gezondheid, dat in deel 1 van het Handvest als volgt wordt geformuleerd: een ieder heeft het recht om gebruik te maken van alle voorzieningen welke hem in staat stellen in een zo goed mogelijke gezondheid te verkeren. De partijen bij het Handvest verplichten zich ten einde de onbelemmerde uitoefening van het recht op bescherming van de gezondheid te waarborgen, hetzij rechtstreeks, hetzij in samenwerking met openbare of particuliere organisaties passende maatregelen te nemen o.a. met het oogmerk de oorzaken van een slechte gezondheid zoveel mogelijk weg te nemen, ter bevordering van de volksgezondheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de gezondheid voorzieningen te treffen op het terrein van voorlichting en onderwijs en epidemische, endemische en andere ziekten zoveel mogelijk te voorkomen (artikel 11). Het Handvest legt de staten nauwelijks verplichtingen op. De burger kan bij de rechter geen nakoming van zijn recht op bescherming van de gezondheid vorderen.

Artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (1966) bevat naast een erkenning van het recht op een behoorlijke levensstandaard (artikel 11) een afzonderlijke erkenning van ieders recht op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid. Bovendien noemt het een aantal doelstellingen die de staat ter volledige verwezenlijking van dat recht moet nastreven, waaronder voorkoming, behandeling en bestrijding van ziekten en het scheppen van omstandigheden die een ieder in geval van ziekte geneeskundige bijstand en verzorging waarborgen (artikel 12). Het recht op een zo goed mogelijke gezondheid komt iedereen toe. De staten die partij zijn bij dit verdrag, verbinden zich steeds nader tot een algehele verwezenlijking van de in het verdrag erkende rechten te komen, in het bijzonder door de invoering van wettelijke maatregelen (artikel 2). Zij waarborgen een uitoefening van deze rechten zonder discriminatie (artikel 2) en met gelijke behandeling van mannen en vrouwen (artikel 3). De staat mag deze rechten slechts onderwerpen aan bij de wet vastgestelde beperkingen. Beroep op de rechter staat voor de burger niet open.

Evenmin als de Grondwet kennen deze verdragen aan de burger een recht op gezondheidszorg toe. In het Europees Sociaal Handvest is bewust elke vermelding van een recht op toegang tot voorzieningen vermeden.<sup>32</sup> In de verdragen is wel sprake van een recht op gezondheid, maar de burger kan daar jegens de staat geen aanspraken aan ontlenen, althans geen afdwingbare aanspraken. De verdragsstaten verbinden zich tot het voeren van een volksgezondheidsbeleid met uiterst rekbare contouren. Zo'n beleid heeft behalve op de algemene levensstandaard, preventie en GVO ook betrekking op gezondheidszorg. Het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten spreekt over de doelstellingen van de staat ten aanzien van de gezondheidszorg de duidelijkste taal: het scheppen van omstandigheden die een ieder in geval van ziekte geneeskundige bijstand en verzorging waarborgen.

### **Politieke theorieën**

Terwijl het recht op gezondheidszorg een van de centrale normen van het gezondheidsrecht is, blijkt de inhoud ervan, voor zover af te leiden uit de Grondwet en internationale verdragen, uiterst vaag.

---

<sup>32</sup> Roscam Abbing, H.D.C., *International organizations in Europe and the right to health care*, Kluwer, Deventer, 1979, pag.78 e.v.

Rechtvaardigheidstheorieën geven een duidelijker beeld van de normatieve implicaties van het recht op gezondheidszorg en bieden daardoor een beter referentiekader voor een oordeel over de realisatie van het recht op gezondheidszorg.

De Grondwet en de drie genoemde verdragen verplichten de overheid tot het voeren van een volksgezondheidsbeleid dat, afhankelijk van de "doctrinaire grondslag", een verschillende invulling kan krijgen.<sup>33</sup> Deze verschillen hebben onder andere betrekking op de rol van de overheid, de waarde die aan gezondheid en gezondheidszorg wordt toegekend, de mate waarin een recht op gezondheid of gezondheidszorg wordt erkend, de mate waarin voor dat doel herverdeling van inkomen gerechtvaardigd wordt geacht, de verdeling van gezondheid en gezondheidszorg over de bevolking en de verdeling van middelen over voorzieningen of sectoren van de gezondheidszorg. Deze verschillen kunnen aan de hand van een aantal politiek verdelingstheorieën worden verduidelijkt. De theorieën kunnen in drie groepen worden ingedeeld: libertaire, egalitaire en utilitaire.<sup>34</sup>

Libertaire theorieën kunnen op verschillende beginselen zijn gebaseerd. De bekendste van de theorieën is die van Robert Nozick,<sup>35</sup> die zich, zoals Locke voor hem, baseert op het natuurrechtelijke uitgangspunt dat individuen onvervreembare rechten hebben, waarvan het recht op eigendom en het recht op vrijheid van handelen de belangrijkste zijn.

Egalitaire theorieën vinden hun grondslag in de gelijkwaardigheid van de mens. Zij vormt de rechtvaardiging voor een andere verdeling van maatschappelijke goederen, dan die welke ontstaat onder invloed van de natuurlijke en sociaal bepaalde verschillen tussen mensen. De bekendste egalitaire theorie is die van John Rawls.<sup>36</sup> Hij heeft gezondheid en gezondheidszorg echter geen plaats gege-

---

<sup>33</sup> Bij het schrijven van deze paragraaf heb ik een dankbaar gebruik kunnen maken van het concept van de doctoraalscriptie van K. Stronks (Erasmus-universiteit). Stronks, K, *Eerlijk zullen we alles delen; De bijdrage van rechtvaardigheidstheorieën aan de discussie "Grenzen van de zorg"*, Rotterdam, 1987.

<sup>34</sup> Dergelijke indelingen zijn uiteraard voor discussie vatbaar. De Gezondheidsraad behandelt bijvoorbeeld in zijn advies over de grenzen van de gezondheidszorg het verdelingsbeginsel van gelijke toegang niet als een egalitair, maar als een op zichzelf staand beginsel. Rawls noemt zijn theorie een maximin-theorie, geen egalitaire theorie.

<sup>35</sup> Nozick, R., *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, New York, 1974.

<sup>36</sup> Rawls, J., *A Theory of justice*, University Press, Oxford, 1971. Hierin heeft Rawls verdelingsmaatstaven uitgewerkt, waartoe individuen die hun eigen voordeel nastreven, zullen besluiten indien zij een nieuwe maatschappij zouden moeten inrichten, zonder te weten over welke talenten en vaardigheden zij daarin zullen gaan beschikken of welke sociale positie zij zullen gaan innemen. Zij worden door een sluier van onwetendheid in een gelijkwaardige positie gebracht.

Rawls maakt onderscheid tussen (1)elementaire vrijheden, (2)ambten en maatschappelijke posities die mensen in staat stellen inkomen en vermogen te verwerven, en (3)de goederen die mensen met hun inkomen en vermogen kunnen verwerven. Volgens hem zullen zoveel mogelijk elementaire vrijheden aan iedereen gelijkmatig worden toebedeeld. Dat geldt niet voor ambten en posities: daar is de één wel geschikt voor en de ander niet. Omdat niemand weet waar hij zelf geschikt voor zal zijn, zal men er toe besluiten dat mensen met vergelijk-

ven in zijn theorie. In de literatuur die naar aanleiding van Rawls rechtsvaardigheidstheorie is verschenen,<sup>37</sup> zijn wel pogingen gedaan om diens theorie op gezondheid en gezondheidszorg toe te passen, maar dat heeft niet tot een gemeenschappelijke opvatting geleid.

Het utilitarisme is een filosofische stroming<sup>38</sup> waarin het handelen van mensen wordt beoordeeld naar het nut dat het oplevert. In het utilitarisme is men van mening dat het individu in concrete situaties zo moet handelen dat hij het nut daarvan voor zichzelf maximeert. De samenleving moet haar instituties zo inrichten, dat de grootste positieve balans van bevrediging wordt bereikt, gesommeerd over alle leden van de samenleving.

Een aan iedereen toekomend recht op gezondheid, dat kan worden omschreven als een recht op maatregelen en voorzieningen ter garantie van een bepaald gezondheidsniveau, past in het egalitaire gedachtengoed. Een recht op gezondheidszorg stuit in de libertaire traditie op het bezwaar dat inbreuk moet worden gemaakt op het eigendomsrecht en het recht op vrijheid van handelen, omdat voor de realisatie van het recht op gezondheidszorg een onvrijwillige herverdeling van inkomen noodzakelijk kan zijn. In de utilitaire traditie is voor een recht op gezondheid of op gezondheidszorg alleen plaats indien en voor zover op grond van empirisch onderzoek vast staat dat zo'n recht bijdraagt aan het grootste nut voor zoveel mogelijk mensen.<sup>39</sup>

---

bare capaciteiten zowel procedureel als materieel dezelfde kansen op het verwerven van een bepaalde maatschappelijke positie moeten krijgen. De natuurlijke spreiding van vaardigheden en talenten over individuen zal desondanks invloed hebben op de verdeling van sociaal-economische goederen in de maatschappij. Het zijn verschillen die niet berusten op persoonlijke verdiensten en daarom zullen individuen die niet weten wat het lot voor hen in petto heeft, er voor kiezen dat de verdeling van rijkdom en inkomen tot voordeel strekt van de minst bevoorrechten.

<sup>37</sup> oa. Daniels, N., *Just health care*, University Press, Cambridge, 1985.

Green, R.M., *Health care and justice in contract theory perspective*. In: Veatch, R.M. & R. Branson eds., *Ethics and health policy*, Cambridge, 1976.

Guttmann, A., *Liberal Equality*, University Press, Cambridge, 1980.

Lehning, P.B., *Politieke orde en Rawlsiaanse rechtvaardigheid*, Delft, 1986.

Moskop, J.C., *Rawlsian Justice and a human right to health care*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 8 (1983), pag.329-338.

<sup>38</sup> Zie o.a.: Buchanan, A., *Justice: a philosophical review*. In Shelp, E.E. ed, *Justice and health care*, Dordrecht, 1981.

Lehning, P.B., *Politieke rechtvaardigheid*. In: Lehning, P.B. en M.P.C.M. van Schendelen red., *Actualiteit van politieke filosofie*, Intermediar, 1981.

Sen, A. en B. Williams eds., *Utilitarianism and beyond*, University Press, Cambridge, 1982.

<sup>39</sup> Er is vaak op gewezen dat de utilitaristische opvatting van rechtvaardigheid (nutsmaximalisatie binnen de maatschappij) geen oordeel inhoudt over een rechtvaardige verdeling van goederen over individuen. (Zie o.a. Branson, R., *Theories of justice and health care*. In: Reich, W.T. ed., *Encyclopedia of bioethics*, Free Press, New York, 1978 en Jong, G.A. de en F.F.H. Rutten, *Justice and health for all*, *Social Science & Medicine* 17 (1983), pag.1085-1095).

Met de letter van de Grondwet zijn de drie tradities alle in overeenstemming, maar met de geest van de Grondwet staat de liberale traditie, althans de theorie van Nozick, op gespannen voet. De wetgever ziet namelijk blijkens de parlementaire behandeling een beleid ten aanzien van de individuele gezondheidszorg als rechtsplicht van de overheid, terwijl de overheid zich daarvan volgens Nozick zou moeten onthouden. Van de verdragen spoort het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten -althans naar zijn strekking- niet met Nozicks opvatting, omdat de staat daarin de taak heeft aanvaard omstandigheden te scheppen, die een ieder in geval van ziekte geneeskundige bijstand en verzorging waarborgen. De drie verdragen passen verder in zoverre niet in de utilitaire traditie, dat zij aan ieder individu een recht op gezondheid toekennen. De verdragen passen wellicht het best in de egalitaire traditie, maar meer in de theorieën die een gelijke gezondheidstoestand dan in de theorieën die een gelijke toegang tot de gezondheidszorg bepleiten, omdat de verdragen spreken van een recht op gezondheid in plaats van op gezondheidszorg.

De egalitaire theorie die Green op basis van Rawls' rechtvaardigheidstheorie heeft ontwikkeld, beredeneert waarom de verdeling van gezondheidszorg, die de Gezondheidsraad kenmerkend acht voor de verzorgingsstaat (een recht op gezondheidszorg, gelijke toegang tot een breed pakket voorzieningen, gebruik op basis van behoefte), rechtvaardig is. Daarom vormt zij een geschikt vertrekpunt voor de verdere bespreking van de politieke verdelingstheorieën.

Green betoogt dat mensen die zich in de door Rawls geschetste "original position" bevinden, gezondheidszorg zo belangrijk vinden zullen vinden, dat zij aan de verdeling daarvan prioriteit zullen toekennen boven die van andere goederen. Zij vinden gezondheidszorg zo belangrijk omdat ziekte of een slechte gezondheid hun levensgeluk verstoort en hun zelfvertrouwen en zelfrespect aantast. Zij zullen er daarom naar streven dat zij zoveel gezondheidszorg zullen kunnen ontvangen dat zij hun leven in gezondheid zullen kunnen doorbrengen. Zij zullen daartoe volgens Green iedereen recht geven op het grootst mogelijke minimumpakket aan gezondheidszorg dat de maatschappij toelaat. Het verdelingsprincipe dat mensen in staat stelt zorg te consumeren als zij dit nodig achten, is het principe van vrije toegang tot de gezondheidszorg. Daartoe zal men dus volgens Green besluiten.

Het gebruikt dat van het pakket voorzieningen wordt gemaakt is in deze theorie bepalend voor het bedrag dat de gemeenschap voor gezondheidszorg zal moeten uittrekken. De overheid zal moeten zorgdragen voor de herverdeling van inkomsten, die voor het realiseren van een gelijke toegang tot de gezondheidszorg noodzakelijk is. De herverdeling hoeft echter niet verder te gaan dan voor dat doel nodig is. Een volksgezondheidsbeleid dat het beginsel van gelijke toegang

---

Dat is slechts tot op zekere hoogte waar. Indien namelijk uit feitelijk onderzoek blijkt dat een bepaalde verdeling van een goed het grootste nut voor zoveel mogelijk mensen oplevert, acht het utilitarisme die verdeling rechtvaardig. Dat kan ten aanzien van sommige voorzieningen een ongelijke verdeling inhouden en ten aanzien van andere een gelijke. Buchanan heeft er bijvoorbeeld op gewezen dat voor sommige goederen een afnemend marginaal grensnut geldt. (De Nota 2000 stelt dat dit voor de gezondheidszorg opgaat.) Meer van zo'n goed levert het individu geen extra of slechts zeer weinig nut of bevrediging op. Indien dit voor alle individuen geldt is dat een reden om zo'n goed of gelijk over individuen te verdelen, of zo te verdelen dat de mensen voor wie de grootste behoeftenbevrediging optreedt, voorgaan.



veilig wil stellen, zal er enerzijds op gericht zijn de burger in formeel opzicht een gelijke toegang te verschaffen en er anderzijds naar streven de voorzieningen in materiële opzicht (kwaliteit en spreiding) gelijk toegankelijk te maken. Een bepaalde visie hoeft overigens aan zo'n beleid niet ten grondslag te liggen. Het enige criterium op grond waarvan iedereen gelijke toegang tot bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen zou moeten krijgen, is het klaarblijkelijke belang dat men er collectief aan hecht. De opvatting die in het politieke besluitvormingsproces komt bovendrijven, bepaalt welke prioriteiten worden gesteld.

De theorie van Green geeft op twee punten weinig houvast:

- zij levert geen overtuigende rechtvaardiging voor de bij hem in principe ongelimiteerde claim van de gezondheidszorg op de nationale middelen;
- zij biedt geen criterium voor het stellen van prioriteiten.

Beide punten zijn echter als er grenzen aan de zorg moeten worden gesteld essentieel.

Het utilitarisme geeft voor beide situaties wel een richtsnoer. De waarde die aan de gezondheidszorg moet worden toegekend, kan in het utilitarisme worden afgeleid uit haar bijdrage aan de maximalisatie van het totale nut binnen de maatschappij. Die bijdrage is dan bepalend voor de omvang van de nationale middelen die aan de gezondheidszorg moeten worden besteed. De huidige praktijk, waarin door middel van het Financiële Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM) een makro-budget voor de gezondheidszorg wordt vastgesteld, waarvan de omvang in sterke mate door macro-economische overwegingen en met gebruikmaking van rekenmodellen wordt bepaald, kan als utilitaristisch worden gekarakteriseerd.

Het utilitaristische beginsel van nutsmaximalisatie biedt in beginsel ook een norm voor het stellen van prioriteiten. De toepassing daarvan moet dan wel op empirisch onderzoek berusten. In de praktijk blijken kosten-baten analyses en kosten-effectiviteitsanalyses arbeidsintensief en kostbaar. De bruikbaarheid van dergelijke analyses is verder betrekkelijk, omdat ze de kern van het politieke bedrijf, de publieke discussie over waarden, niet kunnen vervangen, hoogstens ondersteunen. De premisse van het utilitarisme is echter dat objectief aantoonbaar is welke beslissing het meeste nut oplevert en daarom de juiste is.

Egalitaire theorieën die een inhoudelijk criterium bieden op grond waarvan het effect van gezondheidszorg kan worden beoordeeld, kunnen eveneens voor het stellen van prioriteiten worden gebruikt. Een voorbeeld biedt de theorie van Daniëls, die evenals Green op Rawls' opvattingen heeft voortgebouwd.

Daniëls betoogt dat gezondheidszorg ten opzichte van andere goederen in de maatschappij bijzonder is, omdat het individuen in staat stelt om het voor hen normale niveau van functioneren te behouden of te herstellen. Daardoor kunnen zij deelnemen aan de mogelijkheden die de maatschappij hen biedt om zich te ontplooiën. Zoals Rawls het rechtvaardig acht dat de maatschappij enigerlei vorm van compensatie biedt voor de handicap die iemand als gevolg van sociale achterstand ondervindt bij het verwerven van een maatschappelijke positie, zo vindt Daniëls het rechtvaardig dat de maatschappij compensatie biedt voor de tijdelijke of permanent verminderde ontplooiingsmogelijkheid die iemand als gevolg van ziekte of handicap ondervindt. Een daarop gericht volksgezondheidsbeleid heeft een inhoudelijk doel, namelijk het in stand houden of herstellen van het normale niveau van functioneren met het oog op gelijkheid in ontplooiingskansen. Dat doel zal richtinggevend zijn voor het bepalen van de prioriteit die voorzieningen en doelgroepen in het beleid krijgen.

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt het egalitaire beginsel van gelijke toe-

gang algemeen onderschreven<sup>40</sup>, maar dat neemt niet weg dat zij een grote particuliere sector kent, waarin libertaire beginselen de boventoon voeren. Daarom is een verkenning van die beginselen op haar plaats. De meest consequente toepassing van libertaire beginselen is aan te treffen bij Robert Nozick. Nozick heeft een reactie op Rawls theorie van sociale rechtvaardigheid geschreven,<sup>41</sup> waarin hij diens oriëntatie op een rechtvaardig te achten eindtoestand verwerpt, en zich consequent baseert op het beginsel van rechtmatig verkregen eigendom en het beginsel van handelingsvrijheid. De uitkomsten verschillen hemelsbreed van die van Rawls.

De gezondheidszorg is bij Nozick een particuliere aangelegenheid, waarin voor de overheid nauwelijks ruimte is. Zij mag zich slechts bemoeien met de goederen die niet voor persoonlijk eigendom of gebruik vatbaar zijn: de zuiver collectieve goederen.<sup>42</sup> Ten aanzien van andere goederen zou de overheid of inbreuk maken op iemands eigendomsrecht of op diens vrijheid van handelen.

Voor een recht op gezondheidszorg is bij Nozick geen plaats, wel voor charitas. Hervreiding van inkomen en bezit door de overheid is volgens hem niet gerechtvaardigd, tenzij het onrechtmatig is verworven of overgedragen.<sup>43</sup> Voor vrijwillig opgebrachte solidariteit laat Nozick wel ruimte.

Bij hem bepaalt de markt van vraag en aanbod het gezicht van de gezondheidszorg. De koopkracht van het individu bepaalt hoeveel geld er aan gezondheidszorg wordt besteed en waaraan het wordt besteed. Omdat de gezondheid afneemt met de sociaal-economische status,<sup>44</sup> zullen degenen met de meeste behoefte aan gezondheidszorg deze het minst kunnen bekostigen, zodat een ongelijke toegang tot de gezondheidszorg resulteert en ongelijkheid in gezondheid wordt bestendigd.

Het is niet denkbeeldig dat de noodzaak prioriteiten te stellen het volksgezondheidsbeleid impulsen geeft in utilitaire richting of in de richting van egalitaire theorieën zoals die van Daniëls.<sup>45</sup> Evenmin is het denkbeeldig dat het beleid in libertaire richting opschuift onder invloed van het streven van de regering naar een kleinere collectieve sector. Waar liggen de knelpunten indien tegelijkertijd aan het beginsel van gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt vastgehouden, zoals onder andere de commissie Dekker bepleit?

1. De rangorde van beginselen;

Individuele vrijheid van handelen noch efficiency kunnen onbeperkt worden

---

<sup>40</sup> Zie hoofdstuk 3.

<sup>41</sup> Nozick, R., *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, New York, 1974.

<sup>42</sup> Deze worden gekenmerkt door non-rivaliteit (de consumptie van zo'n goed door de een en gaat niet ten koste van de consumptie van dat goed door een ander) en door non-exclusiviteit (iemand kan niet van consumptie van zo'n goed worden uitgesloten). Zie hiervoor Musgrave, R.&P., *Public finance in theory and practice*, New York, 1984.

<sup>43</sup> Nozick stelt dat "Taxation on earnings from labor is on a par with forces labor" (op. cit., pag.169).

<sup>44</sup> Zie: *De ongelijke verdeling van gezondheid: verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987*, rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 's-Gravenhage, 1987.

<sup>45</sup> Zie noot 44.

- nagestreefd, maar vinden hun begrenzing waar de gelijkwaardigheid en de gelijkberechtiging van het individu worden aangetast;
2. De rol van de overheid;  
De overheid kan niet geheel terugtreden zoals in "the minimal state" van Nozick, noch haar verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg aan doelmatigheidsoverwegingen ondergeschikt maken, omdat zij maatregelen moet treffen die nodig zijn om een gelijke toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen;
  3. Inkomensoverdrachten;  
Voor een gelijke toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen zijn inkomensoverdrachten noodzakelijk; deze hoeven niet verder te gaan dan voor dat doel noodzakelijk is, maar mogen ook niet zodanig worden beperkt dat iemand om financiële redenen geen gebruik kan maken van een voorziening;
  4. De aanspraken op gezondheidszorg;  
De inhoud van het pakket gezondheidszorg waarop iedereen aanspraak moet kunnen maken, kan niet uitsluitend afhangen van de preferenties van het individu, noch uitsluitend van opvattingen over een ideale maatschappelijke verdeling van gezondheid, omdat in het ene geval geen garantie bestaat op een gelijke toegankelijkheid van de zorg en in het andere geval de gelijkwaardigheid van de mens in het gedrang kan komen;
  5. Selectie van patiënten;  
De opvatting dat de gezondheidszorg voor iedereen gelijkelijk toegankelijk moet zijn berust op het oordeel dat mensen gelijkwaardig zijn. Een selectieve toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen op basis van iemands inkomen of maatschappelijke positie staat daarmee op gespannen voet.

## Hoofdstuk 2 De ontwikkeling van de verzorgingsstaat

De ontwikkeling van de verzorgingsstaat is in stadia verlopen, die, zoals Perrin<sup>46</sup> voor de sociale zekerheid betoogt, correleren met verschillende perioden in de maatschappelijke ontwikkeling van de industriële samenleving. Het is voor de huidige problematiek niet van belang om deze stadia tot in details weer te geven. Belangrijk is wel dat elke periode haar sporen heeft nagelaten, die vooral in de juridische structuren waarvan de verzorgingsstaat zich bedient, tot uitdrukking komen en tegelijk een duurzame invloed geven aan de opvattingen en maatschappelijke verhoudingen waarmee die structuren zijn verbonden. In de gezondheidszorg komt dat vooral in het stelsel van ziektekostenverzekeringen pregnant tot uitdrukking. Daarin zijn de verzekeringsvormen die karakteristiek zijn voor de verschillende perioden, als ijsschollen over elkaar heen geschoven.

### Het stelsel van ziektekostenverzekeringen

De privaatrechtelijke ziektekostenverzekering en de privaatrechtelijke overeenkomst tussen patient en hulpverlener waren in de vorige eeuw verbonden met de opvatting dat gezondheidszorg een particuliere aangelegenheid was, waarvoor iedereen zelf verantwoordelijkheid moest dragen. Er bestond geen recht op hulpverlening. Wie voor zichzelf of zijn gezinsleden geen gezondheidszorg kon bekostigen was afhankelijk van charitas. Onderlinge bijstand was een kwestie van vrijwillig opgebrachte solidariteit. Er was sprake van een libertair gezondheidszorgbeleid volgens het recept van Nozick.

Voor ruim 30% van de bevolking is de privaatrechtelijke ziektekostenverzekering nog steeds het hoofdbestanddeel van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het is een vrijwillig af te sluiten verzekering, waarop het verzekeringsrecht zoals neergelegd in het Wetboek van Koophandel van toepassing is. De verzekerden hebben recht op restitutie van kosten, gemaakt voor in de verzekeringspolis omschreven vormen van gezondheidszorg. Zij zijn daarvoor een veelal per leeftijdscategorie gedifferentieerde nominale premie verschuldigd, waarop bij aanvaarding van een eigen risico korting kan worden verleend. Voor het verkrijgen van gezondheidszorg sluit de verzekerde een overeenkomst tot het verrichten van enige diensten<sup>47</sup> met hulpverleners en instellingen naar keuze, tenzij in de polis de keuzevrijheid van de verzekerde is ingeperkt.

Hoewel het huidige volksgezondheidsbeleid een gematigd egalitair karakter draagt en ook de particuliere ziektekostenverzekering daar de invloed van ondergaat,<sup>48</sup> blijft het libertaire gedachtengoed aan de privaatrechtelijke verzeke-

---

<sup>46</sup> Perrin, G., *Pour une théorie sociologique de la sécurité sociale dans les sociétés industrielles*, Revue française de sociologie, 1967, p.299-324.

<sup>47</sup> Inmiddels is in februari 1987 een voorontwerp van Wet betreffende de geneeskundige behandelingsovereenkomst gepubliceerd. Het is de bedoeling dat deze overeenkomst als benoemd contract in het B.W. wordt opgenomen.

<sup>48</sup> Dat komt onder andere tot uiting in artikel 2 van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (verplichting tot het sluiten van een verzekeringsovereenkomst met bepaalde personen) en in artikel 4 van de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (de medefinancieringsregeling).

De verplichte ziekenfondsverzekering, die voor ruim 60% van de bevolking geldt, is in hoofdtekken een werknemersverzekering en daardoor zowel verbonden met de opvatting uit de beginperiode van de sociale verzekering dat de gezondheidszorg een specifiek groepsbelang dient<sup>50</sup> als met de opvatting van solidariteit als groepssolidariteit.<sup>51</sup> <sup>52</sup> Kenmerkend voor de ziekenfondsverzekering is een mengeling van privaat- en publiekrecht, zowel in de driehoeksverhouding tussen de verzekerden, ziekenfondsen en "medewerkers" als in de uitvoeringsorganisatie.

De ziekenfondsverzekerden zijn van rechtswege verzekerd. De premie bedraagt een door de Ministers van WVC en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid vast te stellen percentage van het premieplichtig loon, waarvan de verzekerde en de werkgever ieder de helft verschuldigd zijn. De verzekerden hebben aanspraak op hulp in natura, waarvan de aard, inhoud en omvang wettelijk zijn omschreven. De ziekenfondsen, krachtens de wet als zodanig toegelaten privaatrechtelijke rechtspersonen, sluiten daartoe overeenkomsten af met personen en instellingen. Deze overeenkomsten moeten aan een aantal wettelijke bepalingen betreffende vorm en inhoud voldoen. De verzekerden wenden zich voor het verkrijgen van hulp tot een instelling of persoon, waarmee het ziekenfonds bij wie zij zijn ingeschreven, een overeenkomst heeft gesloten. De verzekerde sluit daartoe een overeenkomst tot het verlenen van enige diensten af, waarvan de grenzen worden aangegeven door de verzekeringsvoorwaarden en door de normen die gelden ten aanzien van het professioneel handelen in de gezondheidszorg.<sup>53</sup>

---

<sup>49</sup> Een opmerkelijke illustratie hiervan vormt een ingezonden brief van Prof.Dr. F. Hartog in de NRC van 5 november 1987, waarin hij, in verband met het voorlopige regeringsstandpunt over de door de commissie Dekker voorgestelde basisverzekering, spreekt van staatsbevoogding ten aanzien van een groep die tot nu toe vrij kon beslissen over zijn verzekering en van afgedwongen solidariteit in tegenstelling tot (echte) vrijwillige solidariteit.

<sup>50</sup> De opvatting dat gezondheidszorg een specifiek arbeidsbelang dient, werd overigens reeds in 1910 door minister Talma bestreden, waardoor toen voorkomen werd dat de verzekering van het risico van inkomensderving wegens ziekte en de ziektekostenverzekering in één wet werden geregeld.

<sup>51</sup> De afzonderlijke publiekrechtelijke ambtelijke ziektekostenregelingen, die de deelnemende ambtenaren restitutie verlenen van gemaakte ziektekosten, danken hun ontstaan (in de veertiger en vijftiger jaren) vooral aan het feit dat in de verplichte ziekenfondsverzekering als werknemersverzekering geen plaats was voor ambtenaren en aan het ontbreken van een regeling voor iedereen met een inkomen beneden een bepaalde grens.

De ambtelijke status is altijd een omstreden rechtvaardiging voor een aparte regeling geweest en wordt thans niet meer als argument daarvoor gehanteerd, zoals blijkt uit het rapport "Naar structurering van ambtelijke ziektekostenregelingen van de Brede Overleggroep Ambtelijke Ziektekostenregelingen (B.O.A.Z.).

<sup>52</sup> Dat blijkt nog steeds uit de aanwezigheid van een werkgeversbijdrage in de premie voor werknemers.

<sup>53</sup> Zie hoofdstuk 7.

De loongrens die voor de verzekeringsplicht geldt, is vooral<sup>54</sup> uitdrukking van de opvatting dat de sociale verzekering zich moet beperken tot het ondersteunen en beschermen van de sociaal zwakkere groepen, hetgeen past in een egalitair volksgezondheidsbeleid. Uit de uitbreiding die het werknemersbegrip in de ziekenfondsverzekering heeft gekregen en uit de uitbreiding van de verplichte verzekering tot andere groepen van personen<sup>55</sup> blijkt overigens dat de band met het arbeidsbestel lossier is geworden, hoewel zij niet geheel is verbroken.<sup>56</sup>

In de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is de opvatting tot uitdrukking gekomen, dat de gezondheidszorg een algemeen belang vertegenwoordigt, waarvoor een algemene solidariteit gerechtvaardigd is. De AWBZ is een volksverzekering en berust op de opvatting dat de gezondheidszorg<sup>57</sup> gelijkelijk voor iedereen toegankelijk moet zijn. De nadruk ligt daarbij op procedurele in plaats van op inhoudelijke gelijkheid, hetgeen treffend tot uitdrukking komt in de ontwikkeling die de AWBZ heeft doorgemaakt.<sup>58</sup>

---

<sup>54</sup> De loongrens is ontleend aan de Ziektewet. Toen in 1967 de loongrens in de Ziektewet verviel, is een aparte loongrensbepaling in de Ziekenfondswet opgenomen. De loongrens werd aanvankelijk aangepast aan de ontwikkeling van het prijspeil en vanaf het begin van de zestiger jaren aan de hand van het gemiddelde van het prijsindexcijfer van levensonderhoud (welstand) en het indexcijfer van de lonen (welvaart). Vanaf 1 januari 1974 is de loongrens uitsluitend aan het laatste indexcijfer gekoppeld.

<sup>55</sup> Zie het Aanwijzingsbesluit verplicht-verzekerden Ziekenfondswet van 23 december 1965 (Stb.638).

<sup>56</sup> Dat kwam onder andere tot uiting bij de advisering door de Ziekenfondsraad over de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (1984, nr.269), waarin het ontbreken van een arbeidsverleden bij uitkeringsgerechtigden door een deel van de raad als argument tegen opname in het verzekerdenbestand van de verplichte verzekering werd aangevoerd.

De uitbreiding die bij de invoering van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (1 april 1986) in de kring van verzekerden van de Ziekenfondswet is aangebracht (uitkeringsgerechtigden op grond van de AAW, de AWW, de ABW; mensen met een ambtelijk invaliditeitspensioen; zelfstandigen die in aanmerking komen voor de Bedrijfbeëindigingshulpregeling), is de eerste echte breuk met het principe dat alleen zij verplicht verzekerd zijn die tot de kring van het bedrijfsleven behoren.

<sup>57</sup> De noodzaak voor een volksverzekering doet zich het eerste voelen ten aanzien van door niemand te dragen en niet verzekerbare risico's (Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr.3, pag.1), maar dat doet aan het beginsel niets af.

<sup>58</sup> De AWBZ was door de toenmalige minister van Sociale Zaken Veldkamp geconcipeerd met het oog op enige vergeten groepen in het stelsel van sociale verzekering: de gehandicapten en langdurig zieken. Het verstrekkingenpakket dat hem voor ogen stond, was op die groepen gericht en omvatte zowel voorzieningen voor gezondheidszorg als voor maatschappelijke dienstverlening. Dat concept paste in een op inhoudelijke gelijkheid (een gelijke gezondheid) gericht volksgezondheidsbeleid. De AWBZ is echter een verzekering geworden voor kostbare en anders onverzekerbare risico's, die niet aan een bepaalde categorie patiënten gebonden zijn. Uiteindelijk zijn er zelfs gewone risico's in opgenomen (RIAGG,

### Een politiek compromis

De verzorgingsstaat is door Schuyt als een politiek compromis gekarakteriseerd.<sup>59</sup> Het politieke compromis rond de verzorgingsstaat is echter niet op een bepaald moment of ten aanzien van een bepaald onderwerp gesloten, maar bestaat uit de optelsom van afzonderlijke accoorden over afzonderlijke onderwerpen. De verzorgingsstaat kwam op kousenvoeten.<sup>60</sup> Het was een incrementeel proces, waarin wat het pakket betreft veel stappen zonder veel discussie of zelfs ongemerkt werden gezet.<sup>61</sup> De rol van de overheid was aanvankelijk beperkt<sup>62</sup> en het accent lag op de garantie van de allernoodzakelijkste voorzieningen voor de minst draagkrachtige groepen in de samenleving.<sup>63</sup> Reeds in de jaren vijftig werden zowel het verstrekkingenpakket als de kring van verzeker-

---

kruisorganisatie).

<sup>59</sup> Schuyt, C.J.M., Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat. In: Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Mepel, 1978, blz. 73-97.

<sup>60</sup> Voor de gezondheidszorg kwam zij bovendien op een wel heel onverwacht moment, namelijk bij de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941. Het Ziekenfondsenbesluit liep met zijn bepaling dat iedere ingezetene met een inkomen beneden een inkomensgrens het recht kreeg om een vrijwillige ziekenfondsverzekering af te sluiten, vooruit op een nieuwe periode in de sociale zekerheid, waarin de overheid een bodem in het bestaan van iedere ingezetene ging garanderen. Het was een ontwikkeling die na de oorlog zou doorzetten en voor de gezondheidszorg inhield dat iedereen, ongeacht de hoogte of de bron van zijn inkomen, toegang moest kunnen hebben tot een adequaat pakket gezondheidszorgvoorzieningen.

Zie voor de bescheiden start van de verzorgingsstaat in het algemeen o.a. Idenburg, Ph.A. red, *De nadagen van de verzorgingsstaat; Kansen en perspectieven voor morgen*, Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1983, pag. 26 e.v. en pag.197 e.v.

<sup>61</sup> Bijvoorbeeld doordat de inhoud van de verstrekking van specialistische hulp en ziekenhuishulp in de Ziekenfondswet niet nader is omschreven, waardoor de concrete invulling grotendeels wordt overgelaten aan de betrokken hulpverleners en instellingen.

<sup>62</sup> Donner en Habermas spreken over het proces van toenemende overheidsinvloed in termen van kolonisatie. Evenals koloniserende mogendheden is de overheid zijn invloed eerst via "indirect rule" gaan uitoefenen (Berg, J.Th.J. van den, *De machteloze wetgever*, Beleid en Maatschappij, 1983, 3, pag.55-65).

<sup>63</sup> De geneeskundige verzorging in het kader van het Ziekenfondsenbesluit omvatte:

- geneeskundige hulp, met inbegrip van specialistische hulp en tandheelkundige hulp, verloskundige hulp bij bevalling door geneeskundige of vroedvrouw, alsmede verpleging in ziekenhuis of sanatorium;
- verstrekking van de noodzakelijke genees- en heelmiddelen, met inbegrip van de kunstmiddelen voor het voorkomen en de behandeling van ziekte of gebreken en voor het herstel der arbeidsgeschiktheid.

den verder uitgebreid,<sup>64</sup> terwijl in de jaren zestig de directe bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg toenam.

De groei van het verstrekkingenpakket -vanaf het midden van de jaren zestig in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ- was het gecombineerde resultaat van de verruiming van de verzekeringsdekking van een minimumniveau tot het niveau van volledige risicodekking en van een gestage uitbreiding met nieuwe verstrekkingen, waarmee de ontwikkelingen in de gezondheidszorg op de voet werden gevolgd.

De kring van verzekerden van de Ziekenfondswet, die tot 1 april 1986 naast de verplichte verzekering ook de vrijwillige en de bejaardenziekenfondsverzekering omvatte, breidde zich uit in de richting van alle personen beneden een bepaalde inkomensgrens,<sup>65</sup> maar dat doel werd niet bereikt omdat alle plannen en voorstellen tot een verplichte beperkte volksverzekering schipbreuk leden.<sup>66</sup> Een algehele volksverzekering tegen ziektekosten, waartoe de SER in 1973 adviseerde en waarvoor in 1975 een wetsontwerp werd voorbereid, kwam niet tot stand.

De vervanging van het bezettingsrecht ten aanzien van de ziekenfondsverzekering in 1964 en de totstandkoming van de AWBZ in 1967 gingen gepaard met toenemende bevoegdheden van de minister tot regelgeving.<sup>67</sup> De Volksgezondheidsnota 1966 gaf vervolgens een eerste aanzet tot een expliciet gezondheidszorgbeleid, dat zij baseerde op het door haar als volgt geformuleerde recht op gezondheid: "Het recht op gezondheid legt op de overheid de plicht zodanige voorwaarden te scheppen dat ieder mens met inachtneming van zijn persoonlijke verantwoordelijkheid enerzijds aan zo adequaat mogelijke gezondheidsvoorzienin-

---

<sup>64</sup> Zie voor een overzicht: Roscam Abbing, H.D.C. en F.F.H. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland; een economisch-juridische studie*, Kluwer, Deventer, 1985.

<sup>65</sup> De verplichte beperkte volksverzekering, waarvoor minister Veldkamp in 1966 een wetsontwerp indiende, had tot doel de hele bevolking onder een inkomensgrens, gelijk aan de premieinkomensgrens in de Algemene Ouderdomswet, verplicht te verzekeren. Roscam Abbing en Rutten (op. cit.) vermelden dat hieraan de volgende motieven ten grondslag lagen:

- 4% van de bevolking beneden de welstandsgrens was niet tegen ziektekosten verzekerd;
- er was sprake van een ongelijke lastenverdeling tussen de verschillende categorieën ziekenfondsverzekerden;
- de financiering van de bejaardenverzekering was problematisch, terwijl de toename van het aantal bejaarden in de vrijwillige ziekenfondsverzekering daar eveneens tot problemen leidde.

<sup>66</sup> Dat lot trof niet alleen het voorstel van minister Veldkamp, maar ook de voorstellen van de Ziekenfondsraad uit zijn in 1981 uitgebrachte interimrapport beperkte volksverzekering.

<sup>67</sup> Tijdens de parlementaire behandeling van de Ziekenfondswet werd het verwijt geuit dat het wetsontwerp doortrokken zou zijn van een geestesgesteldheid de ministeriële greep op het ziekenfondswezen te versterken ten koste van de invloed zowel van de betrokken maatschappelijke organen en de Ziekenfondsraad als van de wetgever. Minister Veldkamp verdedigde zich door te stellen dat de toename van zijn bevoegdheden geen machtsgreep inhield maar nodig was voor een goede uitvoering van de wet. (Tweede Kamer, Zitting 1962-1963, 6808, nr.8, pag.17).



gen deelachtig kan worden en anderzijds in een zo gezond mogelijke omgeving kan leven."<sup>68</sup>

Het compromis ten aanzien van de verzorgingsstaat op het terrein van de gezondheidszorg kwam zodoende tussen het midden van de jaren zestig en het midden van de jaren zeventig op het volgende neer:

- gelijke toegankelijkheid als centrale waarde;
- handhaving van een overwegend libertair regiem voor mensen met een inkomen boven de loongrens; (waarbij een vrije toegankelijkheid van de gezondheidszorg gewaarborgd werd door de hoogte van het inkomen);
- een egalitair regiem voor mensen met een inkomen onder de loongrens; (gericht op een toegankelijkheid van de gezondheidszorg gelijk aan die voor de hogere inkomensgroepen);
- een egalitair regiem gericht op gelijke toegankelijkheid voor allen van in een libertair regiem niet op te vangen risico's;
- handhaving van een particulier systeem van gezondheidszorg (binnen het kader van een voorwaardenscheppend overheidsbeleid);

Het was een compromis dat beruiste op de veronderstelling dat de aanspraken van verzekerden, waarvan de feitelijke omvang en kosten in belangrijke mate bepaald werden door het bestaande systeem van particuliere productie en prijsvorming, betaalbaar zouden blijven. Dat was zeker het geval in de periode van hoogconjunctuur van de jaren zestig, maar het zou niet permanent zo blijven.

Al spoedig moest de vraag onder ogen worden gezien in welke richting het compromis zou moeten worden aangepast. Steeds meer delen van de gezondheidszorg en categorieën van de bevolking kwamen het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen binnen. Daardoor nam de invloed van het stelsel op de gezondheidszorg<sup>69</sup> en op de volkgezondheid<sup>70</sup> toe. Omgekeerd onderging het stelsel daardoor in verhevigde mate de gevolgen van autonome ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van gezondheidszorg. De kosten van de gezondheidszorg stegen daardoor. Ook de ontwikkeling van het algemene prijspeil en van de loonkosten deden de kosten van de gezondheidszorg toenemen. Omdat de overheid haar verantwoordelijkheid voor een algemene toegankelijkheid van de gezondheidszorg als kernpunt van het compromis zag, ging zij er

---

<sup>68</sup> Evenmin als de eerder genoemde internationale verdragen en de Grondwet spreekt de Volksgezondheidsnota 1966 van een recht op gezondheidszorg. Het recht op gezondheid zoals in de nota geformuleerd, verplicht de overheid tot het voeren van beleid. De formulering is specifiekere dan die van artikel 22 van de Grondwet, omdat het de gezondheidsvoorzieningen noemt. Zij gaat verder dan die van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten omdat zij spreekt van "zo adequaat mogelijke" voorzieningen.

<sup>69</sup> Bekend is Querido's waarschuwing tijdens de parlementaire behandeling van de AWBZ dat haar orientatie op onbetaalbare risico's een eenzijdige stimulering van intramurale voorzieningen met zich mee zou brengen, waardoor het evenwicht met extramurale voorzieningen voor gehandicapten en langdurig zieken zou worden verbroken. (Eerste Kamer, zitting 1976-1968, 9de vergadering, 12 december 1967, pag.182). De Structuurnota 1974 gaf Querido achteraf gelijk.

<sup>70</sup> Het effect van de gezondheidszorg op de volkgezondheid wordt door de Nota 2000 gerelativeerd, maar of dat terecht gebeurt kan worden betwijfeld (zie de kanttekeningen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid bij de Nota 2000, Zoetermeer, 1987).

in toenemende mate toe over invloed uit te oefenen op de produktie en de prijsvorming van de gezondheidszorg. Het gezondheidszorgbeleid veranderde daardoor van karakter en werd in plaats van voorwaardenscheppend meer sturend en beheersend.<sup>71</sup>

De Structuurnota 1974 wees op de noodzaak van kostenbeheersing en van een geleide ontwikkeling van de gezondheidszorg. Zij formuleerde een beleid dat er op was gericht de voorzieningen te ordenen en binnen regio's op elkaar af te stemmen in één samenhangend, gecoördineerd systeem van voorzieningen, trapsgewijs (echelons) opgebouwd. De Structuurnota deed ook voorstellen om te komen tot een andere besluitvormingsstructuur, waarin de overheid (zowel rijk, provincie als gemeente) een centrale positie zou innemen en waarin een volksverzekering tegen ziektekosten (aanspraken en financiering) naast een Wet voorzieningen gezondheidszorg (planning van het aanbod) en een Wet tarieven gezondheidszorg (beheersing van prijzen en tarieven) zouden gaan fungeren als beleidsinstrumenten in het kader van het overheidsbeleid. De Structuurnota beoogde de totstandkoming van een doelmatig en efficiënt werkend stelsel van voorzieningen, waarvan de prijzen in de hand konden worden gehouden en waarmee de aanspraken van de verzekerden adequaat konden worden gerealiseerd.

De voorstellen uit de Structuurnota zouden ruim tien jaar richting geven aan het gezondheidszorgbeleid. Er kwam een omvangrijke regionale samenwerking tot stand. Dat gebeurde voornamelijk op vrijwillige basis, maar ook dank zij stimulering door de overheid en de ziekenfondsen, die hun werkzaamheden op regionale leest gingen schoeien.

Het wetgevingsprogramma verliep echter veel trager, minder gecoördineerd en onvollediger dan de bedoeling was. De volksverzekering (Algemene Wet Ziektekostenverzekering) struikelde reeds in een vroeg stadium van voorbereiding. De Wet voorzieningen gezondheidszorg bereikte pas na veel complicaties het staatsblad, maar kwam nauwelijks tot uitvoering. Alleen de Wet tarieven gezondheidszorg kwam voorspoedig tot stand en kreeg grote praktische betekenis. Zodoende resulteerde een andere, en wellicht ook minder effectieve, besluitvormingsstructuur dan was beoogd.

De verbrokkelde verzekeringsstructuur bleek in toenemende mate tot problemen aanleiding te geven. In 1983 waren deze reden voor een adviesaanvraag aan de SER, de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.<sup>72</sup> Daarin werd aandacht gevraagd voor een aantal acute financieringsproblemen bij

---

<sup>71</sup> In dit verband is het vermeldenswaard dat de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid reeds in de periode 1958-1961 het initiatief nam tot de eerste rudimentaire (beleids)planning in de gezondheidszorg. Onderwerpen die in dat verband aan de orde werden gesteld, waren oa. de vorming van een apart ministerie van volksgezondheid, de economie en de financiering van de gezondheidszorg, de personeelsvoorziening in de gezondheidszorg en de relatie tussen geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg. Zie hiervoor: Festen, H., *Spanningen in de gezondheidszorg; 25-jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Nationale Raad voor de Volksgezondheid*, 1985.

<sup>72</sup> Adviesaanvraag van 18 april 1983, DG Vgz/VKG nr.154344, betreffende wijziging in en eventueel van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de bejaardenverzekering.<sup>73</sup> Er werd ook een oordeel in gevraagd over een aantal uitgangspunten en hoofdlijnen van een mogelijk toekomstig stelsel van ziektekostenverzekeringen. De Ziekenfondsraad<sup>74</sup> en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid<sup>75</sup> waren beide van mening dat er een volksverzekering moest komen. Daardoor konden volgens hen de lasten evenwichtig en rechtvaardig worden verdeeld, de kosten beter worden beheerst en kon een samenhangend beleid ten aanzien van de gezondheidszorg worden gevoerd.<sup>76</sup>

Kostenbeheersing werd in de tachtiger jaren de centrale doelstelling van het beleid. Daaraan waren debet: de betaalbaarheid van de gezondheidszorg,<sup>77</sup> de economische conjunctuur,<sup>78</sup> maar vooral het sociaal economisch beleid van de

---

<sup>73</sup> De vrijwillige ziekenfondsverzekering had structureel met het probleem te kampen, dat de gevolgen van de kostenstijging in de gezondheidszorg door de verzekerde alleen moesten worden gedragen vanwege het ontbreken van een werkgever die een deel van de premie voor zijn rekening kon nemen. Daar kwam het probleem bij dat de particuliere verzekeringen via lage premies voor jeugdigen de goede risico's uit de vrijwillige verzekering weglukten, zodat de vrijwillige verzekering een vergaarbak van slechte risico's werd. Door het ontbreken van een solidariteitsbijdrage van goede risico's werden de premies onbetaalbaar.

In de bejaardenverzekering deed zich het vergelijkbare probleem voor dat in één verzekeringsvorm slechte risico's bijeen waren gebracht, die in beginsel de kosten van hun verzekering zelf moesten dragen.

<sup>74</sup> **Stelselwijziging ziektekostenverzekeringen**, Advies nr.259 van de Ziekenfondsraad, Amstelveen,1984.

<sup>75</sup> **Advies toekomstige structuur stelsel ziektekostenverzekeringen**, advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1984.

<sup>76</sup> De Nationale Raad voor de Volksgezondheid was van mening dat het stelsel ten minste de volgende elementen zou moeten bevatten:

- gelijke rechten en plichten voor iedereen;
- een premie naar draagkracht;
- een zo breed mogelijk samengesteld pakket;
- prikkels voor een efficiënt en effectief gebruik van voorzieningen, aan te brengen aan de aanbods zijde, de vraagzijde en bij de uitvoeringsorganen.

<sup>77</sup> Zie de eerder geschetste problemen bij de vrijwillige ziekenfondverzekering en de bejaardenverzekering.

<sup>78</sup> Toen het aandeel van de kosten van de gezondheidszorg in het Bruto Nationaal Produkt (BNP) als gevolg van een dalende economische conjunctuur toenam, werd dat als argument voor de noodzaak van kostenbeheersing gebruikt. Toen het aandeel van de gezondheidszorg in het BNP door het aantrekken van de economie weer daalde bleef verloor het argument aan gewicht, overigens zonder merkbare gevolgen voor het ombuigingsbeleid.

regering.<sup>79</sup> Kostenbeheersing was en is in de eerste plaats een interne doelstelling van het gezondheidszorgbeleid, gericht op het betaalbaar en toegankelijk houden van de gezondheidszorg. Medio tachtiger jaren werd de invloed van het sociaal-economisch beleid op de gezondheidszorg echter steeds sterker. Daardoor gingen externe doelstellingen, zoals het terugdringen van de collectieve lasten en het realiseren van bezuinigingen, de interne overheersen.

Het toenemend belang dat aan kostenbeheersing werd gehecht, kwam tot uitdrukking in de opwaardering van het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM) tot taakstellend budget voor de gezondheidszorg.<sup>80</sup> Weliswaar heeft het FOGM juridisch geen andere status dan die van een beleidsnota<sup>81</sup> en bindt het formeel alleen de opstellers, maar de regering kan het FOGM de facto wèl een verplichtend karakter geven door de wettelijke bevoegdheden waarover zij krachtens wetten als de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de Wet tarieven gezondheidszorg, de Ziekenfondswet en de AWBZ beschikt, in overeenstemming met de taakstellingen van het FOGM toe te passen. Het FOGM is daardoor een werkzaam instrument om de kosten te beheersen, dat echter ook wordt ingezet om te bezuinigen en de collectieve lasten te verlagen. De gezondheidszorgwetgeving waarvan dan gebruik moet worden gemaakt, is daarop niet toegesneden. Zij berust, zoals eerder uiteengezet, op egalitaire en libertaire beginselen en haar toepassing binnen een utilitair referentiekader roept spanningen op.<sup>82</sup> Een voorbeeld. Conform de strekking van de Ziekenfondswet, de AWBZ en de Wet tarieven gezondheidszorg behoort een ziekenhuisbudget zodanig te worden vastgesteld dat de aanspraken van de verzekerden kunnen worden gehonoreerd. De kosten zijn een afgeleide van de aanspraken. Wanneer een budget echter vanwege een bezuinigingstaakstelling te krap wordt bemeten, kunnen de aanspraken een afgeleide worden van de kosten. De verzekerde is daarvan het slachtoffer, waarbij komt dat de schuldlige vaak moeilijk is aan te wijzen, omdat er een schemerzone is waarin het onduidelijk

---

<sup>79</sup> Relevant zijn ondermeer de werkgelegenheid, het financieringstekort van de rijksbegroting en de collectieve lastendruk. Het effect van kostenbeheersing in de gezondheidszorg op de werkgelegenheid is negatief en het directe effect op het financieringstekort is gering. Lagere sociale premies drukken echter de loonkosten in de marktsector en verminderen de "wig" tussen het bruto- en nettoloon. Premiedaling kan ook worden gebruikt om, via lastenverzwaring elders, het financieringstekort te verminderen, aldus: Vandermeulen, L.J.R., A.R.M. Wennekers en J.M.G. Frijns, *De gezondheidszorg in een macro-economisch perspectief*, 71 ESB, nr.3562 en 3572.

<sup>80</sup> Het FOGM was oorspronkelijk ontwikkeld om over een gezaghebbende raming van de kosten van de gezondheidszorg te kunnen beschikken.

<sup>81</sup> Zo ook: Leenen, H.J.J. en H.D.C. Roscam Abbing, *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1986.

<sup>82</sup> B. Wijnberg betoogde tijdens de ledenvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 30 maart 1984 dat er een wisselwerking bestaat tussen het FOGM en de genoemde wetten. Een taakstelling in het FOGM kan bijvoorbeeld aanleiding zijn tot aanpassing van het verstrekkingspakket van de Ziekenfondswet, terwijl het geldende verstrekkingspakket een gegeven hoort te zijn voor het FOGM. Afgezien van de vraag hoe de feiten liggen, laat dat onverlet dat de wetten conform de daarin vastgelegde normen en procedures behoren te worden uitgevoerd en met inachtneming van de aan die wetten ten grondslag liggende doelstellingen.

is of er sprake is van een inefficiënte uitvoering van de zorgverlening of van een te lage taakstelling.

### Hoofdstuk 3 Het vraagstuk van de grenzen van de zorg

#### Adviezen en rapporten

Wanneer voor het eerst over "de grenzen van de gezondheidszorg" is gesproken, is niet meer precies te achterhalen, maar in ieder geval reeds in 1978.<sup>83</sup> In ieder geval kreeg de discussie over de grenzen van de zorg in 1983 nieuwe impulsen. In dat jaar bracht de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid een signalement over het onderwerp uit.<sup>84</sup> De staatssecretaris voor volksgezondheid kreeg tijdens de behandeling van zijn begroting voor 1983<sup>85</sup> het verzoek om over de grenzen van de gezondheidszorg advies te vragen aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en aan de Gezondheidsraad.<sup>86</sup> De Ziekenfondsraad bracht een interim-advies uit inzake grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket.<sup>87</sup> En de KNMG stelde in 1983 een interne commissie in om aan het hoofdbestuur advies uit te brengen over onder andere het minimum-pakket van voorzieningen dat in elk geval in de gezondheidszorg diende te worden gehandhaafd, en over mogelijkheden om tot een betere efficiency van de medische zorgverlening te komen.

De discussie kwam in 1986 opnieuw in een stroomversnelling.<sup>88</sup> Het rapport van

---

<sup>83</sup> In 1977 sprak Leenen in zijn openingsrede voor de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht over "grenzen aan de medische hulpverlening". Tijdens de behandeling van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in 1978 gingen verschillende sprekers op het onderwerp in (Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 15 300 hoofdstuk XVII, nr.2, en Tweede Kamer 1 november 1978, pag.950 t/m 952, 962 en 966). In Leenen, H.J.J., *Gezondheidszorg en recht; een gezondheidsrechtelijke studie*, Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1981, is een aparte paragraaf gewijd aan "grenzen van de gezondheidszorg". Het eerste congres erover was waarschijnlijk het Nederlands Congres Openbare Gezondheidsregeling 1982 (zie Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1983, pag.370 e.v.).

<sup>84</sup> *Grenzen van de gezondheidszorg; Enkele sleutelvraagstukken voor een toekomstgericht zorgbeleid*, advies nr.33 van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983.

<sup>85</sup> Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 15 300 hoofdstuk XVII, nr.2; Tweede Kamer, 9 februari 1983, pag.2138, 2139, 2141, 2144, 2145, 2147, 2148, 2156 en 2157; Tweede Kamer, 10 februari 1983, pag.2232.

<sup>86</sup> Adviesaanvraag van 10 januari 1984. Zij ging vergezeld van een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Deze brief van 3 november 1983 maakt onderdeel uit van de adviesaanvraag.

<sup>87</sup> Interim-advies inzake grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket, uitgave nr.247 van de Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1983. In 1986 bracht de Ziekenfondsraad zijn eindadvies over dit onderwerp uit (uitgave nr.319).

<sup>88</sup> Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er tussen 1983 en 1986 geen publieke discussie over het onderwerp plaats vond. In het bijzonder moet het congres worden vermeld dat de Stichting Gezondheidszorg '82 in oktober 1984 wijdde aan "de grenzen van de gezondheidszorg".

de KNMG-commissie verscheen in maart 1986.<sup>89</sup> In april 1986 bracht de Ziekenfondsraad zijn eindadvies over de grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket uit<sup>90</sup>, terwijl de adviezen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en van de Gezondheidsraad in april<sup>91</sup> respectievelijk november 1986<sup>92</sup> werden gepubliceerd.

In zijn adviesaanvraag aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid sprak de staatssecretaris de verwachting uit "dat het advies van de raad, waarin het hele veld van hulpverleners en patiënten/consumenten zijn vertegenwoordiging vindt, (kon) leiden tot een grotere bewustwording van de problematiek en tot een zekere uitkristallisering van de meningsvorming."

Achteraf roept deze zin een glimlach op, want medio 1986, toen de adviezen en het rapport verschenen, was alle aandacht gericht op de commissie Dekker.<sup>93</sup> De politiek was zich inmiddels maar al te zeer bewust geworden van de problematiek, wat onder andere bleek uit de activiteiten van de wetenschappelijke bureaus van de drie grote politieke partijen. Deze brachten in de periode tussen de instelling van de commissie Dekker (augustus 1986) en de publikatie van diens rapport "Bereidheid tot verandering"<sup>94</sup> (maart 1987) rapporten uit over de veranderingen die in de gezondheidszorg zouden moeten worden doorgevoerd.

De Prof. Mr. B.M. Teldersstichting publiceerde in december 1986 "een concurre-

---

<sup>89</sup> Gezondheidszorg bij beperkte middelen; KNMG-commissie rapporteert, Medisch Contact, 41 1986, 12, pag.357-373.

<sup>90</sup> Eindadvies inzake Grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket, uitgave nr. 319 van de Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1986.

<sup>91</sup> Grenzen van de zorg, advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1986.

<sup>92</sup> Grenzen van de gezondheidszorg, advies nr.29 van de Gezondheidsraad, 's Gravenhage, 1986.

<sup>93</sup> In het regeerakkoord van het tweede kabinet Lubbers was de instelling van een onafhankelijke commissie "Structuur en Financiering Gezondheidszorg" opgenomen, die binnen 6 maanden verslag zou moeten uitbrengen inzake:

- a. De mogelijkheden tot beheersing van de volumeontwikkeling (o.m. als gevolg van vergrijzing en ontwikkeling medische technologie) in de volksgezondheid, mede gelet op de noodzaak om tot een substantiele kostenvermindering te komen.
- b. De mogelijkheden tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering, met name wijziging van de verhouding -inhoudelijk en financieel- tussen AWBZ, rijksbijdragen, ziekenfondsverzekering en particuliere verzekeringen.
- c. De mogelijkheden tot deregulering, tot vermindering van bureaucratie en tot stroomlijning van de adviesstructuur.

<sup>94</sup> Bereidheid tot verandering, Advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 's-Gravenhage, 1987.

rend recept voor de nederlandse gezondheidszorg".<sup>95</sup> Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA volgde in februari 1987 met het rapport "Zorgvernieuwing door structuurverandering"<sup>96</sup>, terwijl de Wiardi Beckman Stichting in maart 1987 voorlopig de rij sloot met "De kwaliteit van de gezondheidszorg".<sup>97</sup> Het rapport van de commissie Dekker, dat veel trekken gemeen had met de rapporten van de Teldersstichting en van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, zou aan de verdere meningsvorming over de grenzen van de zorg leiding gaan geven.

Het zou te ver voeren om alle reacties op het rapport van de commissie Dekker apart te vermelden. Een uitzondering moet worden gemaakt voor het Advies Beheersstructuur Gezondheidszorg van de SER<sup>98</sup>, omdat diens pleidooi voor een regionale beheersstructuur in veel commentaren als alternatief voor het door de commissie Dekker aanbevolen concurrentiemodel is aangemerkt.

De regering kwam op 5 juni 1987 met een eerste reactie op de voorstellen van de commissie Dekker. Daarin sprak zij nog geen oordeel uit over de voorstellen ten aanzien van het stelsel van verzekeringen. Zij beperkte zich tot de aankondiging van "ombuigingsmaatregelen" vanwege "de kostenproblematiek" en een aantal losse maatregelen in het kader van het bestaande verzekeringsstelsel, de tarievenwetgeving en de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

In een tweede reactie op 3 november 1988 kondigde de regering aan dat voorstellen zouden worden ontwikkeld om in 1990 voor alle burgers een basisverzekering in te voeren ter grootte van 85% van de huidige voorzieningen van volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening. Verder werd tegen begin 1988 een derde reactie in het vooruitzicht gesteld, waarin nadere invulling zou worden gegeven aan een nieuwe structuur voor de gezondheidszorg.

### **De problematiek**

De ontwikkeling van de verzorgingsstaat op het terrein van de gezondheidszorg is in het vorige hoofdstuk gekarakteriseerd als een incrementeel proces: een optelsom van kleine stappen, vaak in reactie op autonome ontwikkelingen binnen en buiten de gezondheidszorg gezet, met als leidend beginsel dat de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk behoort te zijn. De discussie over de grenzen van de zorg kan worden gezien als een bezinning op het resultaat

---

<sup>95</sup> Een concurrerend recept voor de nederlandse gezondheidszorg, Geschrift 61 van de Prof. Mr. B.M. Teldersstichting, 's-Gravenhage, 1986.

<sup>96</sup> Zorgvernieuwing door structuurverandering; volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening, rapport van een commissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987.

<sup>97</sup> Wolfensperger, E, De kwaliteit van de gezondheidszorg, publikatie van de Wiardi Beckman Stichting, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987.

<sup>98</sup> Advies beheersstructuur gezondheidszorg; advies over de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur in de gezondheidszorg, publikatie nr.7 van de SER, 's-Gravenhage, 1987. De SER bracht dit advies uit op 24 april 1987. De plannen voor een dergelijk advies ontstonden tijdens de behandeling van de adviesaanvraag van 18 april 1983 over het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De aanleiding om tot publicatie over te gaan was de wens om een bijdrage te leveren aan het beraad binnen het kabinet over het rapport van de commissie Dekker.



van dat proces.

Deze bezinning is op gang gekomen omdat de gezondheidszorg volgens veel mensen te kampen heeft met interne problemen van inhoudelijke, financiële en bestuurlijke aard. Bezinning is verder noodzakelijk vanwege de voortdurende bezuinigingen, die vooral gericht zijn op het verminderen van de collectieve lasten. Omdat collectieve lasten inherent zijn aan het bestaande stelsel van gezondheidszorg, komt dit onvermijdelijk onder druk te staan. Ook al zou het met de problemen van de gezondheidszorg op zich nogal meevallen, dan nog zouden er vanwege het bezuinigingsbeleid zeker problemen ontstaan. In hoofdstuk 1 is uiteen gezet dat de problemen als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze gesteld worden in het kader van de verzorgingsstaat en betrekking hebben op de vraag hoe een kwalitatief goede gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar en bereikbaar kan blijven. In de volgende paragrafen komen de afzonderlijke onderdelen van de problematiek aan de orde aan de hand van de eerder genoemde rapporten.

### Inhoud

De inhoudelijke kritiek op de gezondheidszorg kan worden samengevat met de slagwoorden: medicalisering, professionalisering en technologisering. Zowel over de ernst als over de aard van de problematiek verschillen de meningen.

De Wiardi Beckman Stichting stelt dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in het geding is. "De menselijke maat is bezig uit de gezondheidszorg te verdwijnen, in elk geval uit de zorg "voorbij de huisarts". Voorts blijkt zij voor velen niet het antwoord op hun problemen: niet voor niets neemt het beroep op alternatieve geneeswijzen en praktijken aanzienlijk toe. Tenslotte gaan met de huidige gezondheidspraktijk culturele maatstaven en vooroordelen gepaard, die bijzondere maatschappelijke groepen -voorts, meer in het algemeen, vrouwen- van de gezondheidszorg vervreemden."<sup>99</sup>

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA spreekt van een te ver doorgesloten professionalisering, waardoor het zorgvermogen van de samenleving zelf is aangetast en pleit voor het scheppen van verplichtingen tot onderlinge zorg, een nieuw evenwicht tussen beroepsmatige en vrijwillige zorg. Sleutelbegrip daarbij is "zorg op maat". Verder moet er meer ruimte komen voor verscheidenheid aan gezondheidsstijlen. "De verdere ontwikkeling van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening vergt een systematische verantwoording in het licht van het mensbeeld en de gezondheidsstijl die door betrokkenen wordt voorgestaan. Ruimte voor verscheidenheid aan gezondheidsstijlen in het verzekeringsstelsel zowel als in het aanbod van gezondheidszorg is gewenst, teneinde de medische technocratie te ontmythologiseren. Geprofileerde gezondheidsstijlen zullen ook sociaal elan voortbrengen dat stimuleert tot creatieve vormen van zelf- en mantelzorg in balans met werkelijk noodzakelijke beroepsmatige hulpverlening."<sup>100</sup>

De Teldersstichting beperkt zich tot kritiek op de verhouding tussen de kwaliteit en de kosten van de gezondheidszorg en is van mening dat deze verbeterd kan worden indien de mensen daar zelf een keuze in kunnen maken.

Medicalisering wordt algemeen als een probleem erkend, maar is het ook een

---

<sup>99</sup> Op. cit., pag.13.

<sup>100</sup> Op. cit., pag.48.

groot probleem? De Gezondheidsraad vindt dat het probleem niet moet worden overdreven.<sup>101</sup> "Er lijkt soms sprake te zijn van te grote verwachtingen. De professie heeft zich hier en daar laten verleiden tot onbescheidenheid, alsof de gezondheidszorg de oplossing zou kunnen bieden voor alle problemen van het menselijk bestaan. Sommige consumenten hebben de neiging te overvragen, alsof de gezondheidszorg een pleister zou kunnen leveren voor elke wond."<sup>102</sup>

Professionalisering en technologisering zijn in de visie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad evenzeer een zegen als een probleem en in ieder geval culturele en maatschappelijke gegevenheden waar niemand om heen kan. Alle indicatoren van gezondheid wijzen erop dat dezelfde professionele en technisch-wetenschappelijk gerichte gezondheidszorg waarop de wetenschappelijke bureaus kritiek uitoefenen, indrukwekkende resultaten bereikt.<sup>103</sup> Een anti-professionele of anti-technologische houding aannemen<sup>104</sup> is daarom het paard achter de wagen spannen. Problematisch is het volgens de adviesorganen wel dat wetenschappelijke en technologische vernieuwingen betrekkelijk autonoom, dat wil zeggen zonder expliciete beoordeling van hun werkzaamheid, wenselijkheid en ethische aanvaardbaarheid in het voor iedereen beschikbare pakket voorzieningen (met name het verstrekkingspakket van de Ziekenfondswet en van de AWBZ) worden opgenomen.<sup>105</sup> Dat maakt de samenstelling van het pakket vatbaar voor kritiek. Het draagt er verder toe bij dat prioriteiten maar zeer ten dele op basis van inhoudelijke criteria worden gesteld.

In de discussie liggen dus twee accenten: bezorgdheid over het autonoom verlopende proces van uitbreiding en verandering van het verstrekkingspakket enerzijds en een pleidooi voor meer verscheidenheid en keuzemogelijkheden in het pakket anderzijds.

De adviesorganen bepleiten een strategie waarin via besluitvorming door de overheid en via regelgeving een breed samengesteld verstrekkingspakket systematisch wordt geschoond en waarin prioriteiten worden gesteld aan de hand van algemeen aanvaarde criteria.

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, de Teldersstichting en de commis-

---

<sup>101</sup> Medicalisering kan volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid worden beperkt indien de gezondheidszorg zich bepaalt bij haar eigen doelstellingen en professionele competenties. De professionele organisaties zouden zich daar sterk voor moeten maken. De KNMG geeft in haar project "gezondheidszorg bij beperkte middelen" het goede voorbeeld door voor onderdelen van de geneeskunde specifieke doelstellingen en taken uit te werken.

<sup>102</sup> Op.cit., pag.29.

<sup>103</sup> Zie o.a. Borst-Eilers, E, *De Nota 2000 gewogen*, Graadmeter, 2 1987, 10/11 en Hoogendoorn, D., *De landelijke sterfte en de kosten van de gezondheidszorg*, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 131 1987, 3.

<sup>104</sup> In zijn adviesaanvraag aan de Nationale Raad en aan de Gezondheidsraad wijst de staatssecretaris er uitdrukkelijk op dat het niet de bedoeling is dat er ongemotiveerde belemmeringen worden gecreëerd voor medisch wetenschappelijk onderzoek, en evenmin dat er voedsel wordt gegeven aan een anti-technologische houding.

<sup>105</sup> De eerder genoemde adviezen van de Ziekenfondsraad hebben specifiek op deze problematiek betrekking.

Die Dekker staan een andere strategie voor, waarin het verstrekkingenpakket door de overheid tot een basispakket wordt ingekrompen en globaler<sup>106</sup> dan thans wordt omschreven en waarin door middel van gedecentraliseerde besluitvorming<sup>107</sup> wordt bepaald op welke vorm van zorgverlening de verzekerde recht heeft.

### Kosten

Waarom vormen de kosten van de gezondheidszorg een probleem?

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA noemt drie redenen:

- ethische (goed rentmeesterschap);
- gezondheidspolitieke (de gezondheid moet betaalbaar blijven en nieuwe uitdagingen aan kunnen);
- sociaal-politieke (de collectieve lastendruk moet omlaag, omdat de doorwerking van een steeds hogere premiedruk de rendementen van het bedrijfsleven nadelig beïnvloedt.<sup>108</sup>)

Andere gezondheidspolitieke redenen die in de diverse rapporten worden aangevoerd, zijn de noodzaak om de kwaliteit en de toegang tot de zorg te waarborgen en rantsoenering en ongewenste inperking van de zorg zoveel mogelijk te voorkomen.

Over de oorzaak van de kostenproblematiek wordt verschillend gedacht, terwijl ook de ernst van de problematiek verschillend wordt ingeschat.<sup>109</sup> De Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad hebben in hun adviezen een poging gewaagd om de verschillende factoren die op de ontwikkeling van de kosten van invloed zijn geweest, op een rij te zetten. Voor de periode tussen 1975 en 1983 kan ongeveer 12% van de kostenstijging worden toegeschreven

---

<sup>106</sup> Dat wil zeggen: in termen van functies.

<sup>107</sup> Hetzij doordat de verzekerde zelf vrijheid van keuze heeft, hetzij doordat de keuze wordt gemaakt via een indicatie- en toestemmingssysteem.

<sup>108</sup> Over de vraag of deze relatie een voortzetting van de bezuinigingen rechtvaardigt lopen de opvattingen uiteen. Tegenover een verlaging van de loonkosten van bedrijven staat dat er op korte termijn ongunstige gevolgen zijn voor de nationale produktie en de werkgelegenheid, terwijl het financieringsstekort nauwelijks wordt beïnvloed. Zie hiervoor: Vandermeulen, L.J.R., A.R.M. Wenekers en J.M.G. Frijns, *De gezondheidszorg in een macro-economisch perspectief*, ESB, 1986, nr. 3562 en 3572.

<sup>109</sup> Prof. Dr. G.M. van Veldhoven ontkent in zijn toespraak tot de algemene vergadering van de NZR op 9 september 1987 dat de kosten van de gezondheidszorg een ongebeheerste explosieve groei hebben gekend. Hij baseert zijn uitspraak op de notitie "financiële ontwikkeling gezondheidszorg" van de NZR, waarin de ontwikkeling van de kosten voor gezondheidszorg wordt vergeleken met enerzijds die van de kosten van andere collectieve sectoren en van de totaliteit van de collectieve sector en anderzijds met die van de kosten voor gezondheidszorg in andere OECD-landen. Uit de eerste vergelijking komt de gezondheidszorg naar voren als een matige groeier (gezondheidszorg 5% tegen de gehele collectieve sector 11,6%). Tussen de OECD-landen neemt Nederland met zijn groeicijfer een middenpositie in.

aan een toename van de vraag.<sup>110</sup> De demografische ontwikkeling neemt daarvan het overgrote deel (11,5%) van voor haar rekening.<sup>111</sup> Als tweede factor aan de vraagzijde wordt een bredere invulling van de begrippen ziekte en gezondheid genoemd, gepaard gaande aan een hogere waardering van de gezondheid. Daarnaast is de vraag ook toegenomen als gevolg van een ruimer aanbod, hoewel de invloed daarvan vaak wordt overdreven.<sup>112</sup>

Wat het aanbod van gezondheidszorg betreft wijzen de adviesorganen op de invloed van wetenschap en techniek in combinatie met een toegenomen professionalisering en specialisatie. Het aandeel daarvan in de kostenontwikkeling is overigens niet makkelijk te kwantificeren. Het effect van de ontwikkeling van nieuwe technologieën op het totale kostenniveau van de gezondheidszorg lijkt op grond van onderzoek veel geringer dan veelal wordt aangenomen.<sup>113</sup> Een belangrijke groeifactor is de toename van de werkgelegenheid, die tussen 1960 en 1983 steeg met een factor 3.<sup>114</sup> De kosten van het aanbod zijn echter vooral beïnvloed door de inflatie, de loonkosten en onkosten als energie-, administratie- en rentekosten.<sup>115</sup>

Wat het overheidsbeleid (in ruime zin) betreft noemen de adviesorganen de invloed die is uitgegaan van de uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de ziekenfondswet en de AWBZ. Verder wijzen zij op het open-eind karakter van de sociale verzekeringsfinanciering, die een gevolg is van het rechtskarakter van de aanspraken, en op het systeem van honorering per verrichting, dat voor verschillende beroepsgroepen geldt. Een niet onaanzienlijke invloed op de kosten van de gezondheidszorg is verder uitgegaan van het bouwbeleid van de overheid. Deze stimuleerde aanvankelijk de bouw van ziekenhuizen en later de bouw van verpleeghuizen.

---

<sup>110</sup> Grünwald, C.A., *Beheersing van de gezondheidszorg*, Vuga, 's-Gravenhage, 1987, pag.43.

<sup>111</sup> De Gezondheidsraad schat de bijdrage van bevolkingsgroei en veroudering voor de periode 1970-1981 op ongeveer 11%.

<sup>112</sup> Grünwald komt tot de conclusie dat de soms beweerde overconsumptie en vraagverhoging door aanbodprikkelers als oorzaak van de kostenstijging een geringe rol spelen. Wel prikkelt een stijgend aanbod daar, waar er een tekort aan voorzieningen bestaat.

In de periode 1970-1975 nam de vraag sterker toe, wat zij grotendeels toeschrijft aan het beschikbaar komen van voorzieningen voor langdurig zieken en gehandicapten als gevolg van de invoering van de AWBZ.

<sup>113</sup> zie oa. Groot, L.M.J. en C.B. Visinescu, *Medical technology legislation, policy and cost in the Netherlands*, report for the EEC, Brussels, 1982.

<sup>114</sup> Nationale Raad voor de Volksgezondheid, op. cit., pag.13.

<sup>115</sup> Grünwald heeft een kwantitatieve analyse gemaakt van de componenten van de kostenontwikkeling tussen 1970 en 1983. Zij komt tot de conclusie dat de belangrijkste factoren in die periode waren:

- de algemene prijsontwikkeling (69%)
- demografische gegevens (11,5%)
- de loonkosten als samenstel van de reële loonontwikkelingen per arbeidsjaar en de personeelssterkte (9,5%)
- de kosten van andere produktiemiddelen zoals energie, installaties e.d. (9,5%).

De adviesorganen komen tot de conclusie dat -gegeven de omvang van het verstrekkingspakket en de algehele toegankelijkheid van de gezondheidszorg- de belangrijkste oorzaken van de kostenstijgingen gelegen zijn in externe factoren en ontwikkelingen die binnen de gezondheidszorg maar gedeeltelijk kunnen worden beïnvloed. Dit betekent dat de kostenproblematiek maar gedeeltelijk kan worden "opgelost" door binnen de gezondheidszorg een grotere doelmatigheid na te streven. Daar komt bij dat niet alleen de oorzaken van de kostenontwikkeling voor een deel buiten de gezondheidszorg liggen, maar ook de noodzaak om de kosten te beheersen in belangrijke mate een extern gegeven is: de collectieve lastendruk. Omdat -ondanks binnen de gezondheidszorg te treffen maatregelen- door invloeden van buitenaf kostenstijgingen kunnen optreden, en omdat het sociaal-economisch beleid van de regering verdergaande bezuinigingen in de gezondheidszorg noodzakelijk kunnen maken, moet er dus rekening mee worden gehouden dat het verstrekkingspakket moet worden ingekrompen, er weinig of geen ruimte is voor nieuwe ontwikkelingen, de kwaliteit en de toegang tot de zorg niet in de huidige omvang kunnen worden gewaarborgd en dat rantsoenering van de zorg niet geheel voorkomen kan worden.

De politieke partijen en de commissie Dekker hebben veel meer dan de adviesorganen de neiging om de oorzaken van de kostenontwikkeling binnen de gezondheidszorg zelf te zoeken.

De Wiardi Beckman Stichting stelt bijvoorbeeld dat het kostenprobleem slechts een symptoom is van dieper zittende problemen (medicalisering, professionalisering en technologisering) en daarom niet kan worden opgelost met behulp van een paar financiële handgrepen. "Effectieve beheersing vergt herbezinning op de kwaliteit van de gezondheidszorg, beginnend bij de vraag wat van haar wel en niet kan worden verlangd. Het betekent bezinning op de wijze waarop de vraag naar medische hulp tot stand komt en hoe het aanbod daarvan is gestructureerd; bezinning voorts op de maatstaven van kwaliteit en de daarin verborgen culturele waarden en vooroordelen"<sup>116</sup>

De Teldersstichting brengt het gebrek aan doelmatigheid in de gezondheidszorg in verband met de besluitvormingsstructuur. De traditionele financieringsstructuur van de gezondheidszorg is volgens de Teldersstichting een van de belangrijkste oorzaken van onnodige kostenstijgingen in het verleden en van de moeizaam verloopende kostenbeheersing in de afgelopen jaren. Het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen geeft van binnenuit impulsen tot onnodige kostenstijgingen en daarop lopen de beheersingsmaatregelen van de overheid stuk.

Volgens het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA hangt kostenbeheersing samen met het verantwoord omgaan met de eigen gezondheid, de beschikbare middelen en de verantwoording jegens anderen. "Kostenstijgingen komen niet voort uit onwil van betrokkenen of uit het onbewust misbruik maken van het systeem, maar uit zwakheid: het ontbreken van stimulansen en de directe noodzaak voor betrokkenen (vragers, aanbieders en financiers) om tot kostenbeheersing te komen."

De commissie Dekker stelt dat het ideeëngoed van de Structuurnota niet heeft gewerkt, daarmee aangevend dat een andere aanpak nodig is, die wel resultaat oplevert: "Er kwam een overmaat van vraag naar en aanbod van zorg, gevat in een groot aantal regels en voorschriften met als gevolg een vrijwel autonome en onbeheersbare groei".

De verscheidenheid van deze analyses weerspiegelt de complexiteit van het kostenvraagstuk. De verschillende accenten die gelegd worden, corresponderen met

---

<sup>116</sup> Wiardi Beckman Stichting, op. cit., pag.13.

een bepaalde aanpak van de kostenbeheersing: een ander kwaliteitsconcept (Wardi Beckman Stichting), een andere financierings- en besluitvormingsstructuur (Teldersstichting), prikkels tot doelmatig gedrag (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA), zorg op maat door middel van substitutie (commissie Dekker), financiële kaderstelling (Nationale Raad voor de Volksgezondheid).

In combinatie met de aanbevelingen die gedaan worden in verband met de inhoudelijke en bestuurlijke aspecten van de problematiek van de grenzen van de zorg, resulteren twee strategieën:

- marktwerking en concurrentie, in samenhang met een basispakket, doelmatigheidsbevordering en substitutie;
- regulering en financiële kaderstelling<sup>117</sup>, in samenhang met een systematische toets van het verstrekkingspakket, doelmatigheidsbevordering en substitutie;

### **Bestuur**

De commissie Dekker spreekt in haar rapport van "de stroeve organisatie en het moeizaam functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg, gekenmerkt door hoge kosten, ontbreken van keuzemogelijkheden en van voldoende prikkels tot vernieuwing." Daarmee vat zij kort samen wat in veel rapporten als problematisch wordt beschouwd: een teveel aan regulering en bureaucratie, te hoge kosten door een gebrek aan doelmatigheid en een zorgverlening die onvoldoende beantwoordt aan de veranderende en uiteenlopende behoeften van de bevolking.

Wat moet er veranderen? De Commissie Dekker: "De mening heeft postgevat dat een regelende, plannende en bevoogdende overheid op alle niveaus terug zou moeten trekken ten gunste van een beheersmodel waarbij de staat bevordert en voorwaarden schept en de gezondheidszorg zelf de zaken regelt. Er wordt ook gewezen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid en de hulp die door de samenleving dicht bij huis, geboden zou moeten worden. Velen menen dat onze gezondheidszorg, met name het stelsel van ziektekostenverzekeringen, onvoldoende prikkels bevat voor doelmatig beleid, doelmatig gebruik en doelmatig handelen. Dit wordt toegeschreven aan het ontbreken van marktmechanismen en scheiding van financiering en planning. Deze kritiek staat niet op zichzelf, maar weerspiegelt een veranderd klimaat waarin over de verzorgingsstaat wordt gedacht."

Uit de diverse rapporten over de grenzen van de zorg blijkt inderdaad dat er sprake is van een veranderd klimaat. Dat heeft echter weinig invloed op de opvattingen over de verantwoordelijkheden van de overheid.

De commissie Dekker acht het de verantwoordelijkheid van de overheid dat zij de kwaliteit, de toegankelijkheid en de bekostiging van de zorg bewaakt en met name de zwakkeren in de samenleving (o.a. zwakzinnigen, langdurig geestelijk zieken en verplegingsbehoefstigen) beschermt. De doelmatigheid in de zorg moet worden bevorderd en verkwisting moet worden tegengegaan, maar de solidariteit

---

<sup>117</sup> Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA is van mening dat er een maximum moet worden gesteld aan de uitgaven voor gezondheidszorg voor zover gefinancierd uit wettelijk verplichte premiestelling. Niet de totale uitgaven voor gezondheidszorg moeten volgens het Instituut aan een plafond worden gebonden maar alleen het collectief gefinancierde gedeelte. De uitvoering van dat voorstel zou een sterke prikkel tot particuliere financiering van de gezondheidszorg creëren, met het risico dat betaalbaarheids- en selectieproblemen worden afgewenteld op degenen die tot particuliere financiering niet in staat zijn.

en rechtvaardigheid, die hoofdkenmerken zijn van het huidige stelsel, moeten gehandhaafd blijven.

De commissie Dekker onderschrijft hiermee de interpretatie van artikel 22 van de Grondwet, die luidt dat de overheid een eigen overkoepelende verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de gezondheidszorg, die is toegespitst op de garantie van de kwaliteit, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg binnen het raam van de financiële en materiële mogelijkheden.<sup>118</sup> De Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad refereren eveneens aan deze interpretatie.

Belangrijk is dat ook de wetenschappelijke bureaus van de drie grote politieke partijen van mening zijn dat de gezondheidszorg voor iedereen gelijkelijk toegankelijk moet blijven.<sup>119</sup>

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA pleit er zelfs voor dat in de Grondwet het recht op gezondheidszorg wordt geformuleerd als een (eventueel afdwingbare) inspanningsverplichting voor de overheid om een elementair pakket voorzieningen te garanderen dat voor iedere Nederlander gelijkelijk geldt.<sup>120</sup>

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA is wel van mening dat de overheid een te ruime verantwoordelijkheid op zich heeft genomen. Het claimt een zelfstandige verantwoordelijkheid voor de georganiseerde samenleving en stelt dat de overheid zich moet beperken tot de garantie van een vloer in de zorg in de vorm van basisvoorzieningen en verder moet fungeren als "een schild voor de zwakken". Het meerdere is geen zorg voor de overheid maar voor de maatschappelijke organisaties. De potentiële betekenis van deze beperking moet niet worden onderschat omdat er argumenten aan kunnen worden ontleend voor een vergaande terugtred van de overheid en voor een aanzienlijke reductie van de collectieve lastendruk. De praktische betekenis van deze beperking is voorlopig niet zo groot.<sup>121</sup>

Het veranderde klimaat waarvan de commissie Dekker spreekt, beïnvloedt vooral

---

<sup>118</sup> Leenen, H.J.J. en H.D.C. Roscam Abbing, *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1986, pag.18.

<sup>119</sup> De Teldersstichting is voorstander van een ruimere toepassing van het marktmechanisme, maar ziet het als de taak van de overheid om randvoorwaarden te stellen aan de werking van de markt, "omdat het marktmechanisme geen garanties biedt voor een algehele toegankelijkheid van de gezondheidszorg."

De Wiardi Beckman Stichting is voorstander van een algehele volksverzekering, maar kan een differentiatie van het verstrekkingspakket naar een basispakket en een aanvullende verzekering aanvaarden indien het basispakket alle naar bestaande normen gemeten noodzakelijke zorg omvat.

<sup>120</sup> Dit pleidooi is er weliswaar op gericht om vast te leggen dat wat boven het basispakket uitgaat niet tot de verantwoordelijkheid van de overheid behoort, maar aangezien artikel 22 van de Grondwet thans geen aanspraken op voorzieningen voor iedereen inhoudt (zie hoofdstuk 2) is elke verplichting die terzake aan de Grondwet wordt toegevoegd winst voor de rechtspositie van de patient, zeker als het elementaire pakket voorzieningen zo ruim wordt opgevat als het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA zelf doet, nl. 90% van het huidige pakket van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

<sup>121</sup> Zie noot 120.

de opvattingen over de taken die de overheid in het kader van haar verantwoordelijkheden op zich moet nemen. Die meningen lopen overigens uiteen.

De Teldersstichting formuleert het aldus: "de belangrijkste vraag waarvoor men in de Nederlandse gezondheidszorg de komende tijd staat is of men kostenbeheersing wil bereiken door middel van het verder aandraaien van de reguleringschroef of juist door een vergroting van de bewegingsvrijheid (en eigen verantwoordelijkheid) van alle direct betrokkenen in de gezondheidszorg".

De keuze zou daarbij volgens de Teldersstichting moeten vallen op privatisering, deregulering en concurrentie in een mate dat de feilen van het marktmechanisme nog niet tot onaanvaardbare problemen leiden. Dat houdt volgens haar in dat de vrij gedetailleerde sturing door de overheid van prijzen en tarieven en van volumina (aantal hulpverleners, capaciteit van ziekenhuizen e.d.) wordt losgelaten ten gunste van een grotere marktwerking, waarbij de overheid globaal enkele randvoorwaarden (marktcondities) vaststelt.<sup>122</sup>

De Wiardi Beckman Stichting pleit voor een veel grotere mate van overheidsregulering. Weliswaar dient ook volgens haar gestreefd te worden naar een primair zelfregulerend systeem van zorg, maar met een sturing van buitenaf op punten die op inhoudelijke gronden werkelijk van belang zijn. Deze zijn onder meer: beheersing van het aanbod aan medische voorzieningen<sup>123</sup>, regionalisatie van de medische hulpverlening en de invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten.

De Gezondheidsraad formuleert een tussenpositie. Hij acht herbezinning op de rol van de overheid op zijn plaats maar dat betekent niet dat overhaast tot drastische koerswijzigingen moet worden besloten. Voor bepaalde onderwerpen zullen richtlijnen, regels en wetten nodig blijven omdat van zelfregulering door het "veld" van de gezondheidszorg geen alternatief te verwachten is (bijvoorbeeld basisverzekering, patiëntenrechten). Maar meer dan thans zou volgens hem gekozen kunnen worden voor "regulation by incentives". Deze dienen echter te worden getoetst op hun effect ten aanzien van de belangrijkste doelstellingen van het regeringsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg: kostenbeheersing, kwaliteit, toegang en sociale gelijkheid.<sup>124</sup> Eventuele koerswijzigin-

---

<sup>122</sup> Deze zijn:

- voor de consument: verzekeringsplicht
- voor de consument en de verzekeraars: basispakket en maximale eigen bijdragen
- voor de verzekeraars: acceptatieplicht, premiestelling en verevening.

<sup>123</sup> De Wiardi Beckman Stichting denkt daarbij onder andere aan:

- het invoeren van een vergoedingenschaal die een premie zet op beperking van het aantal verrichtingen;
- het hanteren van een strak budgetteringsbeleid door de overheid;
- het invoeren van marktconforme prikkels.

<sup>124</sup> De toetsing van een aantal door velen gepropageerde prikkels en maatregelen aan deze doelstellingen wijst uit dat de meeste kunnen bijdragen aan het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg, doch dat bij veel maatregelen het beginsel van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zonder aanzien des persoons en het uitgangspunt dat sociale verschillen in gezondheid niet mogen worden versterkt, onder druk komen te staan. Van slechts enkele maatregelen kan een over de gehele linie gunstig patroon van effecten worden verwacht terwijl ook duidelijk is dat veel maatregelen verstrekkende gevolgen kunnen hebben.



gen dienen een voorzichtig karakter te hebben en moeten gebaseerd zijn op een taxatie die veel meer omvat dan alleen een effect inzake de kosten van de zorg.

De commissie Dekker gaat een eind mee met de voorstellen voor een sterkere marktwerking in de gezondheidszorg.<sup>125</sup> Terwille van de flexibiliteit en doelmatigheid van het stelsel acht de commissie versterking van de marktgerichtheid nodig, waar dat mogelijk is. Hoewel de commissie vervolgens stelt dat marktwerking in de zorg slechts op bijzondere wijze en in beperkte mate toepassing kan vinden, stelt zij voor om op grote schaal prijs- en kwaliteitsconcurrentie in te voeren zowel op de markt van verzekeringen als op die van hulpverlening. Marktwerking is echter in de ogen van de commissie Dekker geen doel op zichzelf, maar een instrument ter verhoging van de doelmatigheid en voor het tegengaan van verstarring. Omwille van de solidariteit en de sociale rechtvaardigheid dienen er volgens haar grenzen aan de werking van de markt te worden gesteld. Solidariteit en toegankelijkheid moeten worden bevorderd door de invoering van een basisverzekering met een van overheidswege vastgesteld pakket<sup>126</sup>, een door de overheid vastgestelde premie naar draagkracht<sup>127</sup> en een verplichting tot acceptatie<sup>128</sup> van verzekerden ongeacht leeftijd en gezondheidsrisico's, aangevuld met de mogelijkheid om van verzekeraar te wisselen.

De commissie is van mening dat wetgeving zoveel mogelijk voorwaardenscheppend moet zijn, waarbij zij haar voorkeur uitspreekt voor indirecte regelgeving, wat inhoudt dat de wetgever, indien hij regeling van een bepaald onderwerp nodig acht, de uitwerking zoveel mogelijk aan betrokkenen zelf overlaat. "Pas in laatste instantie moet de overheid direct regelend optreden".

#### **Een nieuw compromis in de maak?**

Het uitgangspunt dat de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk hoort te zijn, wordt blijkens de rapporten over de grenzen van de zorg nog steeds onderschreven.

Wat het stelsel van verzekeringen betreft tekent zich rond het concept van de basisverzekering een begin van overeenstemming af. De wetenschappelijke bureaus van de drie grote politieke partijen hebben er bouwstenen voor aangedragen, de commissie Dekker heeft het aanbevolen als het hart van haar voorstellen en de regering heeft het na lang aarzelen en met de nodige slagen om de arm overgenomen.

Aan het particuliere karakter van het gezondheidszorgbestel wordt niet getornd, maar er lijkt consensus te bestaan over de noodzaak van een stringente beheersing van het aanbod, hetzij via de markt, hetzij via regulering.

Het is echter nog te vroeg om te spreken van een nieuw compromis, omdat veel elementen van zowel het nieuwe verzekeringsstelsel als van het beheersingsregiem voor de voorzieningen nog ter discussie staan. De meest wezenlijke vraag

---

<sup>125</sup> Verschillende passages in het rapport lijken er op te wijzen dat hieraan aarzelingen vooraf zijn gegaan. In de commentaren op het rapport van de commissie Dekker ontmoeten vooral de voorstellen voor concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen kritiek.

<sup>126</sup> Met daarnaast een vrijwillig af te sluiten aanvullende verzekering.

<sup>127</sup> Met daarnaast een nominaal premiedeel.

<sup>128</sup> De acceptatieplicht geldt ook voor de aanvullende verzekering.

is wellicht of het uitgangspunt van gelijke toegankelijkheid, dat door iedereen wordt beleden, ook werkelijk kan worden gerealiseerd indien de verschillende aanbevelingen worden opgevolgd.

Een belangrijk punt van overweging daarbij is het grote belang dat allerwege aan doelmatigheid wordt gehecht en dat onder andere tot uiting komt in de voorstellen tot onderlinge concurrentie in het verzekeringsstelsel en tot tweedeling van het verzekeringsstelsel in een basis- en een aanvullende verzekering. Het is de vraag of een gelijke toegang in zo'n verzekeringsstelsel gewaarborgd is. Onderverzekering en marktsegmentatie lijken geen denkbeeldige gevaren.

Ook de taken van de overheid zijn een belangrijk punt van overweging. Deregulering en marktwerking hebben niet alleen invloed op de doelmatigheid van het bestuur, maar brengen ook veranderingen in bevoegdheden en machtsverhoudingen. De vraag is: in wiens voor- en nadeel? Indien, wat in ieder geval voor sommige categorieën van patiënten waarschijnlijk lijkt, hun keuzevrijheid er door vermindert en hun afhankelijkheid van de beslissingen van derden toeneemt, rijst de vraag welke maatregelen ter bescherming van de patient kunnen worden getroffen.

Een derde issue is de lastenverdeling. Voor het realiseren van een gelijke toegang tot de zorg zijn inkomensoverdrachten onmisbaar. Het sociaal-economisch beleid is echter gericht op het terugdringen van de collectieve lasten en daarmee ook van inkomensoverdrachten. De gezondheidszorg wordt nog steeds duurder, de inkomensverschillen nemen toe en het reëel besteedbare inkomen van grote delen van de laagste inkomenscategorieën is gedaald. Onder die omstandigheden vergt het handhaven van een gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg een grotere solidariteit, geen kleinere.

De aard, inhoud en omvang van het pakket waar iedereen gelijke toegang toe hoort te hebben, vormen een onderwerp waarover nog allerm minst overeenstemming bestaat. Dat het pakket wegens een tekort aan middelen moet kunnen worden ingeperkt, wordt aanvaard. Methodieken voor het bepalen van prioriteiten kunnen worden ontwikkeld, maar de ruimte om zonder hevig maatschappelijk verzet beperkingen aan te brengen lijkt beperkt. Het voorstel voor een functionele omschrijving van het pakket houdt zelfs een verruiming van aanspraken in, wat de vraag oproept hoe eventueel noodzakelijke beperkingen dan moeten worden aangebracht.

Een vijfde vraagpunt betreft de invloed die een stringente beheersing van het aanbod heeft op het tot gelding kunnen brengen van de aanspraken van de verzekerden. Een voortzetting van de huidige krappe beurs-politiek leidt tot wachtlijsten en selectie van patiënten. In hoeverre is dat acceptabel en zijn er alternatieven?

In de volgende hoofdstukken worden deze onderwerpen verder behandeld, waarbij het perspectief van de patient, inherent aan het beginsel van gelijke toegang tot de zorg, centraal staat.

## Hoofdstuk 4 De rangorde van beginselen

"Individuele vrijheid van handelen noch efficiency kunnen onbeperkt worden nagestreefd, maar vinden hun begrenzing waar de gelijkwaardigheid en de gelijkberechtiging van het individu worden aangetast."

### Een algehele volksverzekering tegen ziektekosten

Het vergroten van de individuele handelingsvrijheid en van de doelmatigheid zijn doeleinden die aan veel aanbevelingen in het kader van de grenzen van de zorg ten grondslag liggen. Dat geldt met name ook voor de aanbevelingen ten aanzien van het verzekeringsstelsel. Aangezien de vormgeving van het stelsel van verzekeringen in belangrijke mate de toegang tot de gezondheidszorg bepaalt, is het vooral bij dit onderwerp zaak dat de gelijkberechtiging en gelijkwaardigheid van het individu worden bewaakt.

Met deze beginselen hoog in het vaandel hebben de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad zich in 1984 uitgesproken voor een algehele volksverzekering tegen ziektekosten.<sup>129</sup> Daarmee kan volgens hen een gelijke toegang tot de gezondheidszorg het beste worden gerealiseerd. De solidariteit die daarvoor moet worden opgebracht, krijgt zo ook een breder draagvlak. Het argument dat zij verder voor een algehele volksverzekering aanvoeren, luidt dat het voor het voeren van een samenhangend beleid wenselijk is dat de gezondheidszorg over een eenduidige financiële basis beschikt.

De regering heeft de adviezen van beide raden niet opgevolgd,<sup>130</sup> voorstander als zij toen was van een gedifferentieerd stelsel, dat bekend staat als "de drietrapsraket van van der Reijden".<sup>131</sup> Deze was samengesteld uit een volksverzekering voor onverzekerbare risico's, een verzekeringsplicht voor risico's die uit een oogpunt van gezondheidszorg noodzakelijk verzekerd moesten worden, en een aanvullende verzekering voor overige risico's.

### Het voorstel van de WRR

Een inspiratiebron voor de drietrapsraket was het rapport dat de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in 1982 over de toekomst van het welzijnsbeleid uitbracht.<sup>132</sup> De WRR constateert daarin dat men in de maatschappij verschillend begint te denken over gezondheid en gezondheidszorg. Hij verbindt daaraan de conclusie dat "het scheppen van voldoende ruimte om deze pluriformiteit tot zijn recht te laten komen, in het toekomstig beleid ruime

---

<sup>129</sup> Advies inzake de toekomstige structuur van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1984; Advies inzake stelselwijziging ziektekostenverzekering, uitgave nr. 259 van de Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1984.

<sup>130</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-1985, 18972, nr.3.

<sup>131</sup> Wijziging in en eventueel van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, nota gevoegd bij de adviesaanvraag over dat onderwerp van 18 april 1983 en gericht aan de SER, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad.

<sup>132</sup> Herwaardering van welzijnsbeleid, rapport nr.22 van de WRR aan de regering, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982.

aandacht verdient". In dat verband wijdt de WRR een uitgebreide passage aan het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Daarin stelt hij dat de verplichte verzekeringen een te geringe en de particuliere verzekeringen ten dele een te grote consumentensoevereiniteit<sup>133</sup> veronderstellen. In de verplichte verzekeringen heeft de consument volgens de WRR geen enkele reële keuzemogelijkheid, een situatie waar in het verleden redenen voor waren<sup>134</sup>, die tegenwoordig niet meer in die mate bestaan. Voor een volledige keuzevrijheid is echter volgens hem ook geen plaats.<sup>135</sup> Deze argumenten tegen elkaar afwegend komt de WRR tot de conclusie dat er een volksverzekering moet komen met een basispakket van noodzakelijke medische voorzieningen. De mensen moeten daarnaast de mogelijkheid hebben om op de vrije markt individueel of groepsgewijs aanvullende verzekeringen af te sluiten. Deze hebben dan betrekking op goedkope elementaire en op dure maar niet noodzakelijke voorzieningen.

Omdat de mensen ongeacht hun positie in het arbeidsbestel gebruik maken van de gezondheidszorg is er volgens de WRR geen reden om in de volksverzekering een relatie te leggen tussen werkkring en verzekeringsdekking of om het arbeidsinkomen tot grondslag voor de premieheffing te nemen. Uit een oogpunt van solidariteit verdient volgens de WRR een premie naar draagkracht, geheven over het totale inkomen van de verzekerde, de voorkeur.

Deze wijze van financiering heeft wel tot gevolg dat ten aanzien van het basispakket de concurrentie tussen verzekeringsinstellingen geheel dreigt te worden uitgeschakeld. Dat zal, zo stelt de WRR, in het algemeen zekere nadelige gevolgen hebben op het gebied van efficiency, innovatie en kwaliteit.<sup>136</sup> Daarom ver-

---

<sup>133</sup> Deze term is afkomstig uit de theorievorming over de werking van het marktmechanisme en duidt de situatie aan, waarin de consument in staat is weloverwogen keuzes te maken tussen verschillende aanbiedingen.

<sup>134</sup> De WRR voert hiervoor vier argumenten aan:

- alle geneeskundige mogelijkheden behoorden vroeger tot de categorie elementaire voorzieningen;
- de mensen waren niet welvarend genoeg om zich meer dan een minimum aan kwaliteit te kunnen permitteren;
- de mensen hadden weinig kennis van ziekte en gezondheid;
- de solidariteitsgedachte was nog weinig geworteld.

<sup>135</sup> Ook hiervoor heeft de WRR vier argumenten:

- zonder verzekering zullen sommige mensen de kosten voor noodzakelijke medische zorg op de gemeenschap afwentelen;
- het gevaar van risicoselectie en marktsegmentatie;
- algehele toegang ongeacht het inkomen vereist solidariteit;
- de medische markt en de verzekeringsmarkt zijn beide ondoorzichtig.

<sup>136</sup> De WRR stelt dat "in het huidige systeem met een deelmarkt van concurrerende instellingen naast een collectief segment ook deze collectieve sector via de financiële verwevenheid door deze concurrentie wordt beïnvloed." Wat de WRR daarmee precies wil zeggen is niet duidelijk. De suggestie wordt gewekt dat de collectieve sector daardoor efficiënter, innovatiever en kwaliteitsbewuster is, dan ze anders zou zijn geweest. Maar is dat zo? De WRR werkt dit punt verder niet uit. In een aantal commentaren op het rapport van de commissie Dekker wordt gesteld dat concurrentie:

- de gezondheidszorg duurder maakt door nodeloze vraag op te roepen;

dient het overweging om binnen de grenzen van het basispakket ruimte te laten voor concurrentie met betrekking tot premiehoogte (in beperkte mate), kwaliteit en service. Dan zou het basispakket niet alleen door middel van een procentuele premie over het inkomen moeten worden gefinancierd, maar in aanvulling daarop ook door een (nominale) premie die direct verschuldigd is aan de verzekeringsinstelling. Het gevaar dat er een concurrentieslag om de goede risico's ontstaat, kan volgens de WRR worden voorkomen door de verzekeraars er toe te verplichten dat zij iedereen als verzekerde accepteren tegen een uniforme nominale premie. Verder moeten de verschillen tussen de alternatieve verzekeringspakketten eenvoudig blijven, omdat de verzekerden anders geen reële keuze kunnen maken. In de volksverzekering dienen daartoe bepalingen te worden opgenomen.

### **Het rapport van de commissie Dekker**

Het is duidelijk dat dit rapport ook de commissie Dekker heeft geïnspireerd. De grote lijnen ervan zijn overgenomen, maar er zijn ook een aantal verschillen, die lijken voort te komen uit een andere afweging van de beginselen die het geding zijn.

Voorop staat dat de commissie Dekker evenals de WRR en andere voorstanders van een volksverzekering waarborgen willen scheppen voor een gelijke toegang tot de zorg en voor solidariteit. De WRR beoogt daarnaast vooral een grotere keuzevrijheid van de consument, terwijl de commissie Dekker doelmatigheid voorop stelt. Daaraan wordt ook de keuzevrijheid van het individu ondergeschikt gemaakt, want er is in het voorstel van de commissie Dekker niet zo zeer sprake van ruimte voor de consument om zelf uit het aanbod aan zorgverlening een keuze te maken, als wel van substitutie waarbij financiële prikkels worden gehanteerd om de keuze van de patient in een bepaalde richting te beïnvloeden.

De WRR stelt een basispakket voor, dat alle voorzieningen omvat, die noodzakelijk zijn en te duur om het risico ervan zelf te dragen. De WRR veronderstelt dat een aantal voorzieningen die momenteel in het pakket van de verplichte verzekeringen zijn opgenomen, vanwege de gestegen welvaart best uit eigen zak kunnen worden betaald. Het doortrekken van deze redenering zou overigens tot gevolg moeten hebben dat het aanvullend pakket bij een dalende welvaart weer wordt ingekrompen. De WRR stelt aan de aanvullende verzekering verder geen eisen, want dat is gezien de inhoud van het pakket niet nodig.

De commissie Dekker koerst op een zelfde basispakket aan, aangevuld met voorzieningen die zich lenen voor substitutie. Het voorstel dat de commissie voor de samenstelling van het aanvullend pakket uitwerkt, bevat echter een aantal voorzieningen die noodzakelijk zijn én individueel niet te betalen.<sup>137</sup> Dat is

- 
- hoge uitvoeringskosten veroorzaakt;
  - de onderhandelingspositie met het veld door onderlinge verdeeldheid verzwakt;
  - tot verlies van informatie over de gezondheidszorg leidt;
  - de verzekeringsmarkt ondoorzichtig maakt;
  - de regionalisatie van de gezondheidszorg doorkruist.

<sup>137</sup> Dat geldt onder andere voor veel geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen, en zeker ook voor fysiotherapie, die voor veel bejaarden onmisbaar én individueel onbetaalbaar is.

niet per ongeluk.<sup>138</sup> Die voorzieningen moeten dus verzekerd kunnen worden. De commissie stelt voor dat de regering een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering invoert en de bevoegdheid krijgt om eventueel een maximumpremie vast te stellen.

Dit onderdeel van de voorstellen van de commissie Dekker is onlogisch en onpraktisch. Het is onlogisch omdat niet valt in te zien waarom voorzieningen waarvoor iedereen zich zou moeten verzekeren, niet in de basisverzekering worden opgenomen. Dan wordt ook voorkomen dat er twee verschillende verzekeringsregiems ontstaan voor pakketten die niet wezenlijk van elkaar verschillen. Bovendien wordt dan geen nieuwe hinderpaal opgeworpen voor eventuele substitutieprocessen.

Het voorstel is onpraktisch omdat het opleggen van een acceptatieplicht en het vaststellen van een maximumpremie de wetgever dwingt tot een nauwkeurige omschrijving van het aanvullende pakket. Zonder eenduidige omschrijving stelt de beoogde bescherming van de verzekerde niet veel voor. Deze kan makkelijk worden omzeild, omdat onduidelijk is waartoe de verzekeraar verplicht is en waarop de maximumpremie betrekking heeft. Met eenduidige omschrijving stelt de beoogde marktwerking niet zo veel voor, omdat er dan weinig ruimte is voor concurrentie op basis van verschillen tussen pakketten.

Het verdient aanbeveling om in dit opzicht de WRR te volgen en de aanvullende verzekering volledig aan de werking van de markt over te laten. De consequentie moet dan wel zijn dat alle noodzakelijke voorzieningen die individueel niet gedragen kunnen worden, in het basispakket worden opgenomen.

Concurrentie is voor de WRR niet wezenlijk, voor de commissie Dekker wél. De commissie is waarschijnlijk om die reden minder dan de WRR geneigd om de marktwerking in te dammen ter bescherming van de verzekerden tegen een ongelijke toegang tot de zorg als gevolg van risico-selectie en marktsegmentatie.<sup>139</sup>

De commissie Dekker bepleit evenals de WRR de invoering van een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Dat is een noodzakelijke maatregel, maar zij biedt onvoldoende bescherming indien zij niet vergezeld gaat van restricties ten

---

<sup>138</sup> De commissie hecht er aan te benadrukken dat aanvullend te verzekeren voorzieningen zich niet in de sfeer van franje of luxe bevinden. Wellicht heeft de commissie bewust aangestuurd op een verhouding van 85%-15% tussen de basis- en de aanvullende verzekering en is dit het gevolg.

<sup>139</sup> Daar is wel reden toe. Het blijkt in een op concurrentie gebaseerd stelsel buitengewoon moeilijk om een aanvaardbaar evenwicht te bereiken tussen efficiency en sociale rechtvaardigheid. Enthoven, die met zijn Consumer Choice Health Plan van 1977 aan de wieg stond van veel plannen voor een marktgericht functionerend verzekeringsstelsel komt op grond van sindsdien opgedane ervaringen tot de conclusie dat zo'n evenwicht alleen kan worden bereikt indien de belangen van (groepen) consumenten collectief worden behartigd door "sponsors", die namens de consument de verschillende verzekeringsmogelijkheden en verstrekkingspakketten vergelijken en invloed uitoefenen op de markt. Prijs- en kwaliteitsconcurrentie leidt bijna onafwendbaar tot risicoselectie en een segmentatie van de markt langs lijnen van koopkracht. Daarvoor staan verzekeraars vele en soms subtiele middelen ter beschikking, zodat actief en verfijnd tegenspel nodig is om dit gevaar te bezweren. Aldus Enthoven in een lezing met de titel "Managed competition", gehouden op 18 september 1987 op de Erasmusuniversiteit.

aanzien van de mogelijkheid om pakket<sup>140</sup> en premiedifferentiatie aan te brengen.

Omdat het wezenlijk is voor het behoorlijk functioneren van een concurrerende verzekeringsstelsel krijgen de verzekeraars volgens het voorstel van de commissie Dekker een budget uit de centrale kas, waarin de procentuele premies worden gestort. De grove verdeelsleutels die daarbij voorschots moeten worden gehanteerd, "zouden de inschrijving van verzekerden met een hoog risico en/of een hoge leeftijd eerder moeten belonen dan bestraffen." De uitkeringen zullen waarschijnlijk worden gerelateerd aan de omvang van het verzekerdenbestand en aan een indeling in risicogroepen volgens makkelijk te hanteren criteria zoals leeftijd en sexe. Het probleem met zo'n systeem is, dat de uitkeringen worden gerelateerd aan de risico's per groep, terwijl het acceptatie- en premiebeleid door de verzekeraar kan worden afgestemd op de risico's per verzekerde.<sup>141</sup> Een zekere mate van risicoselectie blijft daardoor mogelijk en wordt waarschijnlijker naarmate het budget minder als een "beloning" wordt ervaren of een geringere deel van de kosten van de verzekering dekt. De commissie laat het bij de beperkte preventieve werking van dit systeem.

De beschermende werking die volgens de WRR uit kan gaan van de invoering van een uniform nominaal premiedeel, wil zij de verzekerde niet bieden. In tegendeel, de commissie wil juist bevorderen dat de verzekerden een eigen risico in de basisverzekering accepteren. Zij vervangt immers om die reden het systeem van verstrekkingen in natura voor een restitutiestelsel, ondanks het feit dat daarmee de natuurlijke grondslag aan het overeenkomstenstelsel in de ziektekostenverzekeringen komt te vervallen. De commissie acht een eigen risico gewenst omwille van de keuzevrijheid en de kostenbewustheid van de verzekerden. Dat zij daarmee de deur openzet voor risicoselectie en premiedifferentiatie, neemt zij kennelijk op de koop toe.

Om de kans op risicoselectie en marktsegmentatie te verkleinen verdient het aanbeveling om de mogelijkheid tot aanvaarding van een eigen risico uit de basisverzekering te bannen. Verder zou de wetgever aan de regering de bevoegdheid moeten verlenen om in de basisverzekering beperkingen te stellen aan de verschillen tussen alternatieve verzekeringspakketten.

---

<sup>140</sup> Pakketdifferentiatie hoeft in het voorstel van de commissie Dekker niet beperkt te blijven tot de aanvullende verzekering maar kan ook in de basisverzekering worden aangebracht, omdat een functionele pakketomschrijving in combinatie met een volledige vrijheid voor de ziektekostenverzekeraars om met zorgverleners te contracteren, daartoe de ruimte biedt. Van de Ven bepleit in zijn inaugurale rede "Sociale ziektekostenverzekering en doelmatigheid" (Rotterdam, 15 oktober 1987) bijvoorbeeld de invoering van zorgverlener-gebonden polissen. Door af te zien van een volledige keuzevrijheid van artsen en zich te beperken tot in de polis aangewezen artsen krijgt de verzekerde een premiekorting. Een dergelijke constructie is eveneens mogelijk ten aanzien van onderling substitueerbare voorzieningen. Ook een indeling in luxe- en "economy"pakketten behoort tot de mogelijkheden.

<sup>141</sup> Het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden voor Ouderen (COSBO) stelt in zijn commentaar op het rapport van de commissie Dekker dat een acceptatieplicht en een vereveningssysteem via de centrale kas niet afdoende zijn om discriminatie van ouderen te voorkomen; indien de hogere risicogroepen toch hogere premies moeten gaan betalen wordt een acceptatieplicht irrealistisch, omdat de groepen met een minimuminkomen uit de markt worden geprijsd; een acceptatieplicht kan ook ontkracht worden door de invoering van een wachttijd voorafgaande aan acceptatie.

## Hoofdstuk 5 De rol van de overheid

"De overheid kan niet geheel terugtreden zoals in "the minimal state" van Nozick, noch haar verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg aan doelmatigheidsoverwegingen ondergeschikt maken, omdat zij maatregelen moet treffen die nodig zijn om een gelijke toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen."

### **Twee beheersmodellen**

De commissie Dekker spreekt in haar rapport van een veranderd klimaat: een regelende, plannende en bevoogdende overheid zou op alle niveaus terug moeten treden ten gunste van een beheersmodel waarbij de staat bevordert en voorwaarden schept en de gezondheidszorg zelf de zaken regelt.<sup>142</sup> Over sommige elementen van zo'n beheersmodel is de afgelopen jaren uitvoerig geschreven.<sup>143</sup> Ook de meeste rapporten over de grenzen van de zorg besteden uitgebreid aandacht aan de wijze waarop de overheid in de gezondheidszorg zou kunnen terugtreden. Zoals uit de reacties op het rapport van de commissie Dekker blijkt, kunnen twee adviezen in dit opzicht als richtinggevend worden beschouwd: het rapport van de commissie Dekker zelf en het Advies beheersstructuur gezondheidszorg van de SER.

Volgens de commissie Dekker houdt haar model een nieuw evenwicht in tussen marktordening en centrale ordening. Het is een stelsel waarin prijs- en kwaliteitsconcurrentie zorgen voor ordening in de gezondheidszorg, binnen het raam van een verzekeringsstelsel dat binnen randvoorwaarden<sup>144</sup> eveneens door prijs- en kwaliteitsconcurrentie wordt gekenmerkt. Uitgezonderd zijn de basisgezondheidszorg -omdat er naar preventieve activiteiten weinig vraag is- en de groot-schalige intramurale instellingen en landelijke voorzieningen. Regelgeving ten aanzien van de bouw en spreiding daarvan blijft volgens de commissie noodzakelijk vanwege de grote financiële gevolgen, het belang van een goede spreiding

---

<sup>142</sup> H.D.C. Roscam Abbing zegt in haar preadvies "Overheid en het recht op gezondheidszorg" voor de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 30 maart 1984 dat wij ons thans bevinden aan het begin van een periode, welke kan worden aangeduid met termen als "waarborgstaat", "grondwetsstaat" en "zorgstaat" en die door haar de "bevorderingsstaat" wordt genoemd.

<sup>143</sup> Een greep uit de omvangrijke literatuur:

deregulering: Deregulering van overheidsregelingen, eindbericht van de Commissie vermindering en vereenvoudiging van overheidsregelingen, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 17931, nr.9.  
Themnummer over deregulering, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, TSG 62 (1984), nr.10;

planning: Den Hoed, P., W.G.M. Salet en H. van der Sluijs, Planning als onderneming, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983.  
Carnavalsoptocht der Planprocedures, eindrapport van de adviescommissie sanering planprocedures, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1985.

<sup>144</sup> Zie hoofdstuk 3.



en de kwaliteitsaspecten. Ten aanzien van de wetgeving formuleert de commissie Dekker een subsidiariteitsbeginsel: zoveel mogelijk marktwerking, voorkeur voor indirecte regelgeving en pas in laatste instantie directe regelgeving.<sup>145</sup>

De SER schetst een stelsel dat in vergelijking met het bestaande meer ruimte laat voor prijs- en kwaliteitsconcurrentie in de zorgverlening en in het verzekeringsstelsel meer ruimte voor zelfregulering. De bevoegdheden van de overheid worden beperkt tot het afbakenen van het verstrekkingenpakket<sup>146</sup>, het stellen van normen voor voldoende hulp en de erkenning van instellingen en beroepsbeoefenaren. Op centraal niveau functioneert verder een Ziektekostenverzekeringsraad (ZVR) met uitgebreide bevoegdheden, waaronder die tot vaststelling van de premie voor de Ziekenfondswet en de AWBZ, het vaststellen van een richtinggevend budget voor de regio's en regelgeving ten aanzien van het toezicht, de interne en externe coördinatie en de informatieverschaffing.

De verzekeraars stellen in gezamenlijk overleg een voorzieningenplan voor de regio op, dat na goedkeuring door de ZVR het bindend kader vormt voor het aangaan van overeenkomsten met de aanbieders van gezondheidszorg.

Marktwerking en zelfregulering vormen in deze twee modellen het alternatief voor regulering door de overheid. In het model van de commissie Dekker ligt het accent op marktwerking, in dat van de SER op zelfregulering, terwijl in beide overigens sprake blijft van een zekere mate van overheidsregulering.

De modellen verschillen op belangrijke onderdelen van elkaar. Het zijn verschillen die samenhangen met een andere visie op het verzekeringsstelsel<sup>147</sup>, op de verhouding tussen markt, zelf- en overheidsregulering en op het belang van re-

---

<sup>145</sup> Voor het geval dat de markt niet bevredigend werkt, dient in de Wet op de zorgverzekering een instrument te worden opgenomen, waarmee de overheid de prijsvorming kan beïnvloeden. In de Wet op de kwaliteit van de zorg kan, voor het geval dat de marktwerking onvoldoende is, eventueel een regeling worden opgenomen, die zich richt op omvang en voldoende spreiding van zorg en op gevallen van teveel zorg. "Op die gebieden waar niet te verwachten is dat zonder wettelijke regeling kwaliteit geboden zal worden, dient de overheid haar verantwoordelijkheid te nemen".

<sup>146</sup> van de Ziekenfondswet en de AWBZ en indirect ook van de niet-wettelijke ziektekostenverzekeringen.

<sup>147</sup> De SER stelt dat zijn voorstel neutraal staat ten opzichte van het stelsel van ziektekosten, in die zin dat het kan functioneren binnen het huidige stelsel van verzekeringen en anderzijds niet belemmerend is voor een herziening van het stelsel. Het is echter niet neutraal. De beheersstructuur van de SER zou logisch aansluiten bij een stelsel dat enerzijds bestaat uit een wettelijk geregelde basisverzekering met een pluriforme uitvoeringsorganisatie en anderzijds uit privaat- en publiekrechtelijke aanvullende verzekeringen of regelingen, die buiten het kader van de beheersstructuur vallen. (Het voorzieningenplan heeft in de visie van de SER alleen betrekking op de voorzieningen die verstrekkingen zoals omschreven in de verstrekkingenbesluiten van de Ziekenfondswet en de AWBZ, kunnen verlenen. Op andere voorzieningen is de beheersstructuur niet van toepassing.) Invoering van de beheersstructuur in het huidige stelsel zou het ingrijpend van karakter doen veranderen en er zou wetgeving voor nodig zijn om een aantal noodzakelijke veranderingen in de afzonderlijke verzekeringen en regelingen aan te brengen.

gionale samenhang in de gezondheidszorg. De modellen vertonen echter ook een aantal opmerkelijke overeenkomsten. Beide zijn gericht op verbetering van de marktwerking in de gezondheidszorg, in beide is in beginsel sprake van een vrije prijsvorming en in beide treden de verzekeraars<sup>148</sup> op als marktpartij door met de aanbieders van zorg overeenkomsten te sluiten. In beide modellen vormen deze overeenkomsten het centrale reguleringsinstrument. Het overeenkomstenstelsel van de Ziekenfondswet en de AWBZ heeft daarbij zowel in positieve als negatieve zin tot voorbeeld gediend.

### **Het overeenkomstenstelsel van de Ziekenfondswet en de AWBZ**

Medewerkersovereenkomsten zijn inherent aan het systeem van verstrekkingen in natura, dat vanaf het eerste begin kenmerkend is geweest voor de ziekenfondsverzekering en dat in de AWBZ is gecontinueerd. In een naturaverzekering is de verzekeraar jegens de verzekerde gehouden tot de verstrekking die in de polis is vastgelegd. De verzekeraar moet om aan zijn verplichting te voldoen vrijwel altijd een overeenkomst aangaan met een derde, die namens hem de afgesproken prestatie levert. De verzekeraar blijft echter jegens de verzekerde aansprakelijk. In de Ziekenfondswet en in de AWBZ is sprake van een publiekrechtelijke naturaverzekering. De verzekerde is op grond van de wet verzekerd, de rechtsverhouding tussen de verzekeraar en de verzekerde berust eveneens op de wet, terwijl ook de aard, inhoud en omvang van de prestaties waartoe de verzekeraar jegens de verzekerde gehouden is, wettelijk zijn omschreven.

In het kader van restitutieverzekeringen kunnen eveneens overeenkomsten tussen verzekeraars en leveranciers van diensten worden gesloten, maar dat gebeurt niet in de huidige publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. In de particuliere ziektekostenverzekeringen zijn deze overeenkomsten een betrekkelijk recent verschijnsel. In een restitutieverzekering is de verzekeraar jegens de verzekerde gehouden tot gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten die deze heeft gemaakt wegens het intreden van een in de polis omschreven risico. De verzekeraar kan in de polis bedingen dat zijn prestatieplicht aan voorwaarden is gebonden. Hij kan bijvoorbeeld zijn verplichting tot vergoeding van kosten beperken tot de gevallen waarin de verzekerde gebruik heeft gemaakt van de diensten van in de polis omschreven personen, maar ook andere voorwaarden zijn denkbaar. De overeenkomst die de verzekeraar eventueel met een dienstverlener sluit, gaat buiten de verzekerde om. Zij heeft weliswaar betrekking op de rechten en plichten waartoe de dienstverlener zich jegens de verzekerde zal verbinden indien deze van zijn diensten gebruik maakt (in hoofdzaak het honorarium), maar de nakoming van deze overeenkomst is een kwestie van de verzekeraar en de hulpverlener. In de relatie tussen de verzekeraar en de verzekerde geldt slechts de restitutieplichting onder de in de polis omschreven voorwaarden.

Het overeenkomstenstelsel van de Ziekenfondswet en de AWBZ werd in het verleden maar in beperkte mate als beheersinstrument gebruikt. Daar zijn verschillende redenen voor aan te wijzen.

1. De ziekenfondsen zijn verplicht om er voor te zorgen dat de aanspraken van de bij hen ingeschreven verzekerden tot gelding kunnen worden gebracht (art.8,1 ZFW; art.6,1 AWBZ). Het is hen verboden zelf diensten of zaken te leveren, die behoren tot de wettelijk geregelde verstrekkingen (art.42 ZFW; art.41 AWBZ). Zij zijn verplicht overeenkomsten te sluiten

---

<sup>148</sup> Dat is in het model van de commissie Dekker althans duidelijk de bedoeling.

met personen en instellingen die de verstrekkingen kunnen verlenen (art.44,1 ZFW; art.42,1 AWBZ) en wel met iedere erkende instelling en met iedere hulpverlener<sup>149</sup> die binnen het werkgebied van het ziekenfonds zijn beroep uitoefent en daartoe een verzoek indient (art.47,1 ZFW; art.45,1 en 2 AWBZ). Het ziekenfonds kan alleen op grond van ernstige bezwaren weigeren. Pas in 1981 is in de wet een bepaling opgenomen (art.47,3 ZFW; art.45,3 AWBZ) op grond waarvan de ziekenfondsen van deze laatste verplichting kunnen ontheven.<sup>150</sup>

Het ziekenfonds ontbeert door deze beperkingen in zijn contractsvrijheid, die mede maar niet uitsluitend in het belang van de verzekerden zijn gesteld, een reële onderhandelingspositie.

2. Pas na het verschijnen van de Structuurnota 1974 zijn de ziekenfondsen zich regionaal gaan organiseren. Door bundeling van krachten en door uitbreiding van know-how is sindsdien perspectief ontstaan op het voeren van een regionaal voorzieningenbeleid. De ziekenfondsen volstonden voor die tijd meestal met het sluiten van landelijke (model)overeenkomsten, waarnaar in overeenkomsten met individuele hulpverleners werd verwezen.
3. Sommige onderwerpen zoals de bouw van ziekenhuizen lenen zich niet goed voor regulering via medewerkerscontracten. Andere onderwerpen zoals bijvoorbeeld de planning van het aantal beroepsbeoefenaren liggen buiten de invloedssfeer van het individuele ziekenfonds.

De regelgeving ten aanzien van de voorzieningen voor gezondheidszorg heeft zich onder andere om deze redenen voor een belangrijk deel buiten het overeenkomstenstelsel om ontwikkeld. De planning van ziekenhuizen en andere intramurale voorzieningen vindt bijvoorbeeld plaats in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). In deze wet, die behalve op de bouw van instellingen ook op grote investeringen en op de uitoefening van afzonderlijke functies betrekking heeft, is geen juridische relatie met de verzekeringswetgeving aangebracht. Dat komt tot uiting nu financiële beperkingen in toenemende mate hun stempel drukken op de uitvoering van de WZV. Vanaf 1975 geldt een bouwplafond. In 1984 is een taakstellend plafond voor de exploitatiegevolgen van bouwbeslissingen ingevoerd. Aan sommige voorzieningen, zoals verpleeghuizen, is een tekort ontstaan. Het ziekenfonds kan daardoor in de onmogelijkheid verkeren om voldoende hulp voor zijn verzekerden te contracteren. De verzekerde kan het ziekenfonds wel op zijn verplichtingen aanspreken (art.74 ZFW; art.58 AWBZ), maar deze kan zich in deze situatie op overmacht beroepen.<sup>151</sup>

---

<sup>149</sup> Dat geldt voor iedere huisarts, specialist, tandarts, apotheker, verloskundige, fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, leverancier van kunst- en hulpmiddelen, oefentherapeut-Mensendieck, oefentherapeut-César en logopedist.

<sup>150</sup> Daarvan is gebruik gemaakt ten aanzien van fysiotherapeuten (1982), huisartsen (1983, alleen voor het gebied van de Zuidelijke IJsselmeerpolders) en tandartsen (1984).

<sup>151</sup> De uitspraak van president van de rechtbank 's-Gravenhage in kort geding d.d. 18 juni 1987 inzake Roelin tegen de Staat der Nederlanden en de Stichting Nuts Ziektekostenverzekering heeft op deze kwestie betrekking. Mw. Roelin is particulier verzekerd. Zij wordt met een medische indicatie in het ziekenhuis opgenomen. Binnen het jaar houdt de medische indicatie op te bestaan. Er is wel een indicatie voor opname in een verpleeghuis. Wegens een tekort aan verpleeghuisbedden kan zij echter niet in een verpleeghuis worden opgenomen. Noodgedwongen, dat wil zeggen met een sociale indicatie, moet zij haar verblijf

Of de overheid aansprakelijk gesteld kan worden voor het veroorzaken of door nalaten laten voortduren van een tekort aan hulpverlening is zeer twijfelachtig. De Ziekenfondswet noch de AWBZ bieden daar een grondslag voor. Deze leggen de overheid -anders dan de ziekenfondsen- geen verplichting op om voor voldoende hulpverleningsmogelijkheden zorg te dragen. Een actie op grond van onrechtmatige overheidsdaad heeft weinig kan van slagen.<sup>152</sup> Toch is het onbevredigend dat de overheid wel de aanspraken van de verzekerden (aard, inhoud en omvang van het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet en de AWBZ) vaststelt en de ziekenfondsen verplicht voor voldoende hulp zorg te dragen,

---

in het ziekenhuis voortzetten. De verzekeraar weigert het verblijf in het ziekenhuis verder te betalen met een beroep op de polisvoorwaarden.

Mw. Roelin spreekt de verzekeraar in zijn hoedanigheid van uitvoeringsorgaan van de AWBZ aan op zijn verplichting om voldoende overeenkomsten te sluiten. De verzekeraar beroept zich op overmacht. Dit beroep wordt gehonoreerd, omdat er een tekort aan verpleeghuisbedden is en omdat de verzekeraar voor dat tekort niet aansprakelijk is.

Mw. Roelin spreekt ook de overheid aan. De president overweegt dat noch uit art.6,2 AWBZ noch uit een andere wetsbepaling aanstonds een aansprakelijkheid van de overheid kan worden afgeleid. Wel acht hij het aannemelijk dat het risico dat wegens een tekort aan verpleeghuisbedden een ziekenhuisverblijf moet worden voortgezet ook al is dat medisch gezien niet meer noodzakelijk, voor particulieren niet afdoende verzekeraar is en een zwaar geneeskundig risico oplevert. Grondslag van de AWBZ is, aldus de president, dat een dergelijk risico in de volksverzekering moet worden ondergebracht.(1) Weliswaar geeft art.6,2 AWBZ slechts aanspraak op verstrekkingen in ziekenhuizen voor zover deze de periode van één jaar te boven gaan, maar "verstrekkingen in ziekenhuizen" houdt volgens de president in "verstrekkingen in ziekenhuizen op medische indicatie".(2) De president veroordeelt de Staat tot betaling van de vordering.(3)

De uitspraak bevredigt het rechtsgevoel, maar ook niet meer dan dat. Uit aanname (1) volgt niet dat het betreffende risico in de AWBZ is ondergebracht, noch dat er voor de overheid een rechtsplicht bestaat om dat te doen. Aanname (2) heeft alleen betekenis, indien a-contrario mag worden geconcludeerd dat de voorwaarde dat de ziekenhuisopname de periode van één jaar te boven moet gaan, niet geldt indien er sprake is van een sociale indicatie. De a-contrariorendenering wordt kennelijk geoorloofd geacht op grond van aanname (1). De conclusie, die overigens niet met zoveel woorden wordt getrokken, is kennelijk dat er sprake is van een verstrekking. Die conclusie is overigens niet logisch consistent met de uitleg van art.6,2 AWBZ dat een verstrekking moet worden gelezen als een verstrekking op medische indicatie. Gegeven het voorafgaande is niet duidelijk op grond waarvan de Staat wordt veroordeeld tot betaling (3). Indien er in casu sprake is van een verstrekking, is de verzekeraar verplicht de verstrekking te verlenen, niet de Staat. Indien er geen sprake is van een verstrekking, is het niet duidelijk op grond waarvan de Staat aansprakelijk is voor de kosten.

<sup>152</sup> Er is geen rechtsplicht door de overheid geschonden. Artikel 22, tweede lid, van de Grondwet bevat een instructienorm, geen waarborgnorm, zodat ook daaraan niet het bestaan van een rechtsplicht jegens belanghebbenden kan worden ontleend (HR 23-11-1939, NJ 1940, no. 242; Zutphense Zuiderhaven). Van strijd met de in het maatschappelijk verkeer betamende zorgvuldigheid is in het algemeen geen sprake indien iemand schade ondervindt omdat de overheid bepaalde activiteiten niet ter hand neemt.

maar niet aansprakelijk is voor maatregelen waardoor de aanspraken van de verzekerden worden gefrustreerd en de ziekenfondsen niet aan hun zorgverplichting kunnen voldoen.

Een vergelijkbare situatie kan zich bij de toepassing van de Wet tarieven gezondheidszorg voordoen. De tarieven maken een wezenlijk onderdeel van de overeenkomsten uit. Tot 1982 onderhandelden de ziekenfondsen met instellingen en beroepsbeoefenaren over de overeenkomsten inclusief de tarieven, die in hun geheel ter goedkeuring werden voorgelegd aan de Ziekenfondsraad. Sinds 1982 is de Wet tarieven gezondheidszorg<sup>153</sup> van toepassing, die de bevordering van een evenwichtig stelsel van tarieven tot doel heeft "mede met het oog op de beheersing van de kosten op het gebied van de gezondheidszorg". Over de hoogte van de tarieven wordt onderhandeld tussen de ziekenfondsen en de (organisaties van) instellingen en beroepsbeoefenaren, maar het onderhandelingsresultaat moet worden goedgekeurd door het COTG, dat daarbij richtlijnen hanteert. Deze richtlijnen worden door het COTG opgesteld, maar behoeven de goedkeuring van de minister van WVC, die verder samen met de minister van Economische Zaken aan het COTG aanwijzingen kan geven met betrekking tot de inhoud van de richtlijnen. Door van deze bevoegdheden gebruik te maken kan de minister financiële taakstellingen die in het FOGM zijn opgenomen, laten doorwerken in de richtlijnen en via deze in de ziekenfondsovereenkomsten. Een tarief -waartoe ook een ziekenhuisbudget moet worden gerekend- kan dus tot op zekere hoogte in de overeenkomst worden "geparachuteerd", waardoor in de onderhandelingen de neiging ontstaat de tegenprestatie aan te passen aan het tarief in de vorm van bijvoorbeeld productieafspraken. De overheid oefent zo via haar tarievenbeleid invloed uit op de inhoud van de overeenkomst. In het naturastelsel vormen echter de aanspraken van de verzekerden de grondslag van de overeenkomsten, zodat het gebruik dat verzekerden van hun aanspraken maken, bepalend is voor de omvang van de productie waarvoor het ziekenfonds moet instaan.<sup>154</sup> Het ziekenfonds kan zich tegen de verzekerde niet zonder meer beroepen op de door hem gemaakte productieafspraken. Hij kan zich er wel op beroepen dat de hulpverlener of instelling wegens de hoogte van het tarief of budget weigert een overeenkomst aan te gaan of slechts wil contracteren voor een in omvang beperkte prestatie, waardoor het hem onmogelijk is voldoende hulp te contracteren, ook al is deze op zich wel beschikbaar. Het staat hulpverleners en instellingen immers vrij al dan niet met het ziekenfonds een contract te sluiten.

De Ziekenfondswet voorziet op tweeërlei wijze in het probleem waarvoor de verzekeraar en de verzekerde zo kunnen komen te staan.<sup>155</sup>

---

<sup>153</sup> Met ingang van 29 januari 1982 geheel in werking getreden.

<sup>154</sup> Zo ook Eyden, A.P.J. van de, *Budgettering gezondheidsrechtelijk gezien*, Tijdschrift voor gezondheidsrecht, 1984, pag.105-116, en *Medische productieafspraken juridisch getoetst*, Medisch Contact, 1985, pag.129-133, en Leenen, H.J.J. en H.D.C. Roscam Abbing, *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1986.

<sup>155</sup> De ziekenfondsverzekerde kan zich met gebruikmaking van de EEG verordeningen nr. 1408/71, 574/72 en 1390/81 ten laste van de ziekenfondsverzekering elders in de EEG onder behandeling stellen indien hij daarvoor van het ziekenfonds toestemming heeft gekregen (art.22,1c verordening 1408/71). Toestemming is niet nodig indien de gezondheidstoestand van de betrokkene het nodig maakt dat onmiddellijk medische zorg wordt verleend (art.22,1a verordening

Het ziekenfonds kan aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor het geldend maken van zijn recht op een verstrekking te wenden tot een andere persoon of instelling dan waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten, indien dit voor zijn geneeskundige verzorging nodig is (art.9,4 ZFW; art.10,4 AWBZ).<sup>156</sup> Eventueel kan de verzekerde van buitenlandse voorzieningen gebruik maken. Het is duidelijk dat deze bepaling alleen voor uitzonderingssituaties geschikt is en niet voor het opvangen van een structureel tekort aan voorzieningen. Dat wijst de praktijk ook uit.<sup>157</sup>

Indien een ziekenfonds in de onmogelijkheid verkeert op voor hem aanvaardbare voorwaarden overeenkomsten te sluiten met een genoegzaam aantal personen of instellingen, die de bedoelde vorm van geneeskundige verzorging kunnen verlenen, kan de minister bepalen dat de verzekerden van dat ziekenfonds aanspraak hebben op een uitkering in geld wegens gemaakte kosten voor een bepaalde vorm van geneeskundige verzorging in plaats van aanspraak op de desbetreffende verstrekking (art.11 ZFW; art.12 AWBZ).<sup>158</sup> De minister kan dan bepalen onder welke voorwaarden en tot welk bedrag aanspraak op een uitkering bestaat. Dit houdt een omschakeling in naar een restitutiesysteem. Het lost het onderliggende (schaarste)probleem niet op en kan een verzwakking inhouden van de positie van de verzekerde (op voorhand staat immers niet vast dat de door hem

---

1408/71). De toestemming mag niet worden geweigerd indien de behandeling, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in eigen land niet kan worden gegeven binnen de termijn die gewoonlijk nodig is voor de desbetreffende behandeling (art.22,2 verordening 1408/71). Zie verder de prejudiciële beslissingen van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap van 16 maart 1978 (zaak 117,77 TGR 78/4) en van 31 mei 1979 (zaak 183,78 TGR 80/1) inhoudende dat toestemming verder niet mag worden geweigerd, indien:

- de betrokken behandeling niet op het grondgebied van de lidstaat van de woonplaats kan worden gegeven;
- de in een andere lidstaat gegeven behandeling doeltreffender is (wordt geacht) dan in de lidstaat van de woonplaats;
- de gewenste behandeling een noodzakelijke en doeltreffende therapie vormt, ongeacht of zij in het land van de woonplaats een verstrekking is.

<sup>156</sup> Weliswaar heeft de commissie van juristen van de Ziekenfondsraad (ZFR, 1968, Z75/28) in een advies als haar mening uitgesproken dat deze bepaling geen betrekking heeft op gevallen waarin door een tijdelijk tekort aan gebruikelijke voorzieningen een beroep op voorzieningen buiten de woonplaats of naaste omgeving nodig is, maar de rechtspraak volgt een ruimere uitleg. Zie o.a. de Centrale Raad van Beroep, 12 juli 1977, nr.ZFW/10 en Ziekenfondsraad, Rechtspraak ZFW en AWBZ, Amstelveen, augustus 1985, nr.4, 85082.

<sup>157</sup> Een enquête die de Ziekenfondsraad in 1986 onder ziekenfondsen heeft gehouden, wijst uit dat de regeling geen wezenlijke problemen inzake procedure, aantallen, toestemming, afwijzing of veroorzaakte kosten veroorzaakt. Zie: **Hulp in het buitenland**, advies van de Ziekenfondsraad, uitgave nr.353, Amstelveen, 1987.

<sup>158</sup> Deze bepaling is met ingang van 1 juli 1987 op specialistische hulp van toepassing. Zie de Regeling vergoeding specialistische hulp door ziekenfondsen aan hun verzekerden (Stcrt.1987,122).

gemaakte kosten geheel worden vergoed), maar een dergelijk ingrijpende stap brengt de kwestie wel waar hij thuis hoort: op de politieke agenda. Langs die weg kan het probleem wellicht wel worden opgelost.

### Overheid, markt en zelfregulering

De beheersmodellen van de commissie Dekker en van de SER houden geen terugkeer in naar de "minimal state", waarin de patient zijn zaken zelf op de markt regelt. De overheid treedt niet terug, maar laat zich vervangen. De regulerende taak van de overheid, waarmee zij uitvoering geeft aan de garantie van een voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg<sup>159</sup>, wordt in deze voorstellen in belangrijke mate door de verzekeraars overgenomen, waarbij zij gebruik maken van een overeenkomstenstelsel.

#### 1. Het rapport van de commissie Dekker

Wijnberg heeft de vraag gesteld wat de legitimatie is van de verzekeraars om zulke vergaande "bevoegdheden" te krijgen als in de Dekker-voorstellen.<sup>160</sup> Het voor de hand liggende antwoord is dat zij deze bevoegdheden ontleen aan hun functie als uitvoerder van de basisverzekering. De "beheersing" van de voorzieningen is in de voorstellen immers gekoppeld aan de uitvoering van de basisverzekering en heeft tot doel om de verzekerden voldoende zorg van goede kwaliteit tegen een redelijke prijs te bieden.

De vraag is echter begrijpelijk en het antwoord kan niet met stelligheid worden gegeven, omdat het moeite kost om de verzekeraars in het plan-Dekker ondubbelzinnig als uitvoerders van een wettelijk geregelde verzekering te zien. Volgens de voorstellen komt het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars te vervallen. Alle verzekeraars voeren de basisverzekering in concurrentie uit. Zij hoeven niet als uitvoerders van de basisverzekering te worden erkend.<sup>161</sup> De verzekeraars worden aan regelgeving onderworpen, maar een duidelijk beeld daarvan ontbreekt in de voorstellen. De basisverzekering is een verplichte verzekering. De verzekerden zijn van rechtswege verzekerd, maar het rapport<sup>162</sup> spreekt ook van polisvoorwaarden, wat wijst op een verzekeringsovereenkomst. Op meer plaatsen is het onduidelijk of de verzekering van publiek-

---

<sup>159</sup> Zie voor een uitputtende inventarisatie: Roscam Abbing, H.D.C., *Overheid en het recht op gezondheidszorg, een tussentijdse balans*, Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 30 maart 1984.

<sup>160</sup> Wijnberg, B, *Dekker op afstand*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 11 1987, pag.365-374.

<sup>161</sup> Daar lijkt toch moeilijk aan te ontkomen. Op welke titel zullen zij anders een uitkering uit de centrale kas kunnen krijgen? Op welke titel zal de Raad voor de zorgverzekering toezicht op hen mogen uitoefenen? Wijnberg wijst er op dat via de verzekeraars de juiste werking van de markt moet worden gewaarborgd; enige greep op hen is dan wel geboden. Na 1992 zal het ontbreken van een erkenning nog problematischer worden, omdat dan binnen de EEG een vrije verzekeringsmarkt ontstaat.

<sup>162</sup> Zie bijlage 9 van het rapport.

rechtelijke dan wel privaatrechtelijke aard is.<sup>163</sup> De verzekeraars worden onderworpen aan twee vormen van toezicht. Het toezicht van de Verzekeringskamer uit hoofde van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf wijst op een privaatrechtelijke verzekering. Het toezicht van een Raad voor de zorgverzekering wijst op een publiekrechtelijke verzekering. Wat dat laatste toezicht overigens inhoudt, wordt niet duidelijk. Het rapport spreekt van toezicht op de kwaliteit van het pakket, de toegankelijkheid, de acceptatieplicht, de prijsvorming en de marktwerking. Welke bevoegdheden de Raad krijgt om bij gebleken tekorten op te treden, blijkt niet. Tenslotte is het zelfs met de meest wezenlijke verplichting die een uitvoerder van de basisverzekering zou moeten hebben, namelijk om voor voldoende hulp zorg te dragen, onduidelijk gesteld. De commissie erkent zo'n verplichting, maar legt hem niet als rechtsplicht op. Wijnberg heeft zijn vraag terecht gesteld.

De onduidelijke juridische status van de basisverzekering is een gevolg van het subsidiariteitsbeginsel dat de commissie ten aanzien van de wetgeving heeft geformuleerd en inhoudt dat marktwerking voorrang heeft boven indirecte regelgeving en indirecte regelgeving voorrang boven directe regelgeving. Deze volgorde is gekozen omdat de commissie daarvan een optimale regulering tegen zo gering mogelijke reguleringskosten verwacht. Het is een utiliteitsredenering, die, conform de in hoofdstuk 1 geschetste theorie, haar geldigheid in de empirie moet bewijzen. De commissie spreekt dan ook een voorwaardelijke voorkeur uit voor marktwerking, die, als dat nodig blijkt, door andere vormen van regulering moet kunnen worden vervangen. Het resultaat is uit een oogpunt van rechtszekerheid buitengewoon onbevredigend. De onduidelijkheden die de toepassing van dit beginsel oplevert, en die de fundamenteën van de basisverzekering en het daarop gebaseerde reguleringsmechanisme betreffen, illustreren waarom het subsidiariteitsbeginsel geen adhaesie verdient. Met de basisverzekering en de beheersstructuur voor de voorzieningen is een publiek belang gediend, waarmee de middelen die worden gehanteerd, in overeenstemming moeten zijn. Indien de overheid de uitvoering van bepaalde taken niet zelf op zich neemt, waarvoor goede argumenten kunnen worden aangevoerd, zal zij er voor moeten zorgen dat het door anderen gebeurt op een wijze die in overeenstemming is met de verantwoordelijkheid die de overheid draagt. Wetgeving vervult daarin een aantal functies die niet door de markt<sup>164</sup> of door zelfregulering<sup>165</sup> kunnen worden

---

<sup>163</sup> Zie hiervoor Sluyters, B. en L.E. Kalkman-Bogerd, *Nieuwe driehoeksverhoudingen*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 11 1987, pag.417-426.

<sup>164</sup> Er zijn goede redenen aan te voeren voor meer marktwerking in de gezondheidszorg: het tot gelding brengen van persoonlijke voorkeuren, dynamiek, aanpassingsvermogen en een continue afweging van kosten en baten. Er zijn ook argumenten tegen: de slechte toegankelijkheid van de zorg voor lage inkomens en voor mensen die veel zorg behoeven, het geringe inzicht van de gemiddelde patiënt en verzekerde in de markt van hulpverlening en in de verzekeringsmarkt, de afhankelijkheid van de patiënt in levensbedreigende situaties en in omstandigheden waarin hij zich niet zelfstandig kan handhaven.

<sup>165</sup> Voor zelfregulering pleit onder andere dat deze makkelijk kan worden aangepast en een pluriforme benadering mogelijk maakt. Het laat ruimte voor de verantwoordelijkheid en deskundigheid van betrokkenen. Zelfregulering bindt echter alleen de leden van de eigen organisatie, de normen zijn voor derden, waaronder de patiënt, vaak slecht kenbaar en verraden meestal een scherp oog



overgenomen: het waarborgt de inbreng van de parlementaire democratie in het besluitvormingsproces, het waarborgt de legaliteit van het overheidshandelen, het zorgt voor continuïteit en voorspelbaarheid in het beleid en het bevordert de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van burgers en instellingen.

De belangen waarvoor de overheid verantwoordelijkheid draagt en die zij op de eerste plaats behoort te behartigen - de garantie van een gelijke toegang tot de zorg- dienen richtinggevend te zijn voor de mate waarin marktwerking en zelfregulering een plaats krijgen in het stelsel van wetgeving.<sup>166</sup>

In de Wet op de basisverzekering moet daarom in ieder geval worden bepaald dat de verzekeraar verplicht is om voldoende zorg te contracteren<sup>167</sup> en in moet staan voor de kwaliteit. De kosten van de gecontracteerde zorg moet hij volledig vergoeden.<sup>168</sup> De verzekerde moet de verzekeraar in rechte op deze bepalingen kunnen aanspreken. De wet moet ook bepalen wat de rechten van de verzekerde en de verplichtingen van de verzekeraar zijn in de situatie dat contracten ontbreken en de markt dus niet werkt .

Vanwege haar principiële voorkeur voor marktwerking houdt de commissie Dekker weinig rekening met verschillen in marktcondities tussen de (deel)sectoren van de gezondheidszorg. Zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde, zijn die er wel degelijk.<sup>169</sup> De mate waarin concurrentie in de zorgverlening zal optreden of überhaupt mogelijk is, zal daardoor uiteenlopen. Afhankelijk van de verschillen zal het nodig zijn om in de kwaliteitswet en in de tarievenwetgeving verschillende regieën in te voeren om tot een goed evenwicht tussen kwaliteit en prijs te komen. Daar kan bij komen, dat de marktverhoudingen reeds op voorhand door de aanwezigheid van bepaalde regelgeving worden beïnvloed. Indien bijvoorbeeld de Wet ziekenhuisvoorzieningen in vereenvoudigde vorm zal blijven functioneren en de ziekenhuiscapaciteit daardoor tot een minimum wordt beperkt, zullen de ziekenhuizen een sterke marktpositie krijgen, die overheidsregulering van de tarieven rechtvaardigt.

Er moet dus rekening mee worden gehouden dat ook in een op de markt geïntegreerd stelsel een gedifferentieerde toepassing van regelgeving noodzakelijk blijft. Daarom is het niet zinvol om de Wet tarieven gezondheidszorg in te

---

voor het eigen belang.

<sup>166</sup> Zo oordeelt ook Leenen in: Leenen, H.J.J., *Regulering en deregulering in de gezondheidszorg*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62 1984, nr.10. Hij wijst er op dat onderregulering de positie van de patient kan verzwakken en dat de systematiek van de wetgeving voor de patient van groot belang is: de wetgeving moet voor de patient inzichtelijk en kenbaar zijn.

<sup>167</sup> De gevallen waarin de verzekerden een volledig vrije keus wordt gelaten (ook uit niet-gecontracteerde hulp), zullen waarschijnlijk uitzondering blijven. Voor die gevallen kan een uitzondering op de contracteerplicht worden gemaakt.

<sup>168</sup> Behoudens wettelijke eigen bijdragen en een eventueel vrijwillig aangaand eigen risico.

<sup>169</sup> Aan de vraagzijde is het bijvoorbeeld relevant hoeveel patienten van een bepaald type voorziening gebruik maken, of er sprake is van een bepaalde categorie en of de patienten van de aanwezigheid van een bepaald type voorziening afhankelijk zijn. Aan de aanbodzijde is ondermeer de omvang van het aanbod van belang, maar ook de mate van specialisatie (moeilijk vervangbaar) en de organisatiegraad (monopolyvorming).

trekken, zoals de commissie Dekker voorstelt. In plaats daarvan kan beter worden bezien in hoeverre deze wet moet worden aangepast om in het model-Dekker te kunnen functioneren. Ook de erkenning kan beter worden gehandhaafd. De erkenning van voorzieningen door de overheid kan voor de verzekerden een duidelijk herkenbaar kwaliteitskeurmerk zijn. Verder kan het ter bescherming van de verzekerden zinvol zijn om de kosten van sommige voorzieningen alleen te vergoeden indien de voorziening erkend is.

## 2. Het advies van de SER

Wat legitimeert de positie van de verzekeraars in het model van de SER?

De SER wijst op hun verantwoordelijkheid als financier<sup>170</sup> c.q. bekostiger van de gezondheidszorg en op hun verantwoordelijkheid als vertegenwoordiger van de verzekerde en de premiebetalder. Verder stelt hij dat het voor een doelmatig bestuur noodzakelijk is dat financiering en planning in één hand berusten. In hoeverre kunnen echter de verzekeraars als bekostiger van de gezondheidszorg worden beschouwd of als vertegenwoordiger van de verzekerde en premiebetalder? En welke verantwoordelijkheid brengt dat met zich mee?

De ziekenfondsen zijn weliswaar privaatrechtelijke rechtspersonen, maar ontleen hun positie in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ aan een toelatingsbeschikking als ziekenfonds (art.34 ZFW). In die hoedanigheid voeren zij de verplichte ziekenfondsverzekering en (mede) de AWBZ uit. De uitgaven die zij voor de uitvoering van die verzekeringen doen, brengen zij ten laste van de Algemene Kas (art.71 ZFW) en van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (art.51 AWBZ). Beide fondsen worden gevoed door verplicht opgebrachte premies. De ziekenfondsen dragen als uitvoeringsorgaan zeker verantwoordelijkheid, maar die berust op de wet. Er kunnen geen andere bevoegdheden aan worden ontleend, dan die de wet toekent. Van een zelfstandig financieel risico, waaraan eventueel de kwalificatie "financier" ontleend zou kunnen worden, is in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ nauwelijks sprake. De ziekenfondsen zijn slechts zelfstandig aansprakelijk voor door de Ziekenfondsraad niet verantwoord geachte uitgaven (art.19 ZFW; art.54 AWBZ). De ziekenfondsen treden niet op als vertegenwoordiger van de verzekerden. De rechtsverhouding tussen het ziekenfonds en de verzekerde vloeit voort uit de wet. De ziekenfondsen vertegenwoordigen evenmin de premiebetalers. De premiebetaling berust op een zelfstandige wettelijke verplichting en staat los van het recht op verstrekkingen, voor het geldend maken waarvan de verzekerde zich bij een ziekenfonds moet laten inschrijven.

Wat de particuliere ziektekostenverzekeraars betreft (waartoe in het kader van de zogenaamde aanvullende verzekering ook het ziekenfonds moet worden gerekend) geldt dat zij verantwoordelijk zijn voor de vergoeding van ziektekosten aan hun verzekerden en wel krachtens een contract waarin de wederzijdse rechten en verplichtingen zijn neergelegd. De verzekerde is gehouden de door hem gemaakte ziektekosten aan de hulpverlener te betalen en treedt dus in die zin zelf als bekostiger op. Voor zover de verzekeraar het door de verzekerde verschuldigde rechtstreeks aan de hulpverlener betaalt is sprake van bevrijdende

---

<sup>170</sup> De Teldersstichting stelt: "Uiteraard is de consument de uiteindelijke financier." Het feit dat de werkgever een deel van de premie voor zijn werknemers betaalt, doet daar volgens de Teldersstichting niets aan af. Zou de werkgever niet meebetalen aan de premies, dan zou het netto- of het brutoloon van de werknemers waarschijnlijk navenant hoger zijn.

betaling door een derde (art.1418,1 BW)<sup>171</sup>, niet van een zelfstandige betalingsverplichting. Een eventuele bevoegdheid tot vertegenwoordiging zou in de polis haar grondslag kunnen vinden, maar een daartoe strekkende clausule is niet gebruikelijk. Bij gebreke daarvan vertegenwoordigt de verzekeraar zichzelf.

De organen die de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen uitvoeren, ontlene hun positie als "verzekeraar" aan een publiekrechtelijke regeling en kunnen in dat opzicht met een ziekenfonds worden vergeleken. Evenmin als de particuliere verzekeraar bekostigen zij zelfstandig hulpverlening. Zij vergoeden aan de patient door hem gemaakte ziektekosten.

De verzekeraars zijn dus of uitvoeringsorganen en ontlene daaraan hun positie of oefenen het bedrijf van verzekeraar uit en kunnen uit dien hoofde belang hebben bij regulering van het aanbod aan voorzieningen.

De SER stelt verder dat planning en financiering in één hand behoren te berusten.<sup>172</sup> Concentratie van macht of bestuurskracht kan uit een oogpunt van doelmatigheid gewenst zijn, zoals de SER stelt. Maar waaraan is die bestuurskracht dienstbaar? De SER gaat uit van de gedachte, dat zowel het verlenen van gezondheidszorg als het verzekeren van ziektekosten daden van uitvoering zijn.<sup>173</sup> Uitvoering waarvan? De SER spreekt van het door de overheid geformuleerde beleid met betrekking tot de ziektekostenverzekeringen en de beheersing van de kosten voor de gezondheidszorg, dat "in uitvoering wordt gegeven" aan autonome organen zoals ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen.<sup>174</sup> Dat is echter geen goede voorstelling van zaken, zoals hierboven is uiteengezet.

Voor de verzekeraars in het SER-model geldt wat ten aanzien van de verzekeraars in het model-Dekker is gezegd: hun invloed op het voorzieningenbestel moet berusten op een publiekrechtelijke verplichting om hun verzekerden voldoende zorg van goede kwaliteit en tegen een redelijke prijs te bieden. Een dergelijke verplichting ontbreekt echter in de particuliere verzekeringen en in de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen.

De voorstellen van de SER houden in veel opzichten een voortzetting in van het thans door de overheid gevoerde beleid. Alleen voor het bouwbeleid krachtens de Wet ziekenhuisvoorzieningen is in de voorstellen geen plaats ingeruimd. Er blijft wel een financieel kader bestaan waarbinnen de kosten van de gezondheidszorg -in het land en per regio- begrensd moeten blijven. De Ziektekostenverzekeringsraad (ZVR) stelt dat kader vast, maar hoe en op welke gronden blijft in het advies onduidelijk. Zowel het voorzieningenplan als de overeenkom-

---

<sup>171</sup> Zie: Van der Most, J.M. en J.L.P.G. van Thiel, Het verstrekkingenstelsel van de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering; Juridische beschouwingen over structuur, werking en wettelijke vormgeving. In: AAW, ZFW, AWBZ een beheersbaar voorzieningen-pakket: open of gesloten systeem, Kluwer, Deventer, 1986.

<sup>172</sup> Het is een stelling die in het verleden in verschillende varianten opgeld heeft gedaan. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) stelde in de jaren zeventig: wie beleid bepaalt, betaalt. Dat betekende in rond hollands: boter bij de vis. De stelling van de SER houdt het omgekeerde in van wat de VNG zei: wie beleid betaalt, bepaalt.

<sup>173</sup> Op. cit., pag.23.

<sup>174</sup> Op. cit., pag.36.

sten worden aan het kader getoetst, hetgeen betekent dat er enig toezicht op de tarieven wordt gehouden, zij het niet aan de hand van richtlijnen, zoals thans, maar aan die van de veel vagere norm van het financieel kader. Aanmerkelijk is dat in de toetsingspraktijk nieuwe richtlijnen tot ontwikkeling zullen komen. Een nieuw en positief te waarderen element in de voorstellen is, dat de overheid de ondergrens moet aangeven van het aantal voorzieningen dat in een regio aanwezig moet zijn. De contracteerplicht van de ziekenfondsen (art.47,1 ZFW; art.45,1 en 2 AWBZ) wordt opgeheven, maar de verplichting om door middel van contracten hulp ter beschikking van de verzekerden te stellen (art.44,1 ZFW; art.42,1 AWBZ) blijft bestaan en gaat mutatis mutandis ook gelden voor de andere verzekeraars.<sup>175</sup> De ziekenfondsen moeten in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ instaan voor voldoende zorg. Deze bepaling zou ook voor de andere verzekeraars moeten gaan gelden. De SER spreekt zich hier evenwel niet over uit. De taak van de huidige Ziekenfondsraad om te adviseren in geschillen over het verlenen van een verstrekking of vergoeding zal, evenals de klachtenbehandeling, worden overgenomen door de ZVR. De uitbreiding van deze taak tot de andere verzekeringen ligt in de rede. De bepaling in de Ziekenfondswet en de AWBZ dat alleen met erkende instellingen en personen en instellingen mag worden gecontracteerd blijft bestaan en wordt, naar moet worden aangenomen maar niet met zoveel woorden door de SER wordt gezegd, uitgebreid naar de andere verzekeringen.

Twee centrale elementen van het WVG-concept, regionale ordening en planning van voorzieningen, blijven in de voorstellen van de SER gehandhaafd. Wat verandert zijn de bevoegdheden. De verzekeraars bereiden de plannen voor en stellen die vast. De provincies, de gemeenten en de organisaties van instellingen en beroepsbeoefenaren krijgen een adviserende bevoegdheid. De inspraak van patientenorganisaties vervalt.

Het valt op dat de SER geen aandacht schenkt aan een aantal problemen die bij de totstandkoming van de WVG naar voren zijn gekomen. Het concept van een integraal voorzieningenplan is, als te ambitieus en complex, uit de WVG verdwenen maar keert in de voorstellen van de SER terug. De procedure van voorbereiding en het overleg tussen verzekeraars: de SER stapt over de problemen waarmee de opstellers van de WVG hebben geworsteld, heen. De regioindeling: hetzelfde. Bij een eventuele uitwerking van de voorstellen zal in ieder geval moeten worden voorzien in een regioindeling, omdat het anders onduidelijk is welke reikwijdte het plan heeft en waarop een door de ZVR vast te stellen financieel kader betrekking heeft. Ook zal duidelijk moeten zijn welke verzekeraars aan de opstelling van een regionaal plan deelnemen. De SER acht wetge-

---

<sup>175</sup> In alle verzekeringen en regelingen moet volgens de SER de bepaling worden opgenomen dat de verzekeraars alleen gehouden zijn tot het vergoeden van de kosten van de hulpverlening voor zover deze is gegeven door een instelling of een beroepsbeoefenaar waarmee de verzekeraars een contract hebben afgesloten. In dat contract is dan aangegeven onder welke voorwaarden de verzekeraars de met de feitelijke hulpverlening aan verzekerden gepaard gaande kosten zullen vergoeden. Deze bepaling is toegesneden op een restitutiestelsel, niet op een stelsel van verstrekkingen in natura, want daarin is de verzekeraar gehouden tot de hulpverlening zelf en niet tot vergoeding van kosten. Het zal wel niet de bedoeling zijn dat het naturastelsel in de Ziekenfondswet en de AWBZ wordt vervangen, wel dat in het restitutiestelsel een soortgelijk overeenkomstenstelsel ontstaat. De consequentie is overigens dat de particulier verzekerden en ambtenaren die zijn aangesloten bij een publiekrechtelijke ziektekostenregeling, minder keuzevrijheid krijgen dan thans.

ving ten aanzien van de regionale samenwerking van verzekeraars niet nodig, omdat deze het belang daarvan wel zullen inzien. Zelfs al zou dat zo zijn, dan nog dient de overheid vanwege het publieke belang dat met de samenwerking wordt nagestreefd, zeker te stellen dat de samenwerking tot stand komt. De voorstellen van de SER voorzien in de goedkeuring en de algemeen verbindend verklaring van het plan door de ZVR. Zij voorzien niet in de situatie dat een plan niet tot stand komt. Gezien de ervaringen met de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet voorzieningen gezondheidszorg is het geen overbodige luxe daarmee rekening te houden.

Deze problemen nemen niet weg dat veel instanties in hun commentaar op het rapport van de commissie Dekker met instemming op het rapport van de SER hebben gereageerd vanwege de regionale ordening die er in wordt bepleit en vanwege het ontbreken van concurrentie tussen verzekeraars. Kennelijk wijst men niet zozeer het beleid van de overheid af, als wel de overheid zelf.

Bij deze voorstellen tot zelfregulering is aan de belangen van derden (niet verzekeraars) weinig aandacht geschonken.<sup>176</sup> Gezien de publieke functie van de zelfregulering<sup>177</sup> dient de overheid inspraak van derden en openbaarheid van de plannen en overeenkomsten te waarborgen. Ook dient zij te voorzien in toezicht van overheidswege. In dat verband moet worden onderkend dat de SER met de ZVR een merkwaardig PBO-achtig orgaan introduceert. De ZVR en de taken die hij moet gaan uitoefenen, zijn gemodelleerd naar het voorbeeld van de Sociale Verzekerings Raad (SVR). Dat houdt in dat hij tripartite is samengesteld uit vertegenwoordigers van de centrale werkgevers- en werknemersorganisaties en uit kroonleden en de volgende taken krijgt: toezicht, interne en externe coördinatie, informatie en onderzoek, advisering, nadere regelgeving, klachtenbehandeling, het beslissen in geschillen en premievaststelling.<sup>178</sup> De verzekeringen en verzekeringsorganen waarop de ZVR toezicht moet gaan uitoefenen, hebben echter een geheel andere status en achtergrond dan de sociale verzekeringen en de uitvoeringsorganen, waarmee de SVR bemoeienis heeft. Daarom is een toezienend orgaan dat naar analogie van de SVR is opgezet en samengesteld, niet op zijn plaats. Alleen de ziekenfondsverzekering heeft een duidelijke relatie met het georganiseerde bedrijfsleven, de ziekenfondsen zelf al veel minder. Indien het verzekeringsstelsel gaat bestaan uit een basisverzekering met aanvullende verzekeringsmogelijkheden, ligt het SVR-model nog minder voor de hand. Er is dan namelijk in het geheel geen sprake van een met het bedrijfsleven verbonden verzekering of een aan het bedrijfsleven gelieerd uitvoeringsorgaan.

---

<sup>176</sup> Wel vindt de SER dat de verzekerden en de premiebetalers vanwege hun belang bij het beleid van het ziekenfonds in het bestuur moeten worden vertegenwoordigd. Over de andere verzekeraars spreekt de SER in dit verband niet.

<sup>177</sup> Leenen en Roscam Abbing stellen met het oog op de externe werking van zelfordening daaraan drie eisen. Zij moet de betrokkenen binden of als zodanig functioneren. Zij moet meer ingesteld zijn op het algemeen belang dan op het groepsbelang. Zij moet in openbaarheid functioneren en voor maatschappelijke controle toegankelijk zijn. Zie: Leenen, H.J.J. en H.D.C. Roscam Abbing, *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1986, pag.22.

<sup>178</sup> De SER is van mening dat de SVR en de ZVR die bevoegdheid horen te krijgen.

In de visie van de SER, dat het verlenen van gezondheidszorg en het verzekeren van ziektekosten "uitvoering" van overheidsbeleid betreft, zou eigenlijk een democratische vorm van toezicht op de uitvoering op zijn plaats zijn. Het zelfde geldt voor de situatie dat er een verplichte basisverzekering is.<sup>179</sup> In de huidige pluriforme verzekeringsstructuur ligt zelfs een uniform toezicht niet voor de hand, terwijl voor het treffen van een aantal uitvoeringsmaatregelen -zoals het vaststellen van financiële kaders, het goedkeuren van plannen, het toetsen van overeenkomsten, het verplichten van de verzekeraars tot het voeren van onderhandelingen met instellingen en beroepsbeoefenaren en het bindend vaststellen van de rechtsverhouding tussen hen en de verzekeraars indien ze het niet eens worden<sup>180</sup>- de overheid eerder de aangewezen instantie is dan een "onafhankelijke" door het bedrijfsleven gedomineerde<sup>181</sup> ZVR.

---

<sup>179</sup> De commissie Dekker bepleit een Raad voor de zorgverzekering, samengesteld uit kroonleden. Doorslaggevend argument is voor haar dat de raad belast zal zijn met de toedeling van de middelen van de centrale kas aan de verzekeraars.

<sup>180</sup> Deze bevoegdheid gaat aanmerkelijk verder dan de bevoegdheid van het COTG om een tarief vast te stellen. Het is onaanvaardbaar dat de contactsvrijheid van instellingen en beroepsbeoefenaren op deze manier illusoir zou worden gemaakt.

<sup>181</sup> Het CNV drukt in zijn commentaar op het rapport van de commissie Dekker zijn voorkeur uit voor het model van de SER. Het stelt dat de werkgevers- en werknemersorganisaties als financiers van de zorg de verantwoordelijkheid hebben voor de planning en de financiering van de gezondheidszorg. Vraag: wil de echte financier opstaan?

## Hoofdstuk 6 Inkomensoverdrachten

"Voor een gelijke toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen zijn inkomensoverdrachten noodzakelijk. Deze hoeven niet verder te gaan dan voor dat doel noodzakelijk is, maar mogen ook niet zodanig worden beperkt dat iemand om financiële redenen geen gebruik kan maken van een voorziening."

### Solidariteit

Bijna iedereen heeft een verzekering tegen ziektekosten nodig om toegang tot de gezondheidszorg te krijgen. De mensen verschillen onderling in draagkracht en in het risico dat zij voor een verzekering vertegenwoordigen. Gezonde, jonge, ongehuwde of kinderloze personen vormen in het algemeen goede risico's. Ziekelijke, gehandicapte of oude mensen, echtparen en mensen met kinderen leveren voor de verzekering vaak slechte risico's op. In een vrije marktsituatie worden de premies afgestemd op het risico dat een verzekerde volgens de verzekeraar vertegenwoordigt. Dat heet het equivalentiebeginsel. De slechtste risico's betalen dan de hoogste premies. Voor mensen met een grote financiële draagkracht is dat doorgaans geen probleem, voor mensen met een kleine portemonnai wel. Aangezien een laag inkomen en een slecht risico vaak samengaan, is de gezondheidszorg zonder solidariteit voor veel mensen niet of slechts beperkt toegankelijk.

Solidariteit houdt in dat verzekerden met een goed risico meebetalen voor slechte risico's (risicosolidariteit) en verzekerden met een hoog inkomen voor verzekerden met een laag inkomen (inkomenssolidariteit).<sup>182</sup> In de verplichte verzekeringen is ook de solidariteit verplicht, in de particuliere verzekeringen is de solidariteit "vrijwillig"<sup>183</sup> en minder omvangrijk.<sup>184</sup> De ziekenfondsverzekering en de AWBZ worden gekenmerkt door inkomens- en risicosolidariteit.<sup>185</sup>

---

182 Janssen, R., J. van de Berg en H. Haveman, **Solidariteit in het ziektekostenverzekeringsstelsel**, *Gezondheid & Samenleving*, 8 1987, nr.1. In dit artikel doen de auteurs verslag van een onderzoek naar de opvattingen over solidariteit, die onder de bevolking leven. De grootste bereidheid om (gedeeltelijk) solidariteit op te brengen is er voor mensen met een slechte gezondheid (87%) en voor bejaarden (86%). Bereidheid tot inkomenssolidariteit is bij 72% van de bevolking aanwezig. Twee van de drie personen met een inkomen boven de 45 duizend gulden stemmen (gedeeltelijk) in met de bewering dat hogere inkomens meer moeten betalen dan lagere inkomens. Minder animo is er voor solidariteit ten behoeve van gezinnen (62%). Op de minste solidariteit kunnen de mensen rekenen die extra risico's nemen met hun gezondheid (45%).

183 De concurrentie tussen verzekeraars bevordert premiedifferentiatie, wat het ontstaan van solidariteit (waar op zich wel bereidheid toe bestaat) bemoeilijkt.

184 Risicofactoren als geslacht, regio en beroep worden in het algemeen niet in de premie verwerkt, maar het beroep speelt bijvoorbeeld bij het afsluiten van collectieve contracten wel weer een rol in de hoogte van de premie.

185 De verzekerde betaalt een vast percentage over het premieplichtig inkomen tot een maximumgrens. Gezondheidstoestand, leeftijd en gezinsgrootte spelen geen rol.

Het zelfde geldt voor de ambtelijke ziektekostenregelingen.<sup>186</sup> Voor de particuliere verzekeringen worden nominale premies geheven. Er is derhalve geen inkomenssolidariteit.<sup>187</sup> Risicosolidariteit is er in beperkte mate.<sup>188</sup> Het solidariteitspatroon wordt verder gecompliceerd doordat het gemiddelde risico per verzekering verschilt<sup>189</sup> en verevening nagenoeg ontbreekt.<sup>190</sup>

### Solidariteit en collectieve lastendruk

De ongelijke solidariteit en onevenwichtige lastenverdeling is een van de klassieke problemen van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.<sup>191</sup> De Nationale Raad voor de Volksgezondheid<sup>192</sup> en de Ziekenfondsraad hebben geadviseerd om een volksverzekering<sup>193</sup> in te voeren met een op solidariteit gebaseerde premiesystematiek. De Ziekenfondsraad stelt in dat verband: "Onderlinge solidariteit binnen het stelsel van verzekeringen biedt de enige mogelijkheid om ook in de toekomst voor iedere inwoner van Nederland het recht op gezondheidszorg, dat in de grondwet als een sociaal grondrecht is verankerd, te realiseren."

---

<sup>186</sup> De inkomenssolidariteit gaat in zekere zin nog verder dan bij de ziekenfondsverzekering, omdat geen inkomensgrens wordt gehanteerd. Er wordt een bijdrage gevraagd over het gehele ambtelijk inkomen.

<sup>187</sup> Een uitzondering vormt de standaardverzekering, geregeld in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ). Degenen die vroeger vrijwillig ziekenfondsverzekerden waren, betalen voor het standaardpakket (art.2,1 WTZ) een maximumpremie als vastgesteld in de Regeling vaststelling maximum premie standaardpakket WTZ.

<sup>188</sup> Kinderen beneden 16 jaar worden vaak gratis of tegen gereduceerd tarief meeverzekerd. Daar staat tegenover dat de premies voor volwassenen hoger worden naar mate iemand ouder is. Op grond van de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) betalen de particulier verzekerden een solidariteitsbijdrage aan de ziekenfondsverzekerden.

<sup>189</sup> Het gemiddelde risico in de ziekenfondsverzekering ligt hoger dan in de particuliere verzekeringen, omdat de verzekerden allen tot de lagere inkomensgroepen behoren.

<sup>190</sup> Uitzonderingen zijn de verevening op grond van de Wet MOOZ en de Wet interne lastenverevening particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf (ILPZ).

<sup>191</sup> Reeds het advies dat de SER in 1973 publiceerde over de structuur van de verzekeringen over ziektekosten, signaleerde de ongelijke premiesystematiek van de verzekeringen als een van de vier grote knelpunten.

<sup>192</sup> Volgens de Nationale Raad dient de premiesystematiek uit te gaan van inkomens- en risicosolidariteit. De solidariteit kan enigszins worden beperkt door de invoering van een maximumpremie en een beperkt nominaal premiedeel per (mede)verzekerde. De solidariteit geldt in het voorstel voor een breed verstrekkingenpakket. Uit doelmatigheidsoverwegingen kunnen eigen bijdragen worden gevraagd of kan een eigen risico worden gedragen, mits met een matiging voor lage inkomens en grote risico's.

<sup>193</sup> Zie hun in hoofdstuk 2 vermelde adviezen uit 1984.



Het sociaal-economisch beleid van de regering leidt echter bijna onontkoombaar tot een vermindering van solidariteit. Het opleggen van solidariteit houdt een verplichting tot overdracht van inkomen in, wat in het verzekeringsstelsel via premieheffing en fondsvorming plaats vindt. Het zijn juist deze overdrachtsuitgaven die, omdat ze tot de collectieve lasten worden gerekend, volgens de regering omlaag moeten. Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA zegt echter terecht: "De collectieve sector is geen molensteen die om de nek van de gemeenschap, of zelfs om de nek van alleen maar het bedrijfsleven hangt".<sup>194</sup> De ratio van de verlaging van de collectieve lastendruk in de gezondheidszorg is gelegen in het effect op de loonkosten en op de "wig" tussen het bruto- en het nettoloon.<sup>195</sup> In beginsel zou dus elke maatregel die de loonkosten van het bedrijfsleven en de "wig" vermindert, een bijdrage leveren aan het regeringsbeleid. Gedacht zou bijvoorbeeld kunnen worden aan het verlagen of afschaffen van de werkgeverspremie in de Ziekenfondswet en de AWBZ onder gelijktijdige verhoging van de door de verzekerde verschuldigde premie en een (gedeeltelijke) aanpassing van de lonen. De solidariteit in het stelsel zou dan behouden kunnen blijven. De regering abstraheert echter van de uiteindelijk beoogde effecten van haar beleid en concentreert zich op het verlagen van de collectieve lastendruk.

Volgens de definitie die de regering hanteert<sup>196</sup>, moeten de premies die in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ worden geheven, tot de collectieve lasten worden gerekend, evenals de bijdragen die ambtenaren betalen voor een publiekrechtelijke ziektekostenregeling. De eigen bijdragen die krachtens die wetten verschuldigd zijn, horen niet tot de collectieve lasten. De premies voor de aanvullende ziekenfondsverzekering horen er eveneens niet toe, de bijdragen in het kader van de Wet MOOZ wel. De invoering van een nominaal gedeelte in de premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering leidt niet tot verlaging van de collectieve lasten. De invoering van een eigen risico wel.<sup>197</sup>

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA verstaat onder "collectieve uitgaven" die uitgaven welke door een wettelijk ingesteld orgaan geheven worden op basis van een wettelijk voorgeschreven premie-hoogte, zodat de invloed van de burger op het te betalen bedrag nihil is.<sup>198</sup> Het Wetenschappelijk Instituut

---

<sup>194</sup> Op. cit., pag.124.

<sup>195</sup> Zie noot 79.

<sup>196</sup> De collectieve lasten worden in bijlage 16 bij de miljoenennota 1986 omschreven als het totaal van belasting- en premieontvangsten, vermeerderd met enkele niet-belastingmiddelen. De collectieve sector wordt gevormd door het Rijk, de overige publiekrechtelijke lichamen en de sociale verzekeringsinstellingen, ofwel door al hetgeen in de door het Centraal Bureau voor de Statistiek opgestelde Nationale Rekeningen valt onder de "sector overheid". "De begrippen collectieve sector en collectieve lasten dienen uiteraard met elkaar in verband te worden gebracht", aldus staatssecretaris van der Reijden van WVC (Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 18972, nr.8).

<sup>197</sup> Het collectieve lastenbegrip in het kader van de voorgenomen financieringsverschuivingen, notitie van v.d. Kastele (WVC) en Ten Berge (ZFR) van 11 september 1986, ten behoeve van de commissie Verzekeringsstelsel van de Ziekenfondsraad.

<sup>198</sup> Op. cit., pag.124.

bespreekt een aantal consequenties van deze definitie. Indien voor de particulier verzekerden een verzekeringsplicht wordt ingevoerd (naar analogie van de WA-autoverzekeringen) zou een door hen te betalen nominale premie niet tot de collectieve lasten worden gerekend, omdat de premie niet wordt vastgesteld en ingehouden door een instantie die daartoe publiekrechtelijk gemachtigd is. Hetzelfde geldt voor een procentuele premie, mits de premiehoogte niet wettelijk wordt vastgelegd.

Invoering van een nominaal premiedeel in de Ziekenfondswet kan -anders dan in de regeringsdefinitie van collectieve lasten- tot hetzelfde resultaat leiden, op voorwaarde dat de hoogte van het bedrag niet wettelijk vastligt, maar wordt overgelaten aan de ziekenfondsen.<sup>199</sup> In de ziekenfondsverzekering is daardoor een verschuiving van collectieve naar particuliere financiering mogelijk.

De definitie van het begrip collectieve last is betrekkelijk arbitrair, maar het maakt wel degelijk verschil welke definitie wordt gevolgd. Met name maakt het wat uit of het nominale premiedeel van een verplichte verzekering tot de collectieve lasten wordt gerekend.<sup>200</sup> Indien dat het geval is, kan een vermindering van de collectieve lastendruk alleen worden gerealiseerd door verstrekkingen uit het pakket te halen, het aantal verzekerden te verminderen of eigen bijdragen of een eigen risico in te voeren.<sup>201</sup> Indien het nominale premiedeel niet tot de collectieve lasten wordt gerekend, kan worden volstaan met het verschuiven van lasten van het procentuele naar het nominale premiedeel.<sup>202</sup> De solidariteit in de verzekering wordt daardoor wel aangetast. De schade kan echter (indien althans de nominale premie per gezin en niet per persoon wordt geheven) beperkt blijven tot de inkomenssolidariteit. Door de invoering een eigen risico of eigen bijdragen zou ook de risicosolidariteit worden aangetast.<sup>203</sup>

#### **De lastenverdeling volgens het rapport Dekker**

Terwijl de discussie over de lastenverdeling in de gezondheidszorg zich tot voor enkele jaren voornamelijk tussen de polen van het equivalentie- en het solidariteitsbeginsel bewoog, voegt het beleid ten aanzien van de collectieve lastendruk

---

<sup>199</sup> Dit is niet consistent. Het wetenschappelijk instituut argumenteert dat de ziekenfondsen een privaatrechtelijk karakter hebben. Op zich is dat juist, maar relevant is, dat ze als uitvoeringsorgaan een publiekrechtelijke functie vervullen en als zodanig de premie vaststellen.

<sup>200</sup> Aangezien het nominale premiedeel geen loonlast voor het bedrijfsleven betekent noch invloed heeft op de "wig" is er inhoudelijk alle reden om het niet tot de collectieve lasten te rekenen.

<sup>201</sup> Zie: **Financieringsverschuivingen in de sector Volksgezondheid in de periode 1987-1990**, Ziekenfondsraad, uitgave nr.333, Amstelveen, 1986. In zijn advies verkent de Ziekenfondsraad drie opties: eigen bijdragen, een eigen risico en pakketverkleining.

<sup>202</sup> Het rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA suggereert deze oplossing.

<sup>203</sup> Wellicht zou de directe bemoeienis van de ministeries uit de sociaal-economische driehoek met het gezondheidszorgbeleid wat kunnen worden teruggedrongen indien het nominale premiedeel niet tot de collectieve lasten wordt gerekend.

er een nieuw element aan toe.<sup>204</sup> De collectieve lastendruk wordt om utilitaire redenen verlaagd. Het equivalentiebeginsel is van libertaire oorsprong, de verplichte solidariteit is afkomstig uit het egalitaire gedachtengoed.

Ook de toegenomen bereidheid om eigen betalingen in de wettelijke verzekeringen in te voeren of uit te breiden laat zien dat het utilitaire element in de opvattingen over een rechtvaardige lastenverdeling is versterkt. Afwezig is het overigens nooit geweest, want eigen bijdragen - bijvoorbeeld ter bevordering van een zorgvuldig gebruik van hulpmiddelen - zijn in de Ziekenfondswet (art. 8,2 ZFW) en de AWBZ (art. 6,2) reeds lang gebruikelijk.

Terwijl de adviezen die de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad over het verzekeringsstelsel hebben uitgebracht, een op algehele inkomens- en risicosolidariteit gebaseerde lastenverdeling bepleiten<sup>205</sup>, vertoont het alternatief van de commissie Dekker behalve egalitaire en libertaire ook sterk utilitaire trekken. Waar solidariteit en doelmatigheid om de voorrang strijden, wint de laatste vaak.

### Nominale premies

De commissie Dekker wil alleen solidariteit in de basisverzekering, niet in de aanvullende verzekering. Voor de basisverzekering zal een procentuele premie worden geheven volgens de systematiek van de volksverzekeringen. Deze premie moet 90% van de kosten van de basisverzekering dekken.

Ter dekking van de resterende kosten zal de verzekeraar een nominale premie heffen. Of de nominale premie een gezinspremie of een premie per persoon moet zijn, laat de commissie in het midden. Daarmee gaat zij voorbij aan een aantal op het equivalentiebeginsel gebaseerde argumenten: dat een nominaal premiedeel gewenst is omdat van alleenstaanden een overtrokken solidariteit wordt gevraagd of omdat er naast het gezin, waarop het aantal gratis meeverzekerden meestal is afgestemd, een grote diversiteit aan samenlevingsvormen bestaat waaraan geen recht op medeverzekering kan worden ontleend.<sup>206</sup> De commissie acht de nominale premie niet op grond van het equivalentiebeginsel belangrijk, maar omdat zij de verzekerde tot een verantwoord gebruik en de verzekeraar tot een doelmatige uitvoering van de verzekering wil dwingen. Utilitaire motieven derhalve.

Vooral de vakbeweging en de ouderenbonden hebben tegen de invoering van een nominale premie in de basisverzekering geprotesteerd, omdat de financiële toegang tot de gezondheidszorg er voor de laagstbetaalden door in gevaar kan komen.<sup>207</sup> Het COSBO vreest dat de garantie van het sociale minimum wordt on-

---

<sup>204</sup> Dat blijkt uit het feit dat een procentuele premie (solidariteit) en een nominale premie (equivalentie) over een kam worden geschoren als het over de collectieve lastendruk gaat.

<sup>205</sup> Een lastenverdeling die vooral vanuit de vakbeweging wordt ondersteund.

<sup>206</sup> Raad van de Centrale Ondernemingsorganisaties RCO in zijn reactie op het rapport van de commissie Dekker d.d. 1 mei 1987.

<sup>207</sup> Zie de reacties van het FNV, het CNV en het COSBO op het rapport van de commissie Dekker. Het FNV wijst er op dat veel oudere werknemers en kleine zelfstandigen in grote problemen zijn geraakt omdat ze na hun overgang op 1 april 1986 van de ziekenfondsverzekering naar de particuliere verzekering een nominale premie moesten gaan betalen (bij alleen AOW 139 gulden met eigen risico, zo meldt het COSBO).

dergraven door grote verschillen in nominale premies. De betaalbaarheid loopt echter het grootste gevaar door de kans dat het nominale premiedeel (geen collectieve last) in de toekomst zal worden uitgebreid om het procentuele premiedeel (wel collectieve last) beperkt te houden of te verlagen. Het verdient daarom aanbeveling om in de Wet op de basisverzekering hetzij de omvang van het nominale premiedeel aan grenzen te binden, hetzij het procentuele deel aan een norm te binden (een bepaald percentage van het Bruto Nationaal Produkt bijvoorbeeld) of een bepaalde verhouding tussen beide premiedelen af te spreken.<sup>208</sup>

Voor de aanvullende verzekering zal eveneens een nominale premie worden geheven, zoals thans in de particuliere verzekering gebruikelijk is. Deze nominale premie ontmoet in de reacties op de voorstellen van de commissie Dekker minder bezwaren, maar de aanvaardbaarheid ervan hangt duidelijk samen met het karakter dat de aanvullende verzekering zal krijgen. Een jaarlijkse nominale premie van 488 gulden per volwassene en van 244 gulden per kind (125 gulden per maand voor een gezin met 2 kinderen) kan voor velen een financiële barrière betekenen.<sup>209</sup> Indien iedereen zich vanwege de aard van de in de verzekering opgenomen risico's wel moet verzekeren, is een uitsluitend nominale premie niet aanvaardbaar. Indien de risico's eventueel onverzekerd kunnen blijven, is een nominale premie wel aanvaardbaar.<sup>210</sup>

### Eigen risico

De verzekerden kunnen in de basisverzekering voor een eigen risico kiezen, wat hun een nominaal premievoordeel oplevert. De commissie Dekker is daar een voorstander van, omdat de keuzevrijheid en flexibiliteit erdoor toenemen en er voor de verzekerde een verband wordt gelegd tussen consumptie en kosten. Het nemen van een eigen risico is in de huidige Ziekenfondswet en AWBZ niet mogelijk. Een eigen risico is in die wetten overigens technisch moeilijk te realiseren door het ontbreken van een nominale premie en wegens het systeem van verstrekkingen in natura. In de basisverzekering zullen deze belemmeringen niet aanwezig zijn.

Het eigen risico in de particuliere verzekeringen heeft vooral tot gevolg dat de mensen met een goed risico zich goedkoper kunnen verzekeren. De risicosolidariteit wordt er dus door aangetast. Het aanvaarden van een eigen risico heeft voor de verzekeraar een signaalfunctie. Wie een eigen risico neemt beschouwt zichzelf als een goed risico en omgekeerd. De verzekeraar kan op zo'n signaal reageren met het aanpassen van de premiehoogte, wat risicoselectie tot gevolg kan hebben. Op het gevaar van risicoselectie is reeds in hoofdstuk 4 gewezen. Een eigen risico remt het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Bij een vrijwillig te aanvaarden eigen risico, zoals de commissie Dekker voorstelt, is het

---

<sup>208</sup> Dat komt dus op een vaste waterstand neer (zie het waterstandenmodel in de zgn. tweede Dekkerbrief van het kabinet d.d. 3 november 1987).

<sup>209</sup> Zie bijlage 11 van het rapport van de commissie Dekker. De commissie berekent dat gehuwden met twee kinderen en een laag inkomen ten gevolge van de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel een groot koopkrachtverlies leiden.

<sup>210</sup> Dat is ook het standpunt van de Wiardi Beckman Stichting, zoals blijkt uit pag.109 van haar rapport.

waarschijnlijk dat degenen die al weinig gebruik maken van voorzieningen, een eigen risico nemen en de verzekerden die er veel gebruik van maken, juist niet. Of het verband tussen consumptie en kosten, dat de commissie met het eigen risico wil leggen, tot een verminderd gebruik van voorzieningen leidt, kan dus worden betwijfeld. Het meest waarschijnlijke gevolg is dat de "grootgebruiker" in de gezondheidszorg meer voor zijn verzekering moet gaan betalen.

### Eigen bijdragen

In de Memorie van Toelichting op de Ziekenfondswet<sup>211</sup> worden drie redenen voor het heffen van eigen bijdragen onderscheiden.<sup>212</sup> Het is, aldus de regering, een middel om de persoonlijke verantwoordelijkheid van de verzekerde te ontwikkelen en om de persoonlijke relatie tussen de verzekerde en diens medische verzorgers te versterken. Maar, zo voegt de regering er aan toe, dan kan beter een restitutiestelsel worden ingevoerd.

Het is verder een middel om de inkomsten van de verzekering te vergroten. Maar, zo zei de regering, het doel van de verzekering is het collectief dragen van kosten; het belasten van individuele verzekerden met kosten wegens een behandeling doet afbreuk aan dat doel.

Eigen bijdragen kunnen verder misbruik van rechten en een te hoge consumptie tegengaan. Maar, zei de regering, met dat misbruik valt het wel mee. Om een relatief klein kwaad uit te bannen wordt een veel groter kwaad gesticht doordat of op een aantal verzekerden een te zware druk wordt gelegd of doordat te laat medische hulp wordt ingeroepen.

Toen zij de Ziekenfondswet invoerde, heeft de regering om deze redenen afgezien van het heffen van nieuwe eigen bijdragen. Reeds bestaande eigen bijdragen bleven echter gehandhaafd. In de AWBZ heeft de regering wel een nieuwe eigen bijdrageregeling<sup>213</sup> ingevoerd. Patiënten die langdurig in ziekenhuizen, inrichtingen en tehuizen verbleven, moesten gaan bijdragen in de kosten die zij bespaarden doordat zij geen eigen huishouding meer voerden.

Over de effecten van eigen bijdragen is sinds de invoering van beide wetten meer bekend geworden.<sup>214</sup> Eigen bijdragen doen het gebruik dat van een voorziening wordt gemaakt, verminderen. Het effect is groter naarmate iemands tijd minder waard is, zijn inkomen lager, de hulp minder urgent en de patient meer invloed heeft op de beslissing om medische hulp te ontvangen.<sup>215</sup> Het RAND-ex-

---

<sup>211</sup> Tweede Kamer, 1961-1962, 6808, nr.3, 15 t/m 17.

<sup>212</sup> Schell, J., Het rechtskarakter van de eigen bijdrage AWBZ. In: *De marges centraal; Werkboek Eigen Bijdrage problematiek in de gezondheidssector*, uitgegeven ter gelegenheid van een studiedag op 28 april 1987 door de Gehandicaptenraad en de Stichting Dienstverleners Gehandicapten.

<sup>213</sup> Besluit van 26 juni 1968 (Stcrt.1968, 127).

<sup>214</sup> Een overzicht biedt bijlage 3 bij het advies van de Ziekenfondsraad over de financieringsverschuivingen 1987-1990, ZFR 1986, nr.333.

<sup>215</sup> Ven, W.P.M.M. van de, *De invloed van de financiering op het gebruik van gezondheidsvoorzieningen*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1985, nr.1, pag.20 e.v.

periment<sup>216</sup> heeft dit beeld verder aangevuld en tevens inzicht gegeven in de effecten op de gezondheidstoestand van de verzekerden. Eigen bijdragen drukken inderdaad de vraag naar voorzieningen. Dat geldt echter niet alleen bij milde klachten maar, zeker bij de lagere inkomensgroepen, ook bij ernstige klachten.<sup>217</sup> Bij chronische aandoeningen neemt het beroep op de gezondheidszorg minder sterk af dan bij acute aandoeningen, waarschijnlijk omdat chronische patiënten geen andere keus hebben. Eigen bijdragen hebben in het algemeen geen nadelige invloed op de gezondheid, behalve bij de lagere inkomensgroepen. Na afloop van het experiment kwamen ernstige klachten in de laagste inkomensgroepen vaker voor bij personen die een eigen bijdrage moesten betalen dan bij hen die vrije zorg genoten. Ook bleek dat in de loop van de tien jaar dat het experiment duurde, de gemiddelde gezondheidstoestand van de groep met vrije zorg verbeterde tot het niveau van de hogere inkomensgroepen, terwijl de gezondheid van de groep die eigen bijdragen moest betalen, nauwelijks was verbeterd. De hoogte van de eigen bijdrage had niet veel invloed op het resultaat. Wel bleek het belangrijk om de hoogte van de bijbetalingen afhankelijk te maken van het inkomen.<sup>218</sup>

Zowel uit het beleid van de regering als uit het rapport van de commissie Dekker blijkt dat in vergelijking met twintig jaar geleden aan solidariteit minder gewicht wordt toegekend. In 1983 werd bijvoorbeeld de grondslag van de eigen bijdrageregeling bijzondere ziektekosten ingrijpend gewijzigd.<sup>219</sup> De relatie met de besparing van kosten van levensonderhoud werd verlaten, en de "medefinancieringsgedachte" werd de nieuwe grondslag voor de eigen bijdrage. De reden voor deze koersverandering was, dat de collectieve lasten omlaag moesten.<sup>220</sup> Zowel de SER<sup>221</sup> als de Ziekenfondsraad hebben er, zoals de regering in 1962 deed, op gewezen dat medefinanciering in strijd is met de grondgedachte van de sociale verzekering dat de lasten door de totaliteit van de verzekerden gezamenlijk worden gedragen. De regering heeft echter het belang van de collec-

---

<sup>216</sup> Een experiment, opgezet door de RAND-corporation en in de V.S. uitgevoerd, naar de effecten van bijbetalingen in verschillende verzekeringsvormen. Zie voor de uitkomsten o.a.:

- Ven, W.P.M.M. van de, het RAND ziektekostenverzekering experiment, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (60), nr.12.
- Ware, J.E., The RAND Health Insurance Study: a Spanner in the Works?, The Lancet (1986), May 3.
- Ware, J.E., W.H. Rogers e.a., Comparison of the health outcomes of a health maintenance organisation with those of fee-for service care, The Lancet (1986), May 3.
- De Gezondheidsraad: Op. cit., pag.150 e.v.

<sup>217</sup> Zie de Gezondheidsraad op.cit. pag.151.

<sup>218</sup> De Gezondheidsraad vermeldt dat de onderzoekers stellen dat als de minder draagkrachtigen geen korting hadden gehad op de eigen bijdrage, zij in onevenredige mate zouden zijn beïnvloed door de noodzaak van bijbetaling.

<sup>219</sup> Inmiddels opnieuw vastgesteld bij besluit van 11 mei 1987, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 2 juli 1987 (Stcrt.132).

<sup>220</sup> Zie de Staatscourant 1982,215.

<sup>221</sup> Advies van 21 november 1980, nr.80/21.

tieve lasten zwaarder laten wegen dan de breuk met de risicosolidariteit. Veel bewoners van de AWBZ-instellingen zijn hierdoor in een slechte financiële situatie gebracht.<sup>222</sup>

Eigen bijdragen maken, aldus de commissie Dekker, deel uit van het basispakket voorzover zij daarin functioneel passen. In de samenvatting van het rapport kan worden gelezen dat de commissie eigen bijdragen niet afwijst zolang ze een prikkel vormen tot doelmatiger hulp onder vermindering van onnodige en overmatige zorg, maar dat ze daarin geen wezenlijke bijdrage ziet tot vermindering van de kosten. De commissie wil bestaande eigen bijdragen in een zodanige vorm en omvang handhaven, dat ze tot substitutie naar eenvoudiger en minder kostbare vormen van zorg prikkelen. Dat neemt niet weg dat zij voorstelt om een aantal bestaande eigen bijdragen te verhogen en enkele nieuwe bijdragen in te voeren "om de huidige hoge lasten van de gezondheidszorg te verlagen". Dat dit laatste motief voor de commissie zwaar weegt, blijkt uit de aanbeveling<sup>223</sup> dat eigen bijdragen desgewenst kunnen worden ondergebracht in de aanvullende verzekering. Indien daaraan uitvoering wordt gegeven, gaan alle effecten verloren, die de commissie verder zegt na te streven -doelmatige hulp en substitutie-, terwijl alleen de besparing op de collectieve lasten overblijft.

De commissie kiest voor inkomensafhankelijke eigen bijdragen omdat deze makkelijker uitvoerbaar zijn dan de inkomensafhankelijke bijdragen, minder inruilkosten meebrengen en meer geld opbrengen. Over de gevolgen voor de toegankelijkheid van de voorzieningen<sup>224</sup> wordt met geen woord gesproken. De commissie beveelt aan de eigen bijdragen voor verpleeghuizen en bejaardenoordelen te harmoniseren. Om de kostengevolgen op te vangen zou de huidige maximumbijdrage voor het verpleeghuis moeten worden verhoogt van 1350 gulden naar 2000 gulden. Over de rechtvaardigheid en de sociale gevolgen van het medefinancieringsbeginsel, dat aan de eigen bijdrage voor het verpleeghuis ten grondslag ligt, laat de commissie zich niet uit.<sup>225</sup>

Aangezien eigen bijdragen een doorbreking inhouden van het beginsel van risicosolidariteit moet voor de invoering of handhaving ervan een bijzondere rechtvaardiging aanwezig zijn. Daarom moet de vraag worden gesteld of er in een systeem dat ingericht is op kostenbeheersing door middel van concurrentie, nog

---

<sup>222</sup> Hulsman, T.P.M., De inkomenspositie van gehandicapten in Nederland, een vergelijking tussen gehandicapten binnen en buiten de AWBZ-gefinancierde instellingen. In: *De marges centraal; Werkboek Eigen Bijdrage problematiek in de gezondheidssector*, uitgegeven ter gelegenheid van een studiedag op 28 april 1987 door de Gehandicaptenraad en de Stichting Dienstverleners Gehandicapten.

<sup>223</sup> Op. cit., pag.62.

<sup>224</sup> Het COSBO protesteert tegen het inkomensafhankelijk maken van de eigen bijdrage in de gezinsverzorging, omdat veel bejaarden met een laag inkomen op die voorziening aangewezen zijn en de bijdrage niet kunnen opbrengen.

<sup>225</sup> Aangezien de huidige eigen bijdrageregeling bijzondere ziektekosten voor alle AWBZ-instellingen geldt en niet uitsluitend voor verpleeghuizen, lijkt een algehele verhoging van de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ niet uitgesloten.

wel behoefte is aan de prikkel die van eigen bijdragen<sup>226</sup> uitgaat. Het is verder de vraag of eigen bijdragen die worden geheven op grond van het medefinancieringsbeginsel, nog wel nodig zijn indien de collectieve lasten door de invoering van een nominale premie beperkt kunnen worden. Anders is het wellicht met eigen bijdragen die bedoeld zijn om de substitutie te bevorderen. Tegen het principe hoeft uit een oogpunt van solidariteit geen bezwaar te bestaan indien de verzekerde, zoals de commissie aangeeft, kan kiezen voor een voorziening waarvoor geen bijdrage verschuldigd is.<sup>227</sup> Er moet dan wel sprake zijn van een adequate vorm van hulpverlening en van een reële keuzemogelijkheid voor de patiënt.<sup>228</sup>

Een bezwaar dat terecht tegen eigen bijdragen wordt aangevoerd, is dat het te betalen bedrag bij mensen die veel gebruik maken van voorzieningen, onevenredig hoog kan oplopen. Daar komt het bezwaar bij dat eigen bijdragen in sociaal opzicht ongelijk uitwerken. De inkomenseffecten zijn voor de hogere inkomens gunstiger<sup>229</sup>, de gezondheidsrisico's geringer.

De Commissie Dekker stelt voor dat de huidige afzonderlijke maxima voor eigen bijdragen worden vervangen door één zelfde maximum voor iedereen. Dat is een zinnig voorstel dat zeker een verbetering inhoudt ten opzichte van de huidige situatie.

Het voorstel houdt echter weinig rekening met de verschillen die tussen de huidige eigen bijdragen bestaan. Waarom zou er een maximum moeten gelden voor eigen bijdragen die worden geheven om substitutie te bevorderen? De patiënt kiest immers vrijwillig voor een voorziening die duurder dan nodig is, en hij kan het betalen van een bijdrage vermijden door een goedkopere voorziening te kiezen. Dan de bijdrage die bedoeld is om het onnodig gebruik van een voorziening tegen te gaan. Waarom moet een chronisch zieke voor wie het gebruik van een bepaald medicijn noodzakelijk is, daarvoor een eigen bijdrage betalen tot het maximumbedrag is bereikt? Dat is in de gevallen dat het gebruik evident geboden is, niet logisch. Het is verder niet redelijk om voor iedereen, ongeacht het inkomen, eenzelfde maximum te hanteren. De les uit het RAND-onderzoek, dat eigen bijdragen voor de laagste inkomensgroepen onevenredig nadelig zijn, is niet voor dovemansoren bestemd. Het verdient daarom aanveling om de echte minima vrij te stellen van het betalen van een eigen bijdrage. Daarnaast zouden de ziekenfondsen (in de Ziekenfondswet en de AWBZ) en de verzekeraars (in

---

<sup>226</sup> Zo wees het RAND-onderzoek uit dat eigen betalingen in een HMO-setting weinig verschil maakten voor het kostenpijl. Omdat het systeem gericht was op het verlagen van het aantal ziekenhuisopnamen, traden de beoogde besparingen ook zonder eigen bijdragen op.

<sup>227</sup> Het is natuurlijk wel merkwaardig om de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en zijn recht op vrije keuze te benadrukken en vervolgens het gebruik dat hij van die vrijheid maakt in een bepaalde richting te sturen.

<sup>228</sup> Het ijkprijzenvergoedingensysteem, dat de regering voor geneesmiddelen wil invoeren, kan als een bijzondere vorm van dit soort eigen bijdrageregelingen worden beschouwd. De Ziekenfondsraad signaleert in zijn advies over het verstrekkingenbeleid geneesmiddelen (ZFR 1987, nr.373) onder andere het probleem dat de verzekerde moet gaan onderhandelen over het geneesmiddel met de voorschrijver of onderhandelaar.

<sup>229</sup> Zie het advies van de Ziekenfondsraad over de financieringsverschuivingen 1987-1990, waarin de inkomenseffecten zijn uitgerekend.



de basisverzekering) de bevoegdheid moeten krijgen in door de minister aan te geven gevallen patiënten vrij te stellen van het betalen van een eigen bijdrage indien het opleggen ervan in hun situatie tot een bijzondere hardheid zou leiden of tot een ongerechtvaardigd nadeel.

## Hoofdstuk 7 De aanspraken op gezondheidszorg

"De inhoud van het pakket gezondheidszorg waarop iedereen aanspraak moet kunnen maken, kan niet uitsluitend afhangen van de preferenties van het individu, noch uitsluitend van opvattingen over een ideale maatschappelijke verdeling van gezondheid, omdat in het ene geval geen garantie bestaat op een gelijke toegankelijkheid van de zorg en in het andere geval de gelijkwaardigheid van de mens in het gedrang kan komen".

### Het verstrekkingenpakket

Bij de samenstelling van het pakket zorgverlening dat voor iedereen beschikbaar moet zijn, wordt met persoonlijke voorkeuren slechts weinig rekening gehouden. Dat gebeurt niet alleen vanwege het rechtgelijkheidsbeginsel, maar ook omdat men aan de vervulling van behoeften voorrang wil geven boven die van preferenties. Deze neiging wordt bij teruglopende middelen eerder sterker dan zwakker.<sup>230</sup> Daar bestaat weerstand tegen. Veel mensen willen juist meer ruimte om persoonlijke voorkeuren in het te verzekeren pakket tot uitdrukking te brengen. Maar is het in een steeds schraller wordend financieel klimaat wel mogelijk om zowel alle noodzakelijke zorg beschikbaar te stellen als een gevarieerder aanbod dan thans te realiseren? Wat moet eventueel voorgaan?

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA stelt voor het pakket te beperken tot een aantal elementaire voorzieningen. In dit pakket moet een grotere verscheidenheid van zorgarrangementen (zorg op maat) en van gezondheidsstijlen mogelijk zijn. Voor de voorzieningen die boven het basispakket uitgaan, zijn in de visie van het Wetenschappelijk Instituut de maatschappelijke organisaties verantwoordelijk. De Teldersstichting denkt eveneens aan de vaststelling van een basispakket. Zij willen in ieder geval meer verscheidenheid.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Gezondheidsraad en de Wiardi Beckman Stichting leggen echter het zwaartepunt bij een breed pakket dat alle noodzakelijke zorg omvat. Voor de Wiardi Beckman Stichting is een differentiatie van het verstrekkingenpakket in een basispakket en een aanvullende verzekering alleen aanvaardbaar indien het basispakket alle naar bestaande normen gemeten noodzakelijke zorg omvat.<sup>231</sup>

De commissie Dekker wil zowel een pakket met alle noodzakelijke zorg als meer verscheidenheid. Weliswaar maakt zij onderscheid tussen een basis- en een aanvullend pakket, maar in beide neemt ze noodzakelijke zorg op. Om die reden moet voor de aanvullende verzekering een acceptatieplicht gaan gelden. In het basispakket wordt het mogelijk gemaakt zorg op maat te leveren. Daarmee hangen een aantal andere elementen uit het rapport rechtstreeks samen, zoals de gemeenschappelijke beleidsregie voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, de nadruk op substitutie en flexibiliteit en de financiering van zorgfuncties in plaats van instellingen van zorg. Een grotere doelmatigheid in de zorgverlening moet het geheel betaalbaar houden.

Voor welke optie men ook kiest, de spanning tussen wensen en financiële mogelijkheden blijft. Deze zal alleen maar groter worden naarmate de financiële

---

<sup>230</sup> In dit verband kan onder andere worden verwezen naar de in de zeventiger jaren gevoerde discussie over basisvoorzieningen, en naar het door Schuyt geïntroduceerde onderscheid tussen "needs" en "demands".

<sup>231</sup> Op. cit., pag. 109.

ruimte voor de gezondheidszorg krapper wordt en de mogelijkheden van de gezondheidszorg om in de behoeften en verlangens van de mensen te voorzien, toenemen. Aan het stellen van prioriteiten valt dan niet te ontkomen.

### **Noodzakelijke zorg**

De Gezondheidsraad stelt dat de vraag welke zorg de overheid voor haar verantwoordelijkheid wenst te nemen, meer een zaak is van politiek pragmatisme dan van theoretische leerstelling<sup>232</sup>. Dat moge zo zijn, toch is het een ethische en in het licht van artikel 22 van de Grondwet ook een juridische plicht dat de invulling van zo'n pakket zorgvuldig en verantwoord plaats vindt. Daarom is het belangrijk om noodzakelijke van niet noodzakelijke vormen van zorg te kunnen onderscheiden.

De Ziekenfondsraad formuleert in zijn interimadvies over de grenzen aan de groei van het verstrekkingspakket<sup>233</sup> een aantal criteria waaraan verstrekkingen in ieder geval moeten voldoen. Er moet een zekere positieve (medische) consensus over de effectiviteit en de risico's van de verstrekking bestaan. Er moeten voorts geen onoverkomelijke maatschappelijke, politieke, algemeen ethische en/of juridische bezwaren zijn. De Ziekenfondsraad spreekt van "grens"-criteria. Dat is een correcte term, want deze criteria laten slechts een marginale toetsing van het pakket toe. Er kan geen onderscheid mee worden gemaakt tussen noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg. Door de verstrekkingen verder te beoordelen op de verhouding tussen hun kosten en effecten kan volgens de Ziekenfondsraad wel een rangorde tussen hen worden vastgesteld.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid formuleert eveneens een aantal criteria waaraan vormen van zorgverlening moeten voldoen om voor opname in het verstrekkingspakket in aanmerking te komen.<sup>234</sup> De zorgverlening moet werkzaam zijn, wenselijk en ethisch aanvaardbaar. "Wenselijk" wil zeggen dat de zorgverlening voldoet aan een maatschappelijke behoefte, waarover verderop meer. "Ethisch aanvaardbaar" wil zeggen dat de zorgverlening met inachtneming van de menselijke waardigheid van de patiënt en de hulpverlener verloopt en dat het recht op zelfbeschikking van de patiënt wordt geëerbiedigd.<sup>235</sup> Het criterium verwijst naar het mensbeeld dat aan het recht op gelijke toegang tot de zorg ten grondslag ligt: de (gelijk)waardigheid van het individu. "Werkzaam" wil zeggen dat de zorgverlening in positieve zin moet bijdragen aan het doel waarvoor zij wordt toegepast, en wel tegen acceptabele risico's. In plaats van het begrip "werkzaam" wordt ook het begrip "baat" gebruikt. Dat brengt tot uitdrukking dat niet alleen op het objectief meetbare effect moet worden gelet, maar ook naar de subjectieve ervaring van de patiënt.<sup>236</sup> Het criterium verwijst dus naar het nut van de zorgverlening.

---

232 Dat stelt de Gezondheidsraad in zijn advies op pag.30.

233 Interim-advies inzake grenzen aan de groei van het verstrekkingspakket, advies nr.247 van de Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1983.

234 Op.cit., pag.28.

235 Op.cit., pag.150-153.

236 Op. cit., pag.157.

Musschenga en Borst-Eilers wijzen er op<sup>237</sup>, dat het beginsel van gelijke toegang naar behoefte, dat feitelijk bij de samenstelling van het verstrekkingspakket wordt gehanteerd, voor het selecteren van noodzakelijke zorg slechts een richtsnoer biedt voorzover het behoeftebegrip scherper kan worden omljnd. Zij pleiten voor uitzuivering van het behoeftebegrip, ook al erkennen zij dat het onderscheid tussen behoeften en preferenties altijd het karakter van een afspraak zal dragen. Voor het maken van dat onderscheid is volgens hen een zekere eenstemmigheid over de invulling van het begrip "gezondheid" noodzakelijk. Zij constateren terecht dat die eenstemmigheid thans ontbreekt.<sup>238</sup> Zij zijn voorstander van een terugkeer naar een beperkte definitie van gezondheid in termen van normaal (bio-medisch) functioneren. Ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid denkt in die richting gezien zijn omschrijving van gezondheidszorg<sup>239</sup>, waarin sprake is van "door ziekte of handicap gestoord of onvoldoende ontwikkeld lichamelijk of psychisch functioneren". De KNMG<sup>240</sup> heeft in een poging om aan te geven welke zorg minimaal noodzakelijk is, de volgende doelstellingen voor de gezondheidszorg geformuleerd: mensen helpen veilig de wereld binnen te komen en haar zonder onnodig lijden te verlaten en tijdens het leven gezonden te beschermen en zieken en gebrekkigen te verzorgen, onder voortdurende kritische afweging van de te behalen winst en te brengen offers. Ook in deze doelstellingen is een beperkte opvatting van het begrip gezondheid zichtbaar.

---

<sup>237</sup> Musschenga, A.W. en E. Borst-Eilers, *Ethische criteria voor prioriteitenstelling in de gezondheidszorg*. In: Musschenga, A.W. en J.N.D. de Neeling red., *Verdeling van schaarse middelen in de gezondheidszorg*, VU-uitgeverij, Amsterdam, 1987.

<sup>238</sup> Zie voor een overzicht van gezondheidsopvattingen: Menges, L.J., *Kijken naar gezondheid en ziekte*, Stafleu, Alphen aan den Rijn, 1980. Interessant is ook: D'Houtand, A. et R. Gueguen, *Connaitre les attitudes et les attentes: une condition de base pour une éducation sanitaire efficace*, *Soz. u. Präventivmed.*, 22 (1977), pag. 19-33., die onder de bevolking drie gezondheidsconcepten aantreffen: niet ziek zijn, je lekker voelen, je ontplooiën.

De Nota 2000 stelt dat gezondheid meer is dan niet ziek zijn, maar niet het hele welzijnspakket hoeft te omvatten. Gezondheid moet volgens de Nota 2000 worden gezien als "een situatie van evenwicht dat wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten of zich met behulp van anderen kunnen verwerven om zich te verweren tegen verstoringen". Het is een omschrijving waarvan geen bijdrage kan worden verwacht aan het objectiveren en aanscherpen van het behoeftebegrip.

<sup>239</sup> De Nationale Raad rekent een functie, voorziening of activiteit tot de gezondheidszorg indien:

- beoogd wordt behoud of herstel van gezondheid, verzorging of verpleging in verband met door ziekte of handicap gestoord of onvoldoende ontwikkeld lichamelijk of psychisch functioneren dan wel verlichting van het lijden;
- specifiek op dat doel gerichte middelen en technieken worden gebruikt, welke berusten op kennis en ervaring en worden toegepast door daartoe opgeleide beroepsbeoefenaren;
- bij toepassing ervan een gunstiger effect in termen van het eerste criterium mag worden verwacht dan bij het nalaten ervan.

<sup>240</sup> Zie haar rapport "Gezondheidszorg bij beperkte middelen".

Evenmin als van gezondheid bestaat er van gezondheidszorg een eenduidige omschrijving. Wel bestaat er consensus over de opvatting dat gezondheidszorg meer is dan geneeskunde: verzorging, verpleging, bemoediging en verlichting van lijden horen er uitdrukkelijk bij.<sup>241</sup> Bij deze laatste functies kan overigens geen scherpe afscheiding met maatschappelijke dienstverlening en met mantel- en zelfzorg worden gemaakt. Dat blijkt onder andere uit het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.<sup>242</sup> Vanuit het perspectief van de individuele patiënt is een scherpe afbakening ook niet zo relevant. Zij kan zelfs ongewenst zijn, zoals de commissie Dekker terecht stelt.

Hoewel een zekere objectivering<sup>243</sup> en toespitsing van het behoeftebegrip onontkoombaar lijkt, moet worden betwijfeld of eenstemmigheid over de vraag wat gezondheid inhoudt, wel mogelijk en wenselijk is. In een gezondheidszorgbestel, dat gericht is op het individu en diens persoonlijke hulpvraag en dat de menselijke waardigheid en autonomie tot haar centrale waarden rekent, moet aan het individu een zekere ruimte worden gelaten om zelf te bepalen waaraan hij behoefte heeft. Aan enige pluriformiteit in de invulling van het begrip gezondheid valt dan niet te ontkomen. Hetzelfde geldt voor het begrip effectiviteit. Ook de effectiviteit zal meer dan tot nu toe aan de hand van objectieve criteria moeten worden beoordeeld. Er moet echter ruimte blijven voor het subjectieve oordeel van de patiënt of hij baat heeft bij de zorg en of deze aan zijn wensen voldoet. Dat impliceert dat hij keus moet hebben.

#### **Keuzemogelijkheden**

De commissie Dekker is van oordeel dat de verstrekkingen van het basispakket niet "institutioneel" maar "functioneel" moeten worden omschreven. Dat moet leiden tot een globale omschrijving van de hulp waarop een verzekerde aanspraak heeft, zonder dat wordt voorgeschreven welke hulpverlener of instelling de zorg moet verlenen. Indicaties, eigen bijdragen en machtigingen moeten zo worden afgesteld, dat de verzekerde alleen recht heeft op de zwaardere vorm van zorg indien de lichtere niet (langer) volstaat. Door een strakke formulering van indicatiecriteria, periodieke herindicaties en een onderlinge afstemming van aansluitende voorzieningen kan dit volgens de commissie worden bereikt. De verzekerde die kiest voor een zwaardere vorm van hulp dan de geïndiceerde, zou zelf (een deel van) de meerkosten moeten betalen.

Als voordelen van een functionele pakketomschrijving ziet de commissie de bevordering van flexibiliteit door substitutie, zodat eerder en adequater aan de behoeften van de verzekerden kan worden tegemoetgekomen. Daar staat tegenover dat minder eenduidig vaststaat waarop de verzekerde aanspraak kan maken. De commissie acht daarom een goede regeling van de klachten- en beroepsprocedure van grote betekenis.

De verstrekkingen op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ zijn bij of

---

<sup>241</sup> De adviezen van de Nationale Raad en van de Gezondheidsraad over de grenzen van de zorg wijzen hier beide op. Ook de KNMG neemt dit standpunt in.

<sup>242</sup> Op. cit., pag.34 en 117-122.

<sup>243</sup> De KNMG spreekt pas van een objectieve behoefte indien er voor een bepaald gezondheidsprobleem effectieve behandelmethoden zijn. Musschenga en Borst-Eilers vinden deze beperking van het behoeftebegrip te ver gaan.

krachtens amvb geregeld. De Ziekenfondswet volstaat met een algemene aanduiding van de aard van de verstrekkingen (art.8,1 ZFW) en met de bepaling dat de verstrekkingen in ieder geval geneeskundige hulp te verlenen door huisartsen en specialisten, tandheelkundige hulp, verloskundige hulp, farmaceutische hulp en verpleging en behandeling in ziekenhuizen en sanatoria voor tuberculosepatiënten omvatten. De AWBZ kent soortgelijke bepalingen (art. 6 AWBZ). De verstrekkingen van beide wetten zijn vastgelegd in een verstrekkingenbesluit, vastgesteld bij amvb, en nader uitgewerkt in ministeriële besluiten.

De verstrekkingen van de Ziekenfondswet zijn in het algemeen functioneel omschreven met een nadere aanduiding van de beroepsbeoefenaar of instelling die de verstrekking verleent. De verstrekkingen van de AWBZ zijn voornamelijk institutioneel omschreven met een nadere aanduiding van de functies. Een functioneel omschreven pakket kan zodoende betrekkelijk gemakkelijk uit de bestaande omschrijvingen worden afgeleid door de institutionele elementen eruit te verwijderen. Daarmee komt echter nog niet automatisch de omschrijving van aanspraken tot stand, die de commissie Dekker beoogt. Het pakket moet niet alleen flexibel en globaal zijn, maar ook worden afgegrensd tegen aanspraken op zwaardere vormen van hulp dan noodzakelijk is.

Zoals van der Most en van Thiel opmerken<sup>244</sup>, zijn de verstrekkingen die van oudsher in de gezondheidszorg een kernfunctie vervullen, open geformuleerd. Dat wil zeggen dat de omvang en de inhoud van de verstrekking slechts globaal zijn aangeduid. Dat geldt bijvoorbeeld voor de ziekenhuisopname, huisartsenhulp en specialistische hulp. Dergelijke verstrekkingen kunnen begrensd zijn doordat de hulpverlener beperkte bevoegdheden heeft of doordat de hulpverlening naar haar aard een beperkt karakter heeft. Is dat niet het geval, dan hebben deze verstrekkingen zowel financieel als inhoudelijk een open einde. Dat is bevorderlijk voor de innovatie en flexibiliteit in de zorgverlening, maar bemoeilijkt de beheersing van de kosten en het stellen van prioriteiten. In het Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering (Stcrt.1982,139) bijvoorbeeld, dat open is geformuleerd, zijn om die redenen veel geneesmiddelen met naam en toenaam uitgezonderd. De Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid bevelen aan een zelfde methodiek te volgen ten aanzien van andere open geformuleerde verstrekkingen zoals specialistische hulp.

Open verstrekkingen zijn niet geheel onbegrensd. Van der Most en van Thiel stellen<sup>245</sup> ten aanzien van de Ziekenfondswet en de AWBZ dat de verzekeraar in beginsel tot niet meer gehouden is dan tot diensten die naar objectieve maatstaven gelden als verantwoord en adequaat. Het is een beperking van de prestatieplicht van de verzekeraar, zoals de commissie Dekker voor ogen staat.

Een dergelijke algemene beperking staat echter niet in de wet. Wel kan worden gewezen op art. 13 ZFW en art. 14 AWBZ, die bepalen dat de ziekenfondsen de nodige maatregelen moeten treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn. Deze bepaling is uitgewerkt in het Besluit controle-taak ziekenfondsen (Stb.1978,708), waarin onder andere staat dat de ziekenfondsen controle uitoefenen op een zowel naar prestatie als

---

<sup>244</sup> Van der Most, J.M. en J.L.P.G. van Thiel, Het verstrekkingenstelsel van de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering; Juridische beschouwingen over structuur, werking en wettelijke vormgeving. In: AAW, ZFW, AWBZ een beheersbaar voorzieningen-pakket: open of gesloten systeem, Kluwer, Deventer, 1986.

<sup>245</sup> Op.cit., pag. 36.

naar kosten verantwoorde uitvoering van de overeenkomsten, bedoeld in art. 44 ZFW (medewerkerovereenkomsten). Een algehele beperking van de prestatieplicht van het ziekenfonds kan hieruit niet worden afgeleid.

Aangezien echter de verzekeraars in een naturastelsel gehouden zijn tot het verlenen van de hulp zelf, kan men stellen dat de normen die ten aanzien van het professioneel handelen in de gezondheidszorg gelden, ook gelden voor de prestatieplicht van de verzekeraar. Gewezen kan worden op de professionele standaard, de rechten van de patiënt en op verplichtingen die voortvloeien uit de publieke functie van de gezondheidszorg in het kader van een wettelijke ziektekostenverzekering.<sup>246</sup> In een restitutiestelsel, zoals de commissie Dekker voorstaat, gaat deze redenering niet op, aangezien de verzekeraar niet gehouden is tot het verlenen van hulp maar tot het vergoeden van kosten. Een algemene beperking van de prestatieplicht, zoals hierboven bedoeld, zou dan in de wet zelf moeten worden opgenomen. Gedacht kan worden aan de formulering, dat de vergoeding van kosten geheel of gedeeltelijk kan worden geweigerd indien de hulp redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd dan wel niet doelmatig is.<sup>247</sup>

Van andere verstrekkingen zijn de omvang en de inhoud scherper afgegrensd.<sup>248</sup> Er is dan in meerdere of mindere mate sprake van gesloten verstrekkingen.

De beperkingen kunnen van zeer globale aard zijn, maar ook zeer specifiek. Indien, zoals bij de verstrekking kunst- en hulpmiddelen het geval is, limitatief is opgesomd op welke middelen aanspraak bestaat, is voor elke uitbreiding van de verstrekking een apart besluit nodig. Het is duidelijk dat een dergelijke gesloten verstrekking noch flexibel, noch globaal geformuleerd is, ook al is zij wellicht functioneel omschreven.

Aan het verlenen van een verstrekking kunnen voorwaarden worden verbonden. Deze hebben onder andere betrekking op de indicatie. Zij kunnen ook inhouden dat voor het verkrijgen van een verstrekking toestemming van het ziekenfonds, een verwijzing door de huisarts of een medisch voorschrift (recept) nodig is. De indicatie en de toestemming van de verzekeraar worden meestal in combinatie met elkaar toegepast. De commissie Dekker beoogt onder andere door het stellen van voorwaarden te bereiken dat de verzekerden adequate zorg krijgen. Zij acht een samenhangende indicatiestelling voor samenhangende vormen van zorg terecht van belang en is van mening dat er evenredigheid moet bestaan tussen de zwaarte van de zorg waarvoor indicatiestelling plaats vindt en het gewicht van de procedure bij de stelling van de indicatie. Terecht wordt een

---

<sup>246</sup> Leenen, H.J.J., *Gezondheidszorg en recht; een gezondheidsrechtelijke studie*, Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1981.

<sup>247</sup> Zie art.22,2 Besluit kunst- en hulpmiddelen ziekenfondsverzekering 1981 (Stcrt.1980,249).

<sup>248</sup> Zoals van der Most en van Thiel opmerken, is de structuur van de verzekeringsprestaties in de polissen van particuliere verzekeraars, de reglementen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en de Ziekenfondswet en de AWBZ dezelfde. Op overeenkomstige plaatsen kunnen vage of concrete omschrijvingen worden aangetroffen. Het maakt voor de omschrijving van de verstrekkingen nauwelijks verschil of er sprake is van een natura- of restitutiessysteem.

onafhankelijke beoordeling van de indicatie noodzakelijk geacht.<sup>249</sup> De commissie pleit verder voor een strakke formulering van de indicatiecriteria. Het is de vraag of dat laatste verstandig is. Strakke indicatiecriteria vormen vaak een belemmering voor een soepel en samenhangend plaatsings- en verwijzingsbeleid en werken de toepassing van bureaucratische procedures in de hand, zonder dat zij de mogelijkheid van willekeur uitsluiten.<sup>250</sup> Het belang van de patiënt is er in het algemeen niet mee gediend.<sup>251</sup> Het is wellicht wél in het belang van de patiënt om duidelijk vast te leggen wanneer een bepaalde vorm van hulp in ieder geval geïndiceerd is. Daardoor kan worden voorkomen dat bij schaarste van een voorziening de indicatiecriteria automatisch worden aangescherpt. Het is de vraag of strakke criteria verder nodig zijn. Indien de wet algemene criteria bevat op grond waarvan de vergoeding van kosten kan worden geweigerd, dan kunnen deze criteria tevens als toetssteen voor het indicatie- en toestemmingsbeleid worden gebruikt.

Er is voor te zeggen om de huidige beroepsgang van de Ziekenfondswet en de AWBZ (via de Ziekenfondsraad, de Raad van Beroep en de Centrale Raad van Beroep) te handhaven.<sup>252</sup> De toepassing van een zelfde beroepsprocedure voor alle geschillen over verstrekkingen kan willekeur en rechtsongelijkheid indammen. De continuïteit en de eenheid van de rechtspraak, die door een voortzetting van de huidige beroepsregeling worden bereikt, zijn in het belang van de patiënt.

In de medewerkerovereenkomsten kunnen de ziekenfondsen nadere afspraken maken over de te verlenen vormen van hulp (art.45,c ZFW en art.43,c AWBZ). De afspraken kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de toepassing van protocollen bij de diagnostiek en de therapie. De ziekenfondsen zullen hierin ook afspraken kunnen maken over de onderlinge afstemming van aansluitende voorzieningen, wat nodig is indien de erkenning als reguleringsmechanisme zou verdwijnen. De grondslag voor deze overeenkomsten is de wettelijke regeling van de verstrekking. Aanspraken die de verzekerde aan de wet ontleent, kunnen door zo'n overeenkomst niet worden ingeperkt.

### **Prioriteiten**

Voor het stellen van prioriteiten biedt het beginsel van gelijke toegang weinig houvast. Musschenga en Borst-Eilers wijzen erop<sup>253</sup> dat het utiliteitsprincipe (door hen omschreven als maximalisatie van sociaal welzijn) en het egalitaire verdelingsbeginsel (gelijkheid in welzijn) wél normen bieden voor een optimale verdeling van schaarse middelen en daarom bij het stellen van prioriteiten gebruikt kunnen worden.

---

<sup>249</sup> Zo ook het COSBO in zijn reactie d.d. 13 juli 1987 op het regeringsstandpunt inzake het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg.

<sup>250</sup> Zie hiervoor uitvoerig: *Toelating tot welzijnsvoorzieningen*, signalement nr.13 van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 's-Gravenhage, 1982.

<sup>251</sup> Zie ook: *Zorgverlening in een tijd van economische teruggang*, signalement nr.15 van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 's-Gravenhage, 1982.

<sup>252</sup> Zo ook: Roscam Abbing, H.D.C., *Rechtspositie van de patiënt en het rapport van de Commissie Dckker*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 11 (1987), 6, pag. 404-417.

<sup>253</sup> Op. cit., pag.107.



De toepassing van het utiliteitsprincipe houdt volgens hen in dat behandelprogramma's worden beoordeeld op de verhouding tussen hun kosten en hun effectiviteit. De programma's kunnen dan op volgorde van hun kosten-effectiviteitsratio worden gerangschikt, wat tevens de prioriteitsvolgorde is. Dat is wat de Ziekenfondsraad voorstelt in zijn advies over de grenzen van de groei van het verstrekkingenpakket.

Bij de toepassing van het egaliteitsprincipe worden volgens Musschenga en Borst-Eilers aandoeningen en andere gezondheidsproblemen gerangschikt naar hun ernst. Op basis van deze rangorde worden de middelen verdeeld, waarbij per probleem gezocht wordt naar het behandelprogramma met de gunstigste kosten-effectiviteitsratio.

Zowel voor het bepalen van de effectiviteit van een behandelprogramma als voor het vaststellen van de ernst van een gezondheidsprobleem is een maat voor gezondheid<sup>254</sup> nodig. Het rangschikken van behandelingen naar hun effectiviteit en van problemen naar hun ernst veronderstelt consensus over de invulling van het begrip gezondheid. Aangezien deze ontbreekt<sup>255</sup> blijft de bruikbaarheid van dergelijke exercities voor het bepalen van prioriteiten beperkt. Consensus over het resultaat hangt immers af van consensus over de gehanteerde maat. Het is zeer goed mogelijk dat deze in beperkte kring of ten aanzien van bepaalde deelgebieden van de zorgverlening bestaat, maar niet bij iedereen en niet voor de gehele zorgverlening.

Consensus over het resultaat hangt verder af van de aanvaarding van het verdelingsbeginsel dat aan de methode ten grondslag ligt. Wie het resultaat als onaanvaardbaar eenzijdig van de hand wijst<sup>256</sup>, wijst daarmee ook de toepassing van het verdelingsbeginsel af. Musschenga en Borst-Eilers hebben tegen de toepassing van uitkomst-gerichte verdelingsbeginselen het fundamentele bezwaar ingebracht, dat mensen daarbij niet meer als subjecten worden behandeld, maar als dragers van bepaalde (ernstige en/of moeilijk behandelbare) aandoeningen of als teleenheden. "Het respect voor mensen als personen dat is gefundeerd in de erkenning van de gelijkwaardigheid van alle mensen, begrenst onzes inziens de toepassing van consequentialistische verdelingsprincipes als basis voor het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg. Het rechtvaardigheidsprincipe<sup>257</sup>

---

<sup>254</sup> Aan de constructie van zo'n maatstaf ligt een visie op gezondheid ten grondslag. Musschenga en Borst-Eilers komen tot twee maatstaven: levenswinst en toename/verhoging van de kwaliteit van consensuele gezondheidsgoederen. R. Zeckhauser en D. Shepard, waarnaar Musschenga en Borst-Eilers in hun artikel verwijzen, pleiten voor de toepassing van één maatstaf: "quality adjusted life-year (QUALY)".

<sup>255</sup> Terecht omdat er niet alleen ruimte voor verschil van opvatting over de inhoud van het begrip "gezondheid" moet zijn, maar ook omdat de toepassing van een maatstaf als "qualy" een sterke reductie met zich meebrengt van het aantal overwegingen waarop het oordeel over gezondheid wordt gebaseerd.

<sup>256</sup> Zoals Musschenga en Borst-Eilers zowel ten aanzien van het utiliteits- als het egaliteitsbeginsel doen. Zij concluderen dat een mengvorm van beide beginselen tot een vanuit ethisch gezichtspunt aantrekkelijk uitkomst-gericht verdelingsprincipe zou leiden.

<sup>257</sup> Gelijke toegang naar behoefte.

geeft aan dat respect uitdrukking.<sup>258</sup>

Hoezeer hun waardeoordeel kan worden onderschreven, dat neemt niet weg dat het rechtvaardigheidsprincipe niet meer inhoudt dan een gelijke toegankelijkheid van voorzieningen voor iedereen. De selectie van de voorzieningen kan zowel op het utiliteits- als het egaliteitsprincipe berusten zonder in strijd te komen met het rechtvaardigheidsprincipe. Maar wellicht kan men wel stellen dat de erkenning van de gelijkwaardigheid van alle mensen, die aan het rechtvaardigheidsprincipe ten grondslag ligt, meebrengt dat de mensen er een gelijk recht op hebben dat hun (verschillende) opvattingen over gezondheid en rechtvaardige verdeling tot gelding worden gebracht.<sup>259</sup> Dat sluit een eenzijdige toepassing van één van die beginselen en een eenzijdige interpretatie van de daarbij gehanteerde criteria uit en pleit voor het consensusmodel als methode van prioritering.

Dat is ook wat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aanbeveelt. Hij noemt als criteria voor het stellen van prioriteiten: medische behoefte (als maat voor de ernst van een gezondheidsprobleem), medisch succes (als maat voor de effectiviteit), zuinigheid (als maat voor de kosten) en procedurele gelijkheid (als aanduiding van het rechtvaardigheidsbeginsel).<sup>260</sup> De elementen zijn dezelfde, als die, welke Musschenga en Borst-Eilers relevant achten. Over de nadere invulling ervan zullen degenen die bevoegd zijn tot het stellen van prioriteiten, het eens moeten worden, wat een wetenschappelijke verheldering van die elementen natuurlijk niet uitsluit.

In hun adviezen over de grenzen van de zorg zeggen de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad dat het met het oog op een verantwoorde besluitvorming over de verdeling van de schaarse middelen nodig zal zijn om op rijksniveau tot een samenhangend stelsel van prioritering te komen. Zij stellen voor om het Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (FOGM), dat overwegend een financieel document is, in inhoudelijk opzicht verder uit te bouwen.

In het voorstel van de commissie Dekker wordt de besluitvorming sterk gedecentraliseerd, zodat de prioriteiten mede door de verzekeraars (overeenkomsten) en door de verzekerden (keuze van verzekeraar en pakketsamenstelling) en de patiënten (keuze uit het hulpaanbod) worden bepaald. Niettemin houdt of krijgt de overheid een aantal bevoegdheden waarmee zij de prioriteiten in de zorgverlening in belangrijke mate kan bepalen: de omschrijving van de pakketten van de basis- en de aanvullende verzekering, de verdeelcriteria voor uitkeringen uit de centrale kas, het vaststellen van eigen bijdragen, indicatiecriteria en andere voorwaarden voor het verkrijgen van een verstrekking, de vaststelling van intramurale capaciteiten e.a. Ook als de voorstellen van de commissie Dekker worden opgevolgd, blijft het advies van de beide adviesraden zinvol. De ontwikke-

---

258 Op.cit., pag.115.

259 In Rawls' rechtvaardigheidstheorie zou deze stelling met een beroep op ieders gelijke recht op elementaire vrijheden kunnen worden onderbouwd. Zie voor een ethische fundering: De Wachter, M.A.M.: Moral policy and public policy, in: Research on the Fetus, Report and Recommendations, The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, S.I., 1975.

260 Op.cit., pag.30 en 161-175.

ling van een "inhoudelijk FOGM", zoals in de Nota 2000 aangekondigd<sup>261</sup>, komt in grote trekken aan het advies tegemoet. Gegevens over de zorgbehoeften en de effecten van de zorgverlening worden daarin gerelateerd aan het aanbod en gebruik van zorgfuncties en de kosten die worden gegenereerd. De elementen die voor het stellen van prioriteiten van belang kunnen worden geacht, worden dus met elkaar in verband gebracht. Mits gehanteerd als (parlementair) discussiestuk, kan het inhoudelijk FOGM belangrijke bijdragen leveren aan de consensusvorming over prioriteiten in de zorgverlening.

---

261 Tweede Kamer, vergaderjaar 1986-1987, 19500, nr.3

## Hoofdstuk 8 Selectie van patiënten

"De opvatting dat de gezondheidszorg voor iedereen gelijkelijk toegankelijk moet zijn berust op het oordeel dat mensen gelijkwaardig zijn. Een selectieve toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen op basis van iemands inkomen of maatschappelijke positie staat daarmee op gespannen voet."

### Selectie

Leenen heeft reeds in 1979 het probleem van patiëntselectie bij schaarse medische mogelijkheden aan de orde gesteld.<sup>262</sup> Sindsdien heeft het probleem alleen maar aan actualiteit gewonnen. Rigter<sup>263</sup> stelt in een achtergrondstudie bij het advies dat de Gezondheidsraad over de grenzen van de zorg heeft geschreven, dat de overheid bij een niet te verhelpen gebrek aan geld twee beslissingen kan nemen. Zij kan de betrokken vorm van zorg niet invoeren of beperkt invoeren. In het eerste geval spreekt Rigter van prioriteitenstelling, in het tweede van rantsoenering. Prioriteitenstelling heeft tot gevolg dat de niet ingevoerde zorg alleen verkrijgbaar is voor wie het kan betalen. Rantsoenering houdt in dat niet iedereen die voor de betrokken vorm van zorg in aanmerking komt, kan worden geholpen. Er moet tussen patiënten worden gekozen. Dat kan verhuld gebeuren of via een geformaliseerde selectieprocedure.

Rigter stelt dat de huidige praktijk in de richting van rantsoenering gaat. Als gevolg daarvan worden de wachtlijsten langer en komt selectie van patiënten meestal verhuld meer en meer voor. Verhulde selectie kan volgens hem lang worden volgehouden, maar niet tot in lengte van jaren. Als de rantsoeneringspolitiek wordt voortgezet, zal men volgens hem op den duur voor een formele selectieprocedure moeten kiezen.

Zoals Leenen terecht stelt is selectie van patiënten een structureel probleem.<sup>264</sup> Ook al is men van mening dat de overheid in strijd met haar bevorderingsplicht handelt door essentiële zorg te rantsoeneren, dan nog worden artsen en instellingen met de vraag geconfronteerd welke patiënten bij een tekort aan behandel- of verzorgingsmogelijkheden moeten worden geholpen en in welke volgorde. Die vraag kan overigens ook om heel andere redenen ontstaan, bijvoorbeeld door een tekort aan donororganen of mankracht danwel door een tijdelijk of plaatselijk capaciteitsprobleem van niet structurele aard.

### Selectiesystemen en -criteria

Leenen onderscheidt vier soorten selectiesystemen.

Het chronologisch systeem houdt in dat de volgorde van aanmelding beslissend is voor de volgorde van behandeling of opname. Het belangrijkste bezwaar hier-

---

<sup>262</sup> Leenen, H.J.J., *The selection of patients in the event of a scarcity of medical facilities, an unavoidable dilemma*, *The International Journal of Medicine and Law*, 1979, 2, pag.161-180.

<sup>263</sup> Rigter, H., *Wie volgt?; over selectie en wachtlijsten in de gezondheidszorg*, achtergrondstudie bij het advies van de Commissie Grenzen van de Zorg, 's-Gravenhage, 1986.

<sup>264</sup> Leenen, H.J.J., *Selectie van patiënten; een onoplosbaar dilemma*, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 11 (1987), 3, pag.179-192.

tegen is, dat de ernst van de toestand van de patiënt bij de selectie geen rol speelt. Leenen acht de uitsluitende toepassing van het chronologisch systeem alleen aanvaardbaar als er slechts een klein verschil is tussen vraag en aanbod.

Het loterijstelsel houdt in dat de volgorde van behandeling of opname afhangt van het toeval en van enige bijkomende factoren, waaronder de procedure die bij het loten wordt gevolgd. Het belangrijkste bezwaar is ook hier dat het doel van de behandeling of opname bij de selectie geen rol speelt.

Wachtlijstsystemen zijn een variant van het chronologisch systeem, waarin criteria die samenhangen met het doel van de zorgverlening -vooral de urgentie- wél een rol spelen.<sup>265</sup> De wachtlijst verliest haar functie zodra zij is volgelopen, wat inhoudt dat patiënten niet meer op een in relatie tot hun probleem redelijke termijn kunnen worden geholpen.

Criteria-systemen erkennen, aldus Leenen, het primaat van de menselijke rationaliteit en van ethiek en recht boven "mechanische" oplossingen. "Het gaat daarbij om een faire procedure waarin ieder die aan de selectie onderworpen is, onpartijdig wordt beoordeeld en een gelijke kans heeft."<sup>266</sup>

Volgens Rigter is het de hamvraag welke maatstaven bij de selectie aanvaardbaar zijn en welke niet.<sup>267</sup>

Medische criteria worden algemeen aanvaardbaar geacht. Zij berusten, zoals Leenen stelt, op de medisch-professionele standaard.<sup>268</sup> Mutatis mutandis moet worden aangenomen dat voor niet medische voorzieningen, zoals bejaardenoordelen, andere professionele normen moeten worden toegepast, voor zover deze althans in beginsel objectief en controleerbaar zijn.<sup>269</sup> Huysmans is overigens van mening dat medische criteria minder objectief en controleerbaar zijn dan veelal wordt aangenomen,<sup>270</sup> en dat patiënten die voor een bepaalde vorm van zorg in aanmerking komen, daarom maar in beperkte mate kunnen worden afgewezen.

---

<sup>265</sup> Huysmans vermeldt dat in de hartchirurgie naast medische selectiecriteria een wachtlijststelsel wordt gehanteerd, waarbij de indeling in urgentieklasse een belangrijke rol speelt. Onderscheid wordt gemaakt tussen acute gevallen, zeer urgente gevallen, spoedeisende gevallen en stabiele gevallen. Naarmate meer patiënten in de eerste drie categorieën thuishoren, dreigen de stabiele patiënten uit de boot te vallen. Zie: Huysmans, H.A., *Patiëntselectie bij beperkte middelen; ervaringen uit de dagelijkse praktijk*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 11 (1987), 3, pag.171-179.

<sup>266</sup> Op.cit., pag.183.

<sup>267</sup> Op. cit., pag.7.

<sup>268</sup> Op. cit., pag.184.

<sup>269</sup> Zie richtlijn XI van: *Richtlijnen betreffende het selecteren van patiënten bij schaarste van behandelingsmogelijkheden*, Richtlijnen Vereniging voor Gezondheidsrecht, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 6 (1982), 3, pag.111-117.

<sup>270</sup> Op.cit., pag.175. Hij komt met betrekking tot de hartchirurgie tot de conclusie dat een patient op grond van medische criteria alleen kan worden afgewezen, wanneer hij technisch inoperabel is of wanneer op grond van statistieken en ervaringsgegevens kan worden aangenomen, dat slechts een zeer kleine winst voor de patient behaald kan worden tegen een onacceptabel hoog risico.

Volgens Leenen mag in het kader van de medische criteria ook de genezingskans een rol spelen.<sup>271</sup> Patiënten met de meeste kans op genezing mogen volgens hem worden gekozen, omdat daardoor de schaarse behandelmogelijkheden maximaal worden benut. Een werkgroep van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, die richtlijnen voor het selecteren van patiënten heeft opgesteld,<sup>272</sup> acht dit utilitaire argument valide omdat het redelijk is en "het afwegen van mensen tegen elkaar naar medische criteria niet zozeer het karakter heeft van een tamelijk subjectieve individuele en sociale waardebeoordeling. De keuze vindt professioneel, en daarmee in beginsel objectief en controleerbaar plaats". Is het argument echter wel zo redelijk? Stel dat de keuze zou gaan tussen twee patiënten met een ongelijke maar zeer grote kans op genezing? Waarom zou het redelijk zijn een van beide de kans op genezing te onthouden? Evenmin lijkt het redelijk van twee patiënten met een ongelijke maar slechte kans op genezing er een af te wijzen en de ander te behandelen. Alleen indien de kansen voor de één klein en voor de ander groot zijn, lijkt een keuze op basis van het criterium redelijk. Toch is het ook in die situatie de vraag of de arts het moet toepassen en of toepassing van de medische standaard niet tot het zelfde resultaat leidt. Medische criteria berusten op de medische standaard. Deze vereist van de arts dat hij zich inzet voor de genezing van de patiënt. Alleen van medisch zinloos of van ethisch niet aanvaardbaar handelen moet hij afzien. Wanneer is daarvan sprake? Onder andere wanneer er weinig of geen kans op baat is voor de patiënt of wanneer de baten voor de patiënt achterblijven bij de schade die hij daarbij eveneens ondervindt. Ook wanneer het van de behandeling te verwachten resultaat in een onevenredige verhouding staat ten opzichte van de inspanning moet de arts van handelen afzien.<sup>273</sup> Toepassing van de medische standaard voorkomt medisch zinloos handelen, maar het is tegen de medische standaard om van medische zinvol handelen af te zien. In de situatie dat de genezingskansen van de ene patiënt klein en van de andere groot zijn, is het niet uitgesloten dat behandeling van de patiënt met de kleine kansen op grond van de medische standaard achterwege zou moeten blijven. Bij dit alles komt dat het inschatten van de genezingskans soms meer weg heeft van een loterij dan van objectieve wetenschap.<sup>274</sup>

Leeftijd, persoonscriteria en de dagelijkse leefsituatie van de patiënt kunnen niet geheel als selectiecriteria worden uitgesloten. Leenen stelt<sup>275</sup> dat leeftijd als een uitsluitingscriterium kan worden aanvaard, indien een behandeling onder of boven een bepaalde leeftijd weinig kans op succes heeft. Hetzelfde geldt voor persoonscriteria en de dagelijkse leefsituatie. Dat zij bepalend zijn voor de kans op succes moet dan wel vaststaan of zeer aannemelijk zijn. Ook bij deze crite-

---

<sup>271</sup> Op. cit., pag.184.

<sup>272</sup> Zie noot 269.

<sup>273</sup> Zie het advies van de Nationale Raad van de Volksgezondheid over de grenzen van de zorg, pag.29 en 156-161.

<sup>274</sup> Zie bijvoorbeeld Rigter, op. cit., pag.24. Hij vermeldt het geval van een groep nefrologen die een lijst met gegevens over 40 patiënten met een ernstige nierziekte kregen voorgelegd, met het verzoek om aan te geven welke 10 patiënten zouden moeten afvallen en welke maatstaven ze daarbij hanteerden. Van de 10 patiënten die het vaakst werden afgewezen, bleken er in werkelijkheid minstens 6 met succes behandeld.

<sup>275</sup> Op. cit., pag.185.

ria lijkt het er vooral om te gaan of er al dan niet sprake is van zinloos medisch en professioneel handelen. Bij de indicatiestelling wordt aanvaard dat deze criteria mede bepalen of een behandeling of opname zinvol zijn. De leeftijd is bijvoorbeeld een belangrijk criterium voor de aanwezigheid van een bejaardenoordindicatie, omdat juist de gevorderde leeftijd opname in een bejaardenoord zinvol maakt. De dagelijkse leefsituatie is bijvoorbeeld van invloed op de aanwezigheid van een "sociale" indicatie voor ziekenhuisopname. Het is daarom consequent om te aanvaarden dat op basis van deze criteria een behandeling of opname ook zinloos kan worden geacht.

Selectie op basis van iemands nut voor de maatschappij of zijn naaste omgeving wordt in het algemeen afgewezen,<sup>276</sup> omdat het gelijkheidsbeginsel erdoor wordt doorbroken en omdat de criteria zich niet voor objectieve toepassing lenen.<sup>277</sup>

Selectiecriteria worden meestal in combinatie met een wachtlijst gehanteerd. Indien de wachtlijst in volgelopen zit er niet veel anders op dan te loten of de patiënten in volgorde van aanmelding te behandelen. De Beaufort vindt toepassing van de regel "wie het eerst komt, het eerst maalt" oneerlijk en geeft aan loten de voorkeur.<sup>278</sup> Ook Brons kiest daarvoor, omdat het selectie op basis van voorkeuren, vooroordelen etc. uitsluit. Verder ontheft het artsen en andere betrokkenen van de verantwoordelijkheid om over leven en dood te beslissen en waarborgt het ieders waardigheid en respect in situaties waarin een gelijke behandeling onmogelijk is.<sup>279</sup> De werkgroep van de Vereniging voor Gezondheidsrecht wijst loten af op grond van de argumenten dat het lot te willekeurig werkt en dat de arts in de verleiding komt zijn verantwoordelijkheid om op grond van professionele medische criteria te selecteren te snel ter zijde zou schuiven.<sup>280</sup> Beide argumenten zijn niet erg overtuigend. Tegen loten en voor de toepassing van het beginsel "wie het eerst komt, het eerst maalt" pleit wel dat de patiënt die eenmaal in behandeling genomen is, recht heeft op continuering van de behandeling. Dat recht wordt het best gewaarborgd door alleen

---

<sup>276</sup> Over het eerste criterium oordeelde de werkgroep van de Vereniging voor Gezondheidsrecht die richtlijnen voor de selectie van patiënten heeft opgesteld, afwijzend. Over het laatste oordeelde zij verdeeld. Weliswaar is er een graduëel verschil tussen iemands nut voor de gemeenschap of voor zijn naaste omgeving, maar wie het nut voor de gemeenschap om principiële redenen afwijst, moet dat principe ook toepassen waar het gaat om het nut voor de directe omgeving.

<sup>277</sup> Rigter vermeldt (op. cit., pag.17) dat toen in de V.S. na 1974 binnen het Medicaire-programma dialyses bij nierpatiënten werden vergoed, de samenstelling van de groep patiënten die werden gedialyseerd drastisch veranderde: het percentage vrouwen nam toe van 25 tot 51, het percentage zwarten van 7 naar 35, het percentage personen met een lagere opleiding van 10 naar 29, het percentage personen van 55 jaar of ouder van 7 naar 46 en het percentage alleenstaanden van 21 naar 38.

<sup>278</sup> De Beaufort, I, Selectie van patiënten en de ethiek. In: Boon, L, red., Patient, zorg en management, dilemma's bij selectie van patiënten, technologie en zorg, voorlichting aan patiënten en kwaliteitsbeleid, Stichting Sympos, Amstelveen, 1987.

<sup>279</sup> Brons, E., Een medische loterij, Intermediair, 23 nr.10, pag.21 e.v.

<sup>280</sup> Op. cit., pag.116.

nieuwe patiënten in behandeling te nemen, wanneer de lengte van de wachtlijst -eventueel ingedeeld in urgentieklassen- het toelaat.

De eerdergenoemde werkgroep van de Vereniging voor Gezondheidsrecht is van mening dat de selectiebeslissingen vanwege de aard van de te hanteren criteria in het algemeen door degene(n) die verantwoordelijk zijn voor de behandeling, moeten worden genomen. Abraham en Waddington voegen daar onder andere het argument aan toe, dat het niet goed is de verantwoordelijkheid voor de beslissing en voor de uitvoering ervan te splitsen. Zij wijzen er op dat de arts gemotiveerd moet blijven om ook de niet-geselecteerde patiënten te behandelen.<sup>281</sup>

De werkgroep is verder van oordeel dat de arts of de instelling desgevraagd aan de patiënt bekend moet maken welk selectiesysteem wordt gehanteerd en, als een patiënt vraagt waarom hij niet is geselecteerd, de patiënt moet inlichten waarom dat niet is gebeurd. Wachtlijsten en de toepassing ervan moeten worden gedocumenteerd en gecontroleerd kunnen worden door de inspectie. De werkgroep voelt niet voor het creëren van een aparte beroepsprocedure tegen selectiebeslissingen en is van mening dat volstaan kan worden met de normale middelen die de patiënt ten dienste staan: een klacht bij de directie of een eventuele klachtencommissie van de betrokken instelling, een klacht bij de inspectie of de tuchtrechter en een strafklacht bij de Officier van Justitie of een civiele procedure.

Er zijn sindsdien (1982) op onderdelen verdergaande voorstellen gedaan. Leenen is van mening dat de criteria en het selectiesysteem publiekelijk moeten worden bediscussieerd en op een onafhankelijke manier moeten worden vastgesteld en dat over de uitvoering van de selectie een goede rapportage moet plaatsvinden.<sup>282</sup> Het gaat erom, dat de selectieprocedure openbaar is en dat de naleving ervan gecontroleerd kan worden. Het is een terechte eis dat beide gevaarborgd zijn. De wijze waarop dat gebeurt, zal, zoals dat ook ten aanzien van de indicatiestelling het geval is, kunnen verschillen.

Verder stelt Leenen aan het selectiesysteem de voorwaarde dat alle beschikbare gezondheidsvoorzieningen, waarvoor selectie geldt, onder het selectiesysteem vallen. Verder moet het selectiesysteem ten aanzien van alle betrokken patiënten functioneren. De achterliggende gedachte lijkt, dat ieders kans om geholpen te worden zo gelijk mogelijk moet worden gemaakt. Op zich is dat een goed uitgangspunt, alleen is het moeilijk in te zien hoe deze voorwaarden kunnen worden gerealiseerd zonder dat het selectiesysteem een bureaucratisch karakter krijgt en zonder dat de verantwoordelijkheid van de behandeld arts wordt uitgehold.

Het lijkt Rigter een goede gedachte dat het selectieteam zowel een voorgenomen selectie als de afwijzing van een patiënt schriftelijk motiveert. De beslissingen kunnen daardoor beter worden getoetst.<sup>283</sup> Dit voorstel vormt een goede aanvulling op de richtlijnen van de werkgroep.

---

<sup>281</sup> Abram, H. and W. Waddington, *Selection of patients for artificial and transplanted organs*, Ann. Internal Med, 1968, pag.615, aangehaald door Leenen, op. cit. pag.190.

<sup>282</sup> Op. cit., pag.189.

<sup>283</sup> Op. cit., pag.43.



### **De grens bereikt**

Rigter is van mening dat wie geformaliseerde selectie een weinig aantrekkelijk perspectief vindt, er voor moet pleiten dat in de gezondheidszorg prioriteiten worden gesteld of dat voor de gezondheidszorg meer geld beschikbaar wordt gesteld.

De vraag naar de grenzen van het recht op gezondheidszorg wordt zo scherp aan de orde gesteld. Schaarste als gevolg van financiële beperkingen is een normaal maatschappelijk verschijnsel. Gezondheidszorg wordt echter om verschillende redenen als een bijzonder goed beschouwd (zie hoofdstuk 1). Gezondheidszorg helpt 's mensens normale niveau van functioneren en daarmee zijn levensgeluk, zelfvertrouwen en zelfrespect instand te houden of te herstellen. Zij stelt mensen in staat om aan de mogelijkheden die de maatschappij hen biedt, deel te nemen en zich te ontplooiën. De algemene opvatting is, dat de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk moet zijn en dat de overheid daarvoor verantwoordelijkheid draagt (zie hoofdstuk 2). Deze opvatting vormt de kern van het recht op gezondheidszorg, zoals dat in Nederland geldt. Ook in de discussie over de grenzen van de zorg is deze opvatting recht overeind blijven staan.

Het recht op gezondheidszorg wordt begrensd door de maatschappelijke mogelijkheden en die blijken in toenemende mate beperkt (zie hoofdstuk 3). Meer dan de interne problemen waarmee de gezondheidszorg kampt, zijn het externe problemen -en in het bijzonder het probleem van de collectieve lastendruk- die grenzen stellen aan de gezondheidszorg. De daaruit voortvloeiende beperkingen kunnen ten dele worden gecompenseerd door veranderingen aan te brengen in de verzekeringsstructuur, in de bestuurlijke structuur en in de lastenverdeling (hoofdstuk 4, 5 en 6). De vraag kan worden beperkt en gericht op goedkopere en eenvoudiger vormen van zorg. In de verzekeringsstructuur kunnen daartoe prikkels worden ingebouwd. De countervailing power van de verzekeraars kan worden versterkt om daardoor een betere beheersing van het aanbod mogelijk te maken. De lasten kunnen evenrediger over de bevolking worden gespreid. Indien de regering prioriteiten stelt, kunnen de aanspraken op gezondheidszorg worden beperkt tot essentiële voorzieningen en tot de gevallen waarin deze voorzieningen echt nodig zijn (hoofdstuk 7).

Maar kan, indien dit allemaal is gebeurd, het recht op gezondheidszorg nog verder worden ingekrompen zonder dat het van zijn zin en betekenis wordt beroofd? Verder gaan met het stellen van prioriteiten betekent immers dat essentiële voorzieningen niet meer voor iedereen toegankelijk zijn. Rantsoenering van essentiële voorzieningen maakt het onvermijdelijk dat patiënten essentiële zorg, die voor hen onontbeerlijk is, niet krijgen. Het antwoord zal daarom nee moeten luiden. Indien het zover komt dat het verstrekkingenpakket tot volstrekt essentiële zorg is gereduceerd en alleen de ernstige gevallen nog worden geholpen, zijn de grenzen van het huidige recht op gezondheidszorg bereikt. Verdergaande stappen luiden het failliet in van het recht op gezondheidszorg in zijn huidige betekenis, omdat de garantie van een gelijke toegang tot de zorg dan niet kan worden nagekomen. Een heroriëntering op de inhoud van het recht op gezondheidszorg wordt dan onontkoombaar.

## **Uitleiding met discussiepunten**

1. Het recht op gezondheidszorg is in de Grondwet te vaag geformuleerd. De volgende formulering zou beter voldoen: De overheid waarborgt iedereen de toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg.
2. Een doelmatige besteding van middelen in de gezondheidszorg is belangrijk, maar moet geen doel op zichzelf worden. Dat de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk blijft is belangrijker. De kosten van de gezondheidszorg moeten een afgeleide blijven van de aanspraken van de verzekerden, niet omgekeerd.
3. De mening dat een "regelende, plannende en bevoogdende" overheid op alle niveaus terug zou moeten trekken ten gunste van privatisering, deregulering en concurrentie berust meer op modieuze overwegingen dan op een goede analyse van de feiten. De Gezondheidsraad heeft gelijk als hij zegt dat bezinning op de rol van de overheid op zijn plaats is, maar dat niet overhaast tot drastische koerswijzigingen moet worden besloten.
4. De commissie Dekker formuleert een subsidiariteitsbeginsel ten aanzien van wetgeving, dat erop neerkomt dat marktwerking de voorkeur verdient boven zelfregulering en zelfregulering boven regulering door de overheid. Dit beginsel verdient geen ondersteuning.
5. Er moet een basisverzekering komen, waarin alle noodzakelijke en individueel niet te dragen voorzieningen zijn ondergebracht.
6. De mogelijkheid tot differentiatie van het pakket van de basisverzekering dient beperkt te blijven en te worden onderworpen aan toezicht. Uitkeringen aan verzekeraars ter financiering van de kosten van de basisverzekering dienen achterwege te blijven indien het pakket kwalitatief beneden de maat is.
7. De verzekeraars die de basisverzekering uitvoeren, dienen door de overheid te zijn erkend.
8. De verzekeraars die de basisverzekering uitvoeren, dienen in te staan voor voldoende zorg.
9. Het verdient aanbeveling minimumnormen voor voldoende hulp te formuleren.
10. De verzekeraar moet een verstrekking of vergoeding van kosten geheel of gedeeltelijk kunnen weigeren indien de hulp redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd dan wel niet doelmatig is.
11. Het huidige naturastelsel dient niet in zijn geheel door een restitutiestelsel te worden vervangen, maar alleen in de gevallen dat de voordelen ervan aantoonbaar groter zijn dan de nadelen.
12. Indien verstrekkingen functioneel en globaal worden omschreven, dient uitdrukkelijk te worden voorzien in de mogelijkheid om bepaalde categorieën hulpverleners, instellingen of vormen van hulpverlening van de verstrekking uit te zonderen.

13. Het toezicht op de basisverzekering dient democratisch van opzet te zijn.
14. De in de Ziekenfondswet en de AWBZ opgenomen regeling van het beroep (Ziekenfondsraad, de Raad van Beroep en de Centrale Raad van Beroep) dient ook voor de basisverzekering te gelden.
15. De consument is de echte financier van de gezondheidszorg.
16. Wegens de toegenomen kosten van de gezondheidszorg en de toegenomen verschillen in koopkracht is solidariteit in het verzekeringsstelsel harder nodig dan ooit.
17. In de basisverzekering moet geen eigen risico worden ingevoerd.
18. Indien in de basisverzekering naast een procentuele ook een nominale premie wordt geheven, dient de wet te waarborgen dat het nominale premiedeel niet onbeperkt kan uitdijen.
19. Medefinanciering dient geen grondslag te zijn voor het heffen van eigen bijdragen.
20. Het verdient overweging om eigen bijdragen alleen als middel tot het bevorderen van substitutie toe te passen.
21. De laagste inkomens (echte minima) en chronische patiënten zouden vrijgesteld moeten worden van het betalen van sommige of alle eigen bijdragen. Een hardheidsclausule in de wet zou daarvoor de grondslag kunnen vormen.
22. De ontwikkeling van een inhoudelijk FOGM kan bijdragen aan de totstandkoming van een samenhangend stelsel van prioritering.
23. De procedure voor het selecteren van patiënten dient openbaar te zijn en de naleving ervan moet kunnen worden gecontroleerd. Voor het selecteren van patiënten kunnen (medisch) professionele normen worden gehanteerd, wachtlijsten en het beginsel "wie het eerst komt, het eerst maalt".
24. Rantsoenering van essentiële voorzieningen berooft het recht op gezondheidszorg van zijn zin en betekenis.