



*Vereniging voor Gezondheidsrecht*

# Juridische aspecten rondom schaarste in de zorg

## PREADVIES 2024

**Schaarste in de zorg: een economisch perspectief**  
*prof. dr. F.T. Schut en prof. dr. M. Varkevisser*

**Beslissen over toegankelijkheid en beschikbaarheid  
van zorg in de spreekkamer: een ethisch perspectief**  
*dr. K. Tromp*

**Preventie als (deel)oplossing voor schaarste in de zorg**  
*mr. dr. J.J.M. Sluijs en mr. drs. B. van der Kamp*

**Artificiële intelligentie in de ouderenzorg. Een voorstel  
voor een beoordelingsinstrument voor patiëntenrechten**  
*mr. H.B. van Kolfschooten*

**Nabeschouwing – Perspectief van de zorgaanbieders**  
*mr. F.H. de Haan*

**Boom**

*Prof. dr. F.T. Schut en prof. dr. M. Varkevisser zijn beiden hoogleraar bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.*

*Dr. K. Tromp werkt als medisch ethicus op de afdeling Medische Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde in het Erasmus MC en bij artsenfederatie KNMG. Deze bijdrage is op persoonlijke titel geschreven.*

*Mr. dr. J.J.M. Sluijs en mr. drs. B. van der Kamp zijn beiden advocaat bij Coupry Advocaten in Den Haag.*

*Mr. H.B. van Kolfschooten is als docent-onderzoeker verbonden aan het Law Centre for Health and Life, Universiteit van Amsterdam.*

*Mr. F.H. de Haan is manager Kenniskern Strategie en Bestuur bij het Amphia ziekenhuis Breda.*

## PREADVIES 2024

### JURIDISCHE ASPECTEN RONDOM SCHAARSTE IN DE ZORG

Door vergrijzing, leefstijlfactoren en toenemende medische mogelijkheden consumeren Nederlanders steeds meer zorg. De zorgvraag blijft de komende decennia stijgen, wat zal leiden tot verdere financiële en personele tekorten. In dit preadvies staan de juridische aspecten rondom schaarste in de zorg centraal, gezien vanuit verschillende invalshoeken. Economen Erik Schut en Marco Varkevisser gaan vanuit een economisch perspectief in op de belangrijkste uitdagingen die gezien de steeds verder toenemende financiële én personele schaarste in de gezondheidszorg op een nieuw kabinet liggen te wachten. Krista Tromp richt zich, vanuit een ethisch perspectief, op de rol van artsen. Preadviseurs Jan-Koen Sluijs en Bob van der Kamp behandelen preventie als (deel)oplossing voor schaarste in de zorg en het thema-deel van Hannah van Kolfschooten gaat over de mogelijkheden en beperkingen van artificiële of kunstmatige intelligentie (AI) in de ouderenzorg. Frank de Haan richt zijn blik in de Nabeschouwing op de zorgaanbieders. De themadelen van dit preadvies roepen vragen op als: hoe groot is de zorgschaarste eigenlijk, en is die schaarste een probleem, of willen we juist méér investeren in zorg? Wat is de verantwoordelijkheid van de arts, maar ook: welke verantwoordelijkheid wil en kun je bij de arts wegnemen? Wat kunnen we winnen met preventie, en moet de individuele verantwoordelijkheid meer het ankerpunt worden als het gaat om het terugdringen van schaarste? En tot slot: zijn digitalisering en AI de panacee voor alle kwalen, of zitten er ook haken en ogen aan?

ISBN 978-94-6212-914-6



9 789462 129146 >

[WWW.BOOM.NL/JURIDISCH](http://WWW.BOOM.NL/JURIDISCH)

## JURIDISCHE ASPECTEN RONDON SCHAARSTE IN DE ZORG



VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT

**JURIDISCHE ASPECTEN RONDOM SCHAARSTE  
IN DE ZORG**

*Deel 1 – Schaarste in de zorg: een economisch perspectief*

PROF. DR. F.T. SCHUT EN PROF. DR. M. VARKEVISSER

*Deel 2 – Beslissen over toegankelijkheid en beschikbaarheid  
van zorg in de spreekkamer: een ethisch perspectief*

DR. K. TROMP

*Deel 3 – Preventie als (deel)oplossing voor schaarste in de zorg*

MR. DR. J.J.M. SLUIJS EN MR. DRS. B. VAN DER KAMP

*Deel 4 – Artificiële intelligentie in de ouderenzorg. Een voorstel  
voor een beoordelingsinstrument voor patiëntenrechten*

MR. H.B. VAN KOLFSCHOOTEN

*Deel 5 – Nabeschouwing – Perspectief van de zorgaanbieders*

MR. F.H. DE HAAN

Preadvies uitgebracht voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht,  
jaarvergadering 12 april 2024

**Boom**

Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag  
Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

© 2024 Vereniging voor Gezondheidsrecht | Boom (Den Haag)

*Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

*Voor zover het maken van vervoelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet of de reprorechtregeling van Stichting Reprorecht dient daarvoor een billijke vergoeding te worden voldaan aan Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het vervoelvoudigen en openbaar maken van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave als toelichting bij het onderwijs, bijvoorbeeld in een (digitale) leeromgeving of een reader (art. 16 Auteurswet), dient een regeling te worden getroffen met Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl)).*

*No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.*

ISBN 978-94-6212-914-6  
ISBN 978-94-0011-412-8 (e-book)  
NUR 820

[www.boom.nl](http://www.boom.nl)  
[www.boom.nl/juridisch](http://www.boom.nl/juridisch)

## WOORD VOORAF

Door vergrijzing, leefstijlfactoren en toenemende medische mogelijkheden consumeren Nederlanders steeds meer zorg. De zorgvraag blijft de komende decennia stijgen, hetgeen zal leiden tot verdere financiële en personele tekorten. Het water staat ons langzamerhand aan de lippen: de kosten van de curatieve zorg gaan richting de € 50 miljard, in 2030 zal naar verwachting een op de zes mensen in de zorg werken. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) constateerde op basis van deze cijfers dat de grenzen langzamerhand in zicht zijn.<sup>1</sup>

Schaarste in de zorg is een thema dat de gemoederen aardig bezighoudt. Te verwachten is dat het prominent op de agenda zal staan in de huidige kabinetsformatie. Ter inspiratie presenteren wij een preadvies met een aantal themadelen die vanuit verschillende disciplines en perspectieven licht werpen op schaarste in de zorg.

Schaarste is uiteraard in eerste instantie een economisch fenomeen. Economen Erik Schut en Marco Varkevisser gaan vanuit een economisch perspectief in op de belangrijkste uitdagingen die gezien de steeds verder toenemende financiële én personele schaarste in de gezondheidszorg op een nieuw kabinet liggen te wachten. Wat we van dit vlot geschreven en informatieve stuk leren, is dat het daarbij gaat om de verdeling van middelen tussen de zorg én andere bestedingsmogelijkheden, én om de keuze over de aanwending van middelen binnen de zorg. Idealiter wordt op collectief niveau een adequate kosten-batenafweging gemaakt die recht doet aan de maatschappelijke voorkeuren over de verdeling van de schaarse middelen: ‘pricing the priceless’. Innovatie, preventie en demedicalisering zijn essentieel om de kosten in de hand te houden, maar lastige keuzes zijn volgens de preadviseurs onvermijdelijk.

Krista Tromp richt zich op de rol van artsen. Artsen hebben een rol bij het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg, zo constateert Tromp. Zij laat inzichtelijk zien dat deze rol verankerd ligt in verschillende ethische codes. Echter, de concrete implementatie van die codes roept nog veel vragen op. Zo hebben artsen de intuïtieve neiging om prioriteit te geven aan de patiënt die voor hen staat en die nú zorg nodig heeft, en hebben zij minder oog voor toekomstige of andere patiënten zonder gezicht (*rule of rescue*). Schaarste kan verder morele stress bij artsen vergroten, wanneer zij niet (meer) de zorg kunnen leveren die zij wel als goede zorg beschouwen en niet de autonomie hebben om hierop te acteren. Besluitvorming door artsen over wie wat krijgt, dient expliciet en transparant te zijn, zo concludeert Tromp.

---

1 WRR, *Kiezen voor houdbare zorg*, 2021.

In een preadvies over schaarste mag een stuk over preventie niet ontbreken. Onderzoek laat zien dat de zorg maar voor 11% bijdraagt aan gezondheid. De andere 89% wordt bepaald door sociale omstandigheden, de omgeving, individueel gedrag en biologische en genetische factoren.<sup>2</sup> Preadviseurs Jan-Koen Sluijs en Bob van der Kamp betogen op overtuigende wijze dat de overheid een positiefrechtelijke verplichting heeft om het recht op gezondheid van haar burgers te beschermen en te verbeteren. Ook bedrijven dienen dit grondrecht te respecteren door gepaste zorgvuldigheid te betrachten ten aanzien van het handelen in de keten waarin zij actief zijn. Die gepaste zorgvuldigheid geldt in sterke mate eveneens voor hun eigen handelen. Sluijs en Van der Kamp gaan echter nog een stap verder en leggen tevens verantwoordelijkheid bij het individu. In een zorgstelsel dat is gebaseerd op solidariteit en schaarste is geen plaats voor een individueel recht om ongezond te leven, zo suggereren Sluijs en Van der Kamp. Ook burgers hebben een maatschappelijke verplichting om vermijdbare schaarste in het zorgstelsel te voorkomen.

Het vierde preadviesdeel gaat over de mogelijkheden en beperkingen van artificiële of kunstmatige intelligentie (AI). Hannah van Kolfschooten constateert dat zorgstelsels in de Europese Unie piepen en kraken onder de toenemende dubbele vergrijzing. Met name de ouderenzorg staat onder druk. Deze tekorten kunnen grote problemen veroorzaken voor het garanderen van het recht op goede zorg voor ouderen. AI wordt vaak genoemd als dé oplossing voor de schaarste in de ouderenzorg. Voorbeelden zijn hulpmiddelen voor het monitoren van activiteiten, robotica voor dienstverlening en slimme incontinentiematerialen. De toenemende inzet van AI in de ouderenzorg als oplossing voor de dubbele vergrijzing is echter niet zonder risico's. Ten eerste kan het gebruik van AI direct invloed hebben op de kwaliteit van zorg en de bescherming van de gezondheid van ouderen. Ten tweede brengt het gebruik van AI in de ouderenzorg ook risico's voor de bescherming van mensenrechten met zich mee. Dit deel van het preadvies omschrijft de contouren van het recht op gezondheidszorg voor ouderen en biedt inzicht in de uitdagingen van het toenemend gebruik van AI in de ouderenzorg. Van Kolfschooten doet een mooi voorstel voor de hoofdlijnen van een mensenrechtelijk toetsingskader voor AI in de ouderenzorg.

In zijn Nabeschouwing richt Frank de Haan zijn blik op de zorgaanbieders. Hij constateert met verve dat de rek eruit is: 'De hoeveelheid zorg, zowel in de vraag als aan de aanbodzijde, blijft stijgen, de kosten ervan ook, en het aantal zorgmedewerkers groeit niet voldoende snel mee of neemt zelfs af.' De Haan hekelt de vele normen die gelden: wet- en regelgeving, maar ook normen uit het veld zelf. Het is als zorgaanbieder een uitdaging om op dagelijkse basis aan al die regelgeving te voldoen.

---

2 Zie [www.goinvo.com/vision/determinants-of-health](http://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health).



De themadelen van dit preadvies roepen vragen op als: hoe groot is de zorgschaarste eigenlijk, en is die schaarste een probleem, of willen we juist méér investeren in zorg? Wat is de verantwoordelijkheid van de arts, maar ook: welke verantwoordelijkheid wil en kun je bij de arts wegnemen? Wat kunnen we winnen met preventie, en moet de individuele verantwoordelijkheid meer het ankerpunt worden als het gaat om het terugdringen van schaarste? En tot slot: zijn digitalisering en AI de panacee voor alle kwalen, of zitten er ook haken en ogen aan? U bent van harte uitgenodigd om uw visie te geven tijdens de jaarvergadering op 12 april 2024.

Bestuursgenoten Albert Vermaas en Emke Plomp hebben zich ingezet voor de samenstelling van deze preadviezen. Wij bedanken alle auteurs voor hun mooie bijdragen en voor hun flexibiliteit in het licht van de strakke tijdlijn. Frank de Haan zijn wij bijzonder erkentelijk voor de eindreflectie die hij op ons verzoek op het laatste moment heeft aangeleverd. Tot slot bedanken wij Boom voor de mooie vormgeving, en – *last but not least* – Rineke van Baal voor de vlekkeloze coördinatie.

Wij wensen u veel leesplezier!

Brigit Toebes,  
voorzitter



# INHOUDSOPGAVE

<b>Woord vooraf</b>	5
<b>Lijst van afkortingen</b>	13
<b>Deel 1 Schaarste in de zorg: een economisch perspectief</b>	<b>15</b>
<i>Erik Schut en Marco Varkevisser</i>	
1 Inleiding	17
2 Schaarste als economisch begrip	18
3 Prijs speelt geen rol	19
4 Verdeling schaarse middelen tussen zorg en andere bestedingen	20
5 Hoe moeten de schaarse middelen worden verdeeld?	22
6 Toekomstige keuzes voor een houdbare zorg	27
7 Conclusie	34
<b>Deel 2 Beslissen over toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg in de spreekkamer: een ethisch perspectief</b>	<b>35</b>
<i>Krista Tromp</i>	
1 Inleiding	37
2 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg: ethische codes voor artsen	38
2.1 KNMG-Gedragscode voor artsen	39
2.2 Nederlandse artseneed	39
2.3 WMA International Code of Medical Ethics	40
2.4 WMA Declaration of Geneva	41
2.5 Samenvattend	42
3 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de dagelijkse praktijk: <i>rule of rescue</i>	43
3.1 <i>Rule of rescue</i> – in de dagelijkse praktijk van artsen	43
3.2 <i>Rule of rescue</i> – in de maatschappij	45
3.3 Samenvattend	47

4	Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de dagelijkse praktijk: morele stress	47
4.1	Wat is morele stress?	48
4.2	Morele stress in relatie tot schaarste	49
4.3	Samenvattend	50
5	Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg: welke rol?	51
5.1	Een rol in de spreekkamer?	52
5.2	Een rol in richtlijnen?	54
5.3	Een rol in ethische commissies?	56
5.4	Samenvattend	58
6	Conclusie	58
<b>Deel 3</b>	<b>Preventie als (deel)oplossing voor schaarste in de zorg</b>	<b>61</b>
	<i>Jan-Koen Sluijs en Bob van der Kamp</i>	
1	Inleiding	63
2	Verantwoordelijkheid en uitvoering	65
2.1	De overheid	65
	2.1.1 Recht op gezondheid	65
	2.1.2 Geen recht op ongezond leven	67
	2.1.3 Uitvoering in de praktijk	69
2.2	Bedrijven	72
	2.2.1 Zorgplicht van bedrijven	72
	2.2.2 Uitvoering in de praktijk	75
2.3	Het individu	78
	2.3.1 Hoe het individu zich tot de gemeenschap kan verhouden	78
	2.3.2 Uitvoering in de praktijk	82
3	Conclusie en enkele aanbevelingen	83
<b>Deel 4</b>	<b>Artificiële intelligentie in de ouderenzorg</b>	<b>87</b>
	<b>Een voorstel voor een beoordelingsinstrument voor patiëntenrechten</b>	
	<i>Hannah van Kolschooten</i>	
1	Inleiding	89
2	Dubbele vergrijzing en schrijnende tekorten in de ouderenzorg	92

3	Artificiële intelligentie als oplossing voor zorgschaarste	94
3.1	Domotica, monitoring en sensors	95
3.2	Zorgrobots	96
3.3	Medische beslisondersteuning	97
4	Uitdagingen voor patiëntenrechten van ouderen	98
4.1	Het recht op gezondheidszorg in tijden van schaarste	98
4.2	Digitale exclusie en toegang tot zorg	100
4.3	Biases, kwaliteit en het recht op goede zorg	100
4.4	Recht op privacy en gegevensbescherming	102
4.5	Zelfbeschikking en menselijke waardigheid	103
5	Een voorstel voor een verplichte patiëntenrechtentoets voor AI in de zorg	103
5.1	Een Europees juridisch kader in ontwikkeling	103
5.2	Het belang van een expliciet patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument	105
5.3	De hoofdlijnen van een patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument voor AI in de ouderenzorg	107
6	Conclusie	115
<b>Deel 5</b>	<b>Nabeschuiving – Perspectief van de zorgaanbieders</b>	<b>117</b>
	<i>Frank de Haan</i>	
1	Inleiding	119
2	Effecten van de ontwikkelingen in en rond de zorg op de zorgaanbieders	120
3	Waarden en normen	122
4	Nieuwe uitdagingen	124
5	De rol van het recht	125
6	Wat mogen we verwachten van de zorgaanbieders?	127
7	Slot	128
	<b>PREADVIEZEN (1968-2023) VAN DE VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT</b>	<b>129</b>



## LIJST VAN AFKORTINGEN

ACM	Autoriteit Consument & Markt
AI	artificiële intelligentie
AI Act	Artificial Intelligence Act
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
bbp	bruto binnenlands product
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BW	Burgerlijk Wetboek
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CESCR	Committee on Economic, Social and Cultural Rights
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (longziekte)
CPB	Centraal Planbureau
CPME	Comité Permanent des Médecins Européens
DPIA	data protection impact assessment
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
ESH	Europees Sociaal Handvest
ESHPM	Erasmus School of Health Policy & Management
EU	Europese Unie
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
ggz	geestelijke gezondheidszorg
Gw	Grondwet
HR	Hoge Raad
IBO	interdepartementaal beleidsonderzoek
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IVESCR	Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind
IZA	Integraal Zorgakkoord
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LORENZ	Landelijk Overzicht Richtlijnen en Eisen Nederlandse Zorg
mbi	macrobeheersinstrument
MvT	Memorie van toelichting
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NJB	Nederlands Juristenblad
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

## LIJST VAN AFKORTINGEN

OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
Rb	rechtbank
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
SEGV	sociaal-economische gezondheidsverschillen
SES	sociaal-economische status
TWMZ	technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven
UNGP	UN Guiding Principles on Business and Human Rights
VMH	Verordening medische hulpmiddelen
VN	Verenigde Naties
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
WMA	World Medical Association
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOZO	Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Wzd	Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten
Zvw	Zorgverzekeringswet



## Deel 1

# Schaarste in de zorg: een economisch perspectief

Erik Schut en Marco Varkevisser\*

---

\* Prof. dr. F.T. Schut en prof. dr. M. Varkevisser zijn beiden hoogleraar bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij bedanken Stéphanie van der Geest voor het met een frisse blik tegenlezen van de conceptversie van deze bijdrage.



## 1 Inleiding

Schaarste in de zorg is een van de meest genoemde belangrijke maatschappelijke thema's. De vergrijzende bevolking, met steeds complexere zorgvragen, en een toename van het aantal chronische zieken vergen meer, intensievere en vaak duurdere zorg, terwijl het aanbod en de financiële middelen beperkt zijn.<sup>1</sup> Dit leidt tot een toenemende roep om scherpe en transparante keuzes. Zo roept de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de Stand van de zorg 2023 het zorgveld en overheidsinstanties met klem op om 'passende zorg in tijden van schaarste' te organiseren en om de burgers meer te informeren over 'toenemende schaarste in de zorg en de veranderingen die nodig zijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden'.<sup>2</sup> De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) heeft eveneens benadrukt dat burgers binnen het huidige zorgstelsel lang niet altijd de juiste zorg en ondersteuning krijgen aangeboden.<sup>3</sup> Het onderzoeksinstituut Nivel concludeert op basis van surveyonderzoek onder ruim 800 respondenten van het consumentenpanel dat bijna alle zorggebruikers weten dat er in de zorg schaarste ontstaat, en een op de drie zorggebruikers in 2023 schaarste ervaart.<sup>4</sup> Ook het Nivel adviseert om transparant te zijn over de veranderingen die nodig zijn om de schaarse zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Volgens het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) komen we aan bij het moment dat de beschikbare capaciteit niet langer toereikend is om in de gehele zorgketen de continuïteit en kwaliteit van zorg te borgen en is regie door de overheid bij het maken van keuzes voor een rechtvaardige verdeling van schaarse zorg hoognodig.<sup>5</sup> Dit wordt ook benadrukt in het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) over de ouderenzorg,<sup>6</sup> waarin wordt gesteld dat 'zonder nadere ingrepen niets doen zal leiden tot een situatie waarbij de kans groot is dat de noodzakelijke zorg niet meer voor iedereen toegankelijk is, wat de meest kwetsbaren het hardst zal treffen.'

Kortom, dat schaarste een steeds nijpender probleem wordt in de zorg, en dat dit scherpe keuzes vereist, wordt breed gedeeld. Zeker ook onder gezondheidseconomen. In deze bijdrage staat het economisch perspectief op dit vraagstuk centraal. De opzet is als volgt. Allereerst zullen we ingaan op schaarste als economisch begrip. Vervolgens behandelen we de centrale economische vraag hoe

---

1 WRR, *Kiezen voor houdbare zorg*, Den Haag 2021.

2 NZa, *Stand van de zorg 2023*, Utrecht 2023.

3 RVS, *Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning* (Publicatienummer: 23-04), Den Haag 2023.

4 Nivel, 'Zorggebruikers weten dat er schaarste ontstaat in de gezondheidszorg' (Transparantiemonitor 2023), Utrecht 2023.

5 CEG, *Code Rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg*, Den Haag 2023.

6 IBO Ouderenzorg, *Niets doen is geen optie*, Den Haag 2023.

schaarse middelen in de zorg vanuit maatschappelijk perspectief (ook wel aangeduid als welvaartspectief) het beste kunnen worden aangewend en het belang van collectieve besluitvorming daarbij. Ten slotte gaan we in op de vraag welke uitdagingen vanuit economisch perspectief voor een nieuw kabinet liggen te wachten om de steeds verder toenemende financiële én personele schaarste in de zorg in de toekomst het hoofd te kunnen bieden.

## 2 Schaarste als economisch begrip

Voor economen is de aandacht voor schaarste niets nieuws, want schaarste is hun ‘core business’. Al bijna een eeuw geleden omschreef de beroemde Britse econoom Lionel Robbins economie als ‘the science which studies human behavior as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses’.<sup>7</sup> Generaties Nederlandse economen zijn opgegroeid met het leerboek van Arnold Heertje, die – naar analogie van Robbins – stelt dat economie gaat over het optimaliseren van de keuze tussen schaarse, alternatief aanwendbare middelen.<sup>8</sup> Dit economisch begrip schaarste wijkt echter fundamenteel af van wat in het algemene spraakgebruik onder schaarste wordt verstaan. Hierbij gaat het veelal om absolute schaarste in de zin van tekorten, zoals een tekort aan zorgpersoneel of het tekort aan IC-bedden tijdens de coronapandemie. Economen houden zich echter bezig met het veel bredere begrip relatieve schaarste. Volgens dit begrip is een middel schaars als het op verschillende manieren kan worden aangewend. De keuze voor één bepaalde mogelijkheid om een middel te gebruiken, betekent dat andere mogelijkheden moeten worden opgeofferd. De nettobaten van de beste alternatieve gebruiksmogelijkheid (opportunity) die wordt opgeofferd, worden opportunitykosten genoemd. Een economisch optimale keuze om een middel in te zetten, vereist dat de nettobaten van die keuze ten minste gelijk zijn aan de opportunitykosten. Van belang is dat het hierbij niet noodzakelijk gaat om monetaire kosten en baten, maar om alles waar mensen waarde aan toekennen. Aangezien vrijwel alle middelen alternatief aanwendbaar zijn, is vrijwel altijd sprake van (relatieve) schaarste waarbij keuzes moeten worden gemaakt. Ook wanneer geen sprake is van een absoluut tekort aan zorgpersoneel of IC-bedden, doet de zorg een beroep op schaarse middelen als arbeid en kapitaal die kunnen worden aangewend voor andere nuttige zaken. Dus ook dan moeten er keuzes worden gemaakt over de besteding van deze middelen, zowel binnen de zorg als tussen de zorg en andere bestedingsmogelijkheden.

De cruciale vraag voor economen is hoe je die keuzes zo verantwoord mogelijk maakt. Het gaat daarbij om de verdeling van middelen *tussen* de zorg en andere

---

7 L. Robbins, *An essay on the nature and significance of economic science*, London: Macmillan 1935.

8 A. Heertje, *De kern van de economie*, Leiden: Stenfert Kroese 1962.

bestedingsmogelijkheden en om de keuze over de aanwending van middelen *binnen* de zorg. Bij een verantwoorde keuze moeten ook de maatschappelijke opvattingen over een rechtvaardige verdeling worden meegenomen. Gegeven deze opvattingen is dan de vraag welke keuze de meeste welvaart oplevert. Hierbij is ook de vraag relevant of en in hoeverre bij het maken van keuzes een doelmatige besteding ten koste gaat van een rechtvaardige verdeling.

### 3 Prijs speelt geen rol

De centrale economische vraag is dus hoe schaarse middelen vanuit maatschappelijk perspectief het beste kunnen worden aangewend. Bij veel goederen en diensten vindt deze afweging (grotendeels) plaats op de markt via het prijsmechanisme, waarbij de prijs functioneert als een indicator van de relatieve schaarste (oftewel de opportuniteitskosten). In sectoren zoals zorg en onderwijs is een verdeling van schaarse middelen via de markt echter niet wenselijk vanuit maatschappelijk perspectief, omdat toegang tot (basis)zorg en onderwijs wordt beschouwd als een 'recht' en niet als een 'privilege' dat afhangt van iemands koopkracht. Om dit recht op zorg te waarborgen wordt de zorg grotendeels collectief gefinancierd, naar draagkracht en ongeacht behoefte (ziekerisico). Het gevolg hiervan is dat individuele burgers nauwelijks een prijs ervaren en doorgaans geen idee hebben van de werkelijke prijs (relatieve schaarste) van zorg. Dit impliceert dat de verdeling van schaarse publieke (collectieve) middelen *over* en *in* de zorg collectieve afwegingen en besluitvorming vereist.<sup>9</sup> Als het collectieve zorgbudget wordt verhoogd om meer zorg te kunnen bekostigen, dan gaat dat bij gelijkblijvende inkomsten ten koste van uitgaven aan andere publieke voorzieningen. En als de omvang van het collectieve zorgbudget daarentegen wordt vastgeklonken, om een stijging van de verplichte premies en belastingen te voorkomen, dan betekent meer uitgeven aan de ene vorm van zorg (zoals verpleeghuiszorg) noodzakelijkerwijs minder uitgeven aan een andere vorm van zorg (zoals wijkverpleging). Dat dergelijke keuzes moeilijk zijn, lijdt geen twijfel, maar economische evaluaties helpen om tot een zo objectief mogelijke (politieke) afweging te komen. De kosten en opbrengsten van verschillende alternatieven worden dan tegenover elkaar gezet. Een helder voorbeeld ter illustratie van enkele jaren geleden: berekeningen lieten zien dat met Orkambi, destijds een nieuw medicijn tegen taaislijmziekte, bij ongeveer 750 patiënten 3.480 gezonde levensjaren werden gewonnen voor in totaal € 1,5 miljard, terwijl datzelfde bedrag aan cardiologie uitgeven maar liefst 36.585 extra gezonde levensjaren zou opleveren.<sup>10</sup>

9 W.B.F. Brouwer & M. Varkevisser (2019), 'Gezondheidseconomie en mond-zorg: een inleidende bloemlezing', *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* (126) 2019, p. 285-293.

10 M. Versteegh, 'Vaar niet op deernis voor enkelen bij duur medicijn', *NRC Handelsblad* 16 oktober 2017.

Collectieve besluitvorming over deze verdelingsvraagstukken die in de zorg zo'n prominente rol spelen, is echter inherent lastig omdat er sprake is van 'concentrated benefits' (de baten van zorg komen ten goede aan een beperkte groep patiënten) en 'diffused costs' (de kosten van zorg worden gespreid over het collectief, in casu de gehele bevolking). Doordat op individueel niveau de band tussen betalen en genieten in de zorg bewust is verbroken, tellen voor de individuele gebruiker vooral de baten, omdat de rekening grotendeels bij het collectief kan worden gelegd. Het dilemma hierbij is dat geld geen rol *mag* spelen op individueel niveau om het recht op zorg te waarborgen, maar wel een rol *moet* spelen op collectief niveau om datzelfde recht op zorg te kunnen blijven garanderen. Het kernprobleem is hoe je op collectief niveau een adequate kosten-batenafweging kunt maken die recht doet aan de maatschappelijke voorkeuren over de verdeling van de schaarse middelen. Deze hersenbreker is door de gerenommeerde Amerikaanse gezondheidseconoom Joe Newhouse ruim twintig jaar geleden kernachtig samengevat als het vraagstuk van 'pricing the priceless'.<sup>11</sup>

#### 4 Verdeling schaarse middelen tussen zorg en andere bestedingen

Vanuit economisch perspectief is de vraag dus niet *of* er sprake is van schaarste, maar vooral *hoe* de schaarse middelen moeten worden verdeeld over de zorg en andere (collectieve) bestedingsmogelijkheden. De verdeling van schaarse middelen over de verschillende bestedingscategorieën is in de loop van de tijd sterk veranderd. Zo gaven Nederlandse huishoudens in 1950 nog gemiddeld 30% van hun budget uit aan voedsel<sup>12</sup> en werd slechts 3% van het inkomen per hoofd uitgegeven aan zorg.<sup>13</sup> Inmiddels is het aandeel voedsel gedaald tot circa 11% van het huishoudbudget,<sup>14</sup> terwijl het inkomensaandeel van de zorguitgaven per hoofd van de bevolking is gestegen tot circa 15%.<sup>15</sup> De verplichte zorgpremies vormen dan ook een belangrijke verklaring voor het achterblijven van de groei van het beschikbare huishoudinkomen in de periode 2002-2019:<sup>16</sup> in reële termen per hoofd van de bevolking stegen de collectieve zorguitgaven in deze periode met bijna 70%, terwijl het bruto binnenlands product (bbp) en het beschikbare inkomen van huishoudens met respectievelijk 18,2% en 4,3% toenamen. Het Centraal Planbureau (CPB) voorspelt dat het aandeel van zorguitgaven nog fors verder zal toenemen tot gemiddeld zo'n 26% van het inkomen per hoofd van de bevolking

11 J.P. Newhouse, *Pricing the priceless: A health care conundrum*, Cambridge, MA: MIT Press 2002.

12 CBS, *Smakelijk weten. Trends in voeding en gezondheid*, Den Haag 2012.

13 R. Aalbers & A.F. Roos, *Zorguitgaven, ons een zorg?*, Den Haag: CPB 2022.

14 CBS, *Bestedingen van huishoudens; bestedingscategorieën*, Den Haag 2023.

15 R. Aalbers & A.F. Roos, *Zorguitgaven, ons een zorg?*, Den Haag: CPB 2022.

16 H. Beens & J. Baeten, 'Niet pensioenpremies, maar zorguitgaven remmen beschikbaar inkomen', *ESB* (106) 2021, afl. 4795S, p. 58-62.

in 2060.<sup>17</sup> De voortdurende groei van de zorguitgaven in zowel relatieve als absolute zin heeft onder meer te maken met het arbeidsintensieve karakter van de zorg, de geringe arbeidsproductiviteitsstijging, de toenemende behandelmogelijkheden en de maatschappelijke voorkeuren om hiervoor (grotendeels collectief) te betalen. Gelet op de welvaarts-groei hoeft dit niet per se een probleem te zijn. Want dankzij de verwachte groei van het nationaal inkomen blijft na aftrek van de zorgkosten per hoofd van de bevolking in 2060 in absolute euro's meer te besteden over. Maar de voortdurende stijging van de collectieve zorguitgaven dreigt wel de groeiruimte van andere noodzakelijke of maatschappelijk gewenste collectieve uitgaven sterk in te perken. Waar in 2023 de collectief te financieren nettozorguitgaven<sup>18</sup> nog € 95,5 miljard bedragen, zal dit bedrag bij ongewijzigd beleid in 2028 zijn opgelopen naar € 108,4 miljard.<sup>19</sup> In absolute zin is dit veruit de grootste stijging van alle beleidsterreinen op de rijksbegroting. Veel meer dan bij andere collectieve sectoren (zoals onderwijs) is in de zorg sprake van een automatische stijging als gevolg van het feit dat de vergrijzing tot extra zorgvraag leidt en omdat de uitgaven vanwege de 'open' omschrijving van het basispakket vanzelf meegroeien met de toenemende, veelal duurder behandelmogelijkheden.<sup>20</sup> Aan de stijging van de zorguitgaven ligt veelal dus geen actieve politieke besluitvorming ten grondslag, waardoor een integrale afweging tussen de kosten en baten van alle overheidsuitgaven verstoord wordt.<sup>21</sup> Scherp gesteld: wanneer expliciete beleidskeuzes uitblijven, wordt impliciet ervoor gekozen om van de toenemende welvaart meer te besteden aan zorg en minder aan onderwijs.<sup>22</sup> De gezondheidszorg wordt dan ook wel getypeerd als 'het koekoeksjong' van de begroting. Om de groei van de zorguitgaven in lijn te brengen met de groei van het bbp, en daarmee verdringing van andere collectieve uitgaven of verhoging van de belastingen en/of de staatsschuld te voorkomen zijn in de Wet langdurige zorg

17 R. Aalbers & A.F. Roos, *Zorguitgaven, ons een zorg?*, Den Haag: CPB 2022.

18 'Netto' betekent dat het gaat om de totale collectieve zorguitgaven minus de optelsom van alle eigen betalingen door individuele burgers.

19 Ministerie van Financiën, *Ombuigingslijst 2023*, Den Haag 2023.

20 'Zorg wordt vergoed uit het basispakket, zodra zorgpartijen het erover eens zijn dat deze zorg effectief is. Dat betekent dat kan worden aangenomen dat de zorg werkt en voldoet aan de "stand van de wetenschap en praktijk". Het is belangrijk dat de zorg steeds aansluit bij de meest actuele ontwikkelingen en inzichten in de medische wetenschap. Daarom is het basispakket in de wet open omschreven. Dat houdt in dat het basispakket geen gedetailleerde lijst met behandelingen bevat, maar een aantal criteria waaraan zorg moet voldoen om vergoed te mogen worden' ([www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringwet](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringwet)).

21 B. Jacobs, 'Begrotingsbeleid voor een nieuw kabinet', *ESB* 14 november 2023.

22 K. Kersten, T. van Dijk, W. Hogervorst, N. Muselaers & R. Nissen, 'Niet kiezen in de begroting, is kiezen voor meer zorg en minder onderwijs', *ESB* (106) 2021, afl. 4794, p. 110-111.

(Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) besparingen nodig die oplopen tot respectievelijk € 4,3 miljard en € 3,4 miljard in 2028.<sup>23</sup>

Bovendien heeft collectieve financiering van zorguitgaven een maatschappelijke prijs. Doordat collectieve financiering via belastingen of verplichte zorgpremies een belasting op arbeid impliceert, wordt werken minder aantrekkelijk. Het verlies aan economische activiteit als gevolg van € 1 extra collectieve financiering is geraamd op circa € 0,30.<sup>24,25</sup> Het opofferen van economische groei voor herverdeling, als uitvloeisel van dit verlies aan economische activiteit, hoeft op zich niet problematisch te zijn als dit de uitkomst is van een goed functionerend democratisch proces. De bereidheid hiertoe zal naar verwachting ook afhangen van de vraag of de baten hiervan opwegen tegen de kosten in de vorm van een langer leven, een betere kwaliteit van leven, extra arbeidsdeelname en een hogere productiviteit. Op basis van een inschatting van de kosten en baten van zorg en onder de veronderstelling dat een extra gezond levensjaar € 50.000 waard is, kwam de gezondheidseconoom Marc Pomp ruim tien jaar geleden tot de slotsom dat in Nederland de totale baten van zorg sinds 1950 de totale kosten ruim overtroffen.<sup>26</sup> Nu geldt ook voor de zorg dat rendementen uit het verleden geen garantie zijn voor de toekomst. Maar belangrijker nog is dat een hoog gemiddeld rendement van alle zorguitgaven niet betekent dat ook elke investering rendeert. Opvallend is dat ruim de helft van de gemiddeld gewonnen extra levensjaren die op het conto van de zorg worden geschreven, een gevolg waren van verbeteringen in de zorg bij hart- en vaatziekten en infectieziekten, terwijl de investeringen in deze zorg relatief beperkt waren.<sup>27</sup>

## 5 Hoe moeten de schaarse middelen worden verdeeld?

De hamvraag is dan ook hoe bij een gebrek aan een kosten-batenafweging op individueel niveau op collectief niveau de juiste afweging moet worden gemaakt. Deze vraag is overigens niet nieuw, want al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw – toen de collectieve zorguitgaven sterk toenamen als gevolg van de forse uitbreiding van de sociale ziektekostenverzekering – is kostenbeheersing in de zorg een niet meer weg te denken onderwerp van maatschappelijke en politieke

23 Ministerie van Financiën, *Ombuigingslijst 2023*, Den Haag 2023.

24 B. Jacobs & R. de Mooij, 'De marginale kosten van publieke fondsen zijn gelijk aan één', *ESB* (94) 2009, afl. 4567, p. 532-535.

25 K. Baicker & J. Skinner, 'Health care spending growth and the future of U.S. tax rates', *Tax Policy and the Economy* (25) 2011, afl. 1, p. 39-67.

26 M. Pomp, *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Amsterdam: Balans 2010.

27 E. Schut, 'De houdbaarheid van stijgende zorguitgaven', *ESB* (96) 2011, afl. 4614-4615, p. 448-451.



discussie, die vooral oplaait in tijden van economische recessie. Die discussie heeft in de loop der tijd geleid tot uiteenlopende maatregelen om de groei van de zorguitgaven te beteugelen. In de jaren tachtig en negentig zocht de overheid de oplossing in toenemende aanbodbeperkingen, prijsregulering en budgettering, terwijl vanaf het begin van dit millennium bij de op genezing gerichte (curatieve) zorg vooral werd ingezet op vraagsturing en doelmatigheidsverbetering door de invoering van gereguleerde marktwerking. Dit laatste overigens zonder de kostenbeheersing uit het oog te verliezen. Zo is in 2012 het zogeheten macrobeheersinstrument (mbi) als ‘ultimum remedium’ toegevoegd aan de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit instrument fungeert sindsdien als een belangrijke ‘stok achter de deur’ bij de naleving van de financiële afspraken die opeenvolgende kabinetten met aanbieders in de curatieve zorgsector en zorgverzekeraars in meerdere hoofdlijnenakkoorden, waaronder het in 2022 gesloten Integraal Zorgakkoord (IZA), hebben gemaakt.<sup>28</sup>

Het mbi stelt de overheid in staat om een eventuele overschrijding van het totale uitgavenbudget van een bepaalde zorgsector (zoals medisch-specialistische zorg of geestelijke gezondheidszorg (ggz)) achteraf bij alle zorgaanbieders in de betreffende deelsector terug te vorderen. Dit wettelijke instrument, dat tot op heden in de praktijk nog niet is ingezet, kent echter twee belangrijke risico’s.<sup>29</sup> Ten eerste levert het mbi in theorie een perverse prikkel op voor zorgaanbieders. Een eventuele macrobeheersheffing zal vanwege de generieke toepassing op alle zorgaanbieders in een bepaalde deelsector bij doelmatige zorgaanbieders met een scherpe prijsstelling immers harder aankomen dan bij de zorgaanbieders die met hun gedrag de overschrijding juist (mede) hebben veroorzaakt. Hierdoor zal iedere individuele zorgaanbieder veiligheidshalve de eigen omzet willen vergroten.<sup>30</sup> Ten tweede is de inzet van het mbi ook juridisch kwetsbaar, omdat het op gespannen voet staat met het rechtszekerheidsbeginsel. Weliswaar is vooraf bekend voor welke sectoren een macrobudget van toepassing is, maar individuele aanbieders kunnen niet voorspellen óf hun een macrobeheersheffing zal worden opgelegd. En zo ja, welke omvang die heffing dan zal hebben. Het is dan ook niet voor niets dat

28 Zie [www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf](http://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf).

29 S. van der Geest, J. Rijken, E. Schut & M. Varkevisser, ‘Beheersing zorguitgaven via macrobeheersinstrument is riskant’, *ESB* (103) 2018, afl. 4764, p. 364-367.

30 E. Schut, M. Varkevisser & W. van de Ven, ‘Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen’, *ESB* (96) 2011, afl. 4610, p. 294-297.

het mbi met betrekking tot kostenbeheersing in de op genezing gerichte zorg de ‘nucleaire optie’ wordt genoemd.<sup>31</sup>

Om zonder inzet van het mbi de groei van de uitgaven aan curatieve zorg in toom te kunnen houden, is het daarom van belang dat de onderling concurrerende zorgverzekeraars maximaal worden geprikkeld en gefaciliteerd om met eveneens onderling concurrerende zorgaanbieders scherpe afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en het volume van zorg.<sup>32,33</sup> Meer kwaliteitstransparantie, meer mogelijkheden voor zorgverzekeraars om ondoelmatige zorgaanbieders niet te contracteren (en vergoeden), het beter mogelijk maken van alternatieve (op uitkomsten gerichte) bekostigingsmethoden en daadkrachtig optreden van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) tegen de vorming van machtsposities en mogelijk misbruik van al bestaande machtsposities zijn in dat kader onontbeerlijk.

Vooralsinds de coronapandemie staat het model van gereguleerde marktwerking, en daarmee ook het gestructureerd werken aan de randvoorwaarden ervan, echter ter discussie. Concurrentie zou samenwerking in de weg staan die noodzakelijk is voor een wenselijke transitie naar ‘passende zorg’.<sup>34</sup> In het lijvige IZA, dat in 2022 door de overheid met de zorgsector is overeengekomen om deze transitie mogelijk te maken, komt het woord ‘marktwerking’ precies nul keer voor en is regionale samenwerking het overkoepelende thema.<sup>35</sup> En de RVS noemt in zijn advies *Met de stroom mee* de omslag van ‘concurrentie en fragmentatie’ naar ‘samenwerking en vereenvoudiging’ als een van de noodzakelijke transitieën die nodig zijn om toegankelijkheid van zorg en solidariteit in de zorg ook voor de toekomst te borgen.<sup>36</sup>

31 T. Keyzer, ‘Voordat de bom valt: 5 vragen aan gezondheidseconoom Erik Schut over het macrobeheersinstrument’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (161) 2017, afl. 36, p. 364-365.

32 B. Baarsma, F. de Kam, R. Linschoten, W. VerLoren van Themaat & M. Varkevisser, ‘Opereren binnen zorguitgavenkaders’, *ESB* (97) 2012, afl. 4638, p. 408-411.

33 S. van der Geest, J. Rijken, E. Schut & M. Varkevisser, *Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget*, Erasmus Universiteit Rotterdam/AKD 2017.

34 Zie bijv. <https://nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/mededingingsregels-remmen-uitvoering-integraal-zorgakkoord>.

35 Maar liefst vier onderdelen van het IZA hebben regionale samenwerking als overkoepelend thema. Naast samenwerking in algemene zin, betreft dat samenwerking in de acute zorg, samenwerking bij de totstandkoming van een toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding en samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsen en de ggz.

36 RVS, *Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning* (Publicatienummer: 23-04), Den Haag 2023.

Het staat buiten kijf dat de zorg gebaat is bij samenwerking, zeker gelet op de personele schaarste en de groeiende noodzaak tot coördinatie van zorg voor het groeiende aantal ouderen en patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen die verschillende vormen van zorg nodig hebben. En tot op zekere hoogte staan samenwerking en marktwerking inderdaad op gespannen voet met elkaar, maar dat is zeker niet altijd het geval. Bovendien is het bepleite regionale samenwerkingsmodel vooralsnog onvoldoende uitgewerkt. Zo zijn cruciale vragen over hoe de regionale ordening gestalte moet krijgen nog niet beantwoord. Wie krijgt straks de eindverantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheden in een regio? De grootste zorgaanbieder, de grootste zorgverzekeraar of de grootste gemeente? Hoe wordt de omvang van een regio bepaald? Moeten de regionale afspraken passen binnen een regionaal budget (en wie bepaalt dat budget?) of volgt de financiering de gemaakte afspraken (open eind)? Hoe moet regio-overschrijdende zorg worden georganiseerd en bekostigd, en wie wordt daarvoor verantwoordelijk? Kortom, wie krijgt het aan de regionale ‘rondezorgtafels’ voor het zeggen en hoe worden de schaarse middelen daar verdeeld?

Eerdere pogingen om, in antwoord op al deze vragen, te komen tot een regionaal planningsmodel – zoals de voormalige Wet voorzieningen gezondheidszorg uit 1982 – zijn na jaren van vergaderen hopeloos vastgelopen. Bovendien kent de langdurige zorg al decennialang een regionaal ordeningsmodel, waarbij de zorg wordt ingekocht binnen een regiobudget door niet-risicodragende zorgkantoren, en zijn de ervaringen daarmee niet onverdeeld gunstig. Zo zijn de collectieve uitgaven aan langdurige zorg in Nederland als percentage van het bbp de hoogste ter wereld. Daarentegen zijn de uitgaven voor curatieve zorg – mede dankzij de inspanningen van concurrerende zorgverzekeraars – substantieel lager dan in andere landen met een sociale ziektekostenverzekering en een sterkere regionale of nationale ordeningsstructuur, zoals Duitsland en Frankrijk, terwijl de kwaliteit van zorg in die landen op basis van de meeste beschikbare indicatoren beduidend minder goed scoort.<sup>37</sup>

Evenmin als gereguleerde marktwerking een panacee is en geschikt voor alle zorgsectoren<sup>38</sup> gaat het daarom te ver om alle heil van samenwerking te verwachten.

37 F.T. Schut, C. Henschke & Z. Or, ‘Changing roles of health insurers in France, Germany, and the Netherlands: Any lessons to learn from Bismarckian systems?’, *Health Economics, Policy and Law* (18) 2023, afl. 4, p. 362-376.

38 Zo is gereguleerde marktwerking als ordeningsmodel minder geschikt voor de acute zorg, de ggz, de complexe zorg, de intensieve ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Zie M. Varkevisser, S.A. van der Geest, F.T. Schut & E. Dijkgraaf, *Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg: de deelmarkten spoed-eisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling* (Studies in Economic Policy nr. 11), Rotterdam: OCFEB/Erasmus Universiteit Rotterdam 2003; M. Varkevisser,

Zoals inmiddels ruim tien jaar geleden treffend verwoord door de Amerikaanse gezondheidseconomen Katherine Baicker en Helen Levy:<sup>39</sup>

‘There is thus often – though not always – a trade-off between coordination and competition. Well-integrated provider networks may promote coordinated care that improves the allocation of health care resources, but they are likely to undermine competitive pressures to keep prices down while maintaining high quality. Coordinated systems may thus deliver the right care to the right patient at the right time, but at the wrong price. Competitive markets may do a better job of keeping prices low, but with the well-documented drawbacks of fragmentation.’

Naast een tegenkracht tegen ongebreidelde prijsstijgingen kan marktwerking, mits verstandig gebruikt,<sup>40</sup> eveneens bijdragen aan het oplossen van het personeelstekort in de zorg en het leveren van zorg op maat, aangezien hiervoor creativiteit, innovatie en doelmatigheidsprikkels vereist zijn.<sup>41</sup> Anders gezegd, de veelal gesuggereerde tegenstelling samenwerking versus marktwerking doet geen recht aan de complexe werkelijkheid.

Ook het veelgehoorde argument dat het mededingingstoezicht samenwerking in de zorg onnodig in de weg staat, snijdt geen hout. De manier waarop het kartelverbod door de ACM wordt gehandhaafd, laat juist zien dat zorgaanbieders veel ruimte hebben om te komen tot maatschappelijk gewenste vormen van samenwerking.<sup>42</sup> Hoewel politiek en electoraal aantrekkelijk is het derhalve te simpel om marktwerking, en het bijbehorende mededingingstoezicht, als zondebok te

---

S.A. van der Geest & F.T. Schut, *Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen: de deelmarkt voor reguliere klinische zorg* (Studies in Economic Policy nr. 13), Rotterdam: OCFEB & instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)/Erasmus Universiteit Rotterdam 2004; F.T. Schut, S.A. van der Geest & M. Varkevisser, *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse*, Rotterdam: iBMG 2005; M. Varkevisser, B. Wouterse, E. Schut, S. van der Geest & P. Bakx, *Inkopers van ouderenzorg: prikkels en gedragseffecten*, Rotterdam: ESHPM 2023.

39 K. Baicker & H. Levy (2013), ‘Coordination versus competition in health care reform’, *The New England Journal of Medicine* (369) 2013, afl. 9, p. 789-791.

40 P.P. Barros, W.B.F. Brouwer, S. Thomson & M. Varkevisser, ‘Competition among health care providers: Helpful or harmful?’, *European Journal of Health Economics* (17) 2016, p. 229-233.

41 T. Elferink, E. Schut & W. van de Ven, ‘Concurrentie afschaffen maakt zorg ontoegankelijker’, *Zorgvisie.nl* 17 juli 2023.

42 W. van der Schors, R. Kemp & M. Varkevisser, ‘Toepassing kartelverbod in de zorg laat veel ruimte voor samenwerking’, *ESB* (105) 2020, afl. 4783, p. 127-129.

bestempelen. Samenwerking als alternatief is niet hét wondermiddel waarmee de houdbaarheid van de zorg in de toekomst kan worden gegarandeerd en lastige keuzes dus kunnen worden vermeden. Die zijn (helaas) onvermijdelijk.

## 6 Toekomstige keuzes voor een houdbare zorg

Het kabinet-Rutte IV kondigde bij zijn aantreden in 2022 dergelijke ‘stevige keuzes’ aan. In het coalitieakkoord bleek hier vervolgens echter weinig van.<sup>43</sup> In plaats van de groei van de zorguitgaven af te remmen kozen de coalitiepartijen VVD, D66, CDA en ChristenUnie er juist voor om op korte termijn extra geld aan zorg te gaan uitgeven. Deze (tijdelijke) intensivering zou aan het einde van de reguliere kabinetsperiode – en dus vanaf 2026 – tot steeds verder oplopende structurele besparingen (lees: minder sterke groei) moeten leiden. Door de vroegtijdige val van het kabinet in de zomer van 2023 is onduidelijk in hoeverre deze ambitie ook zou zijn waargemaakt, maar los daarvan waren de voortekeningen niet gunstig. De belangrijkste structurele besparingen die het kabinet op lange termijn ten aanzien van de zorguitgaven had willen realiseren, waren dusdanig onzeker dat de ‘rekenmeesters’ van het CPB hieraan geen opbrengst wilden toekennen.<sup>44</sup> De betreffende beleidsvoornemens, zoals het streven naar passende zorg en het scheiden van wonen en zorg, zijn al decennia oud en de concrete realisatie daarvan is telkens uitgebleven.

Het is dan ook geen verrassing dat zowel de Miljoenennota 2023 als de Miljoenennota 2024 laat zien dat de totale zorguitgaven sterker zijn gegroeid dan eerder was voorzien. Bovendien bleek uit de meest recente begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (september 2023) dat twee grote bezuinigingen in de ouderenzorg inmiddels alweer waren geschrapt, namelijk een korting op de extra investeringen in de verpleeghuiszorg (€ 100 miljoen in 2024, oplopend tot € 350 miljoen in 2026) en de invoering van meerjarencontracten met strakke financiële kaders voor aanbieders van Wlz-zorg (€ 125 miljoen in 2024). Kortom, de uitdagingen voor het nieuw aan te treden kabinet zijn er voor wat betreft de zorguitgaven bepaald niet minder op geworden.

In het advies van de 17e Studiegroep Begrotingsruimte, een ambtelijke werkgroep die zich richt op het bewaken van de langetermijnstabiliteit van de overheidsfinanciën en economie, staat dan ook onomwonden:<sup>45</sup> ‘Zowel vanuit de

43 S. van der Geest, E. Schut & M. Varkevisser, ‘Maakt Rutte IV de stevige keuzes die nodig zijn voor een toekomstbestendige gezondheidszorg?’, *TPE-digitaal* (16) 2022, afl. 1, p. 43-52.

44 CPB, *Analyse coalitieakkoord 2022-2025*, Den Haag 2022.

45 17<sup>e</sup> Studiegroep Begrotingsruimte, *Bijsturen met het oog op de toekomst*, Den Haag 2023.

budgettaire opgave, het toenemend beroep op een toch al krappe arbeidsmarkt als de houdbaarheid van de zorg zijn ombuigingen nodig.’ Om richting te geven aan de beleidskeuzes die dit met zich meebrengt, heeft het Ministerie van Financiën net zoals voor andere beleidsterreinen ook voor de zorg een overzicht van mogelijke beleidsmaatregelen gepubliceerd.<sup>46</sup> Deze ‘menukaart’ van bezuinigingsopties, inclusief financiële onderbouwing, ligt ongetwijfeld bij de formatie op tafel als cijfermatige ondersteuning van het politieke keuzeproces.

De plannen van de politieke partijen (PVV, GroenLinks/PvdA, NSC, BBB) die bij de Tweede Kamerverkiezingen van november 2023 flink meer zetels hebben gewonnen, stellen in dat opzicht echter niet gerust.<sup>47</sup> Van deze vier partijen heeft overigens alleen GroenLinks/PvdA de budgettaire en economische gevolgen van het verkiezingsprogramma door het CPB laten doorrekenen. Voor de zorg laat deze doorrekening zien dat de plannen van GroenLinks/PvdA om (1) het verplichte eigen risico met € 100 te verlagen en (2) het basispakket uit te breiden de uitgaven met € 17,6 miljard doen toenemen.<sup>48</sup> Ter vergelijking: bij het beleidsneutrale basispad van het CPB bedraagt deze toename € 13 miljard. Voor de overige partijen ontbreekt een ‘officiële’ doorrekening, maar kan op basis van de verschillende verkiezingsprogramma’s wel een globale inschatting worden gemaakt van de waarschijnlijke budgettaire effecten van de zorgplannen. Waar bij NSC en BBB de intensiveringen beperkt lijken te blijven tot respectievelijk € +0,5 miljard<sup>49</sup> en € +0,8 miljard<sup>50</sup> ten opzichte van het basispad, hangt aan de meeste concrete zorgplannen van de PVV een zeer fors prijskaartje. Alleen al de afschaffing van het eigen risico (€ +5,7 miljard) en de uitbreiding van het basispakket met tandheelkundige zorg voor volwassenen (€ +1,7 miljard)<sup>51</sup> leiden bij elkaar tot ruim € 7 miljard hogere collectief gefinancierde zorguitgaven.<sup>52</sup> Uitgaande van circa 14,5 miljoen premiebetalers zou dat neerkomen op een toename van de jaarlijkse zorgpremie met ongeveer € 510, waarvan conform de huidige wetgeving € 379 in de nominale premie moet worden verrekend en de overige € 131 door de inkomensafhankelijke premie moet worden opgebracht (en daarmee voorname-

46 Ministerie van Financiën, *Ombuigingslijst 2023*, Den Haag 2023.

47 Zie ook de analyse in Gupta Strategists, *Analyse verkiezingsprogramma’s 2023 – definitieve versie. Een toekomstbestendige zorg?*, Amsterdam 2023.

48 CPB, *Keuzes in Kaart 2025-2028. Economische analyse van verkiezingsprogramma’s*, Den Haag 2023.

49 Zie [https://wbcs99etc.files.wordpress.com/2023/10/nsc\\_def.pdf](https://wbcs99etc.files.wordpress.com/2023/10/nsc_def.pdf).

50 Zie [https://wbcs99etc.files.wordpress.com/2023/09/bbb\\_c.pdf](https://wbcs99etc.files.wordpress.com/2023/09/bbb_c.pdf).

51 Dit betreft de tandheelkundige zorg zoals die in de basisverzekering nu alleen geldt voor kinderen onder de 18 jaar.

52 Zie [https://wbcs99etc.files.wordpress.com/2023/11/pvv\\_def\\_def-def.pdf](https://wbcs99etc.files.wordpress.com/2023/11/pvv_def_def-def.pdf).

lijk voor rekening komt van de werkgevers).<sup>53</sup> Vooral de voorgenomen afschaffing van het eigen risico is hier debet aan: dit leidt namelijk niet alleen tot € +3,6 miljard hogere collectieve zorguitgaven omdat de opbrengsten van het eigen risico wegvallen, maar volgens het CPB ook tot € +2,1 miljard hogere uitgaven door extra gebruik van zorg vanwege het wegvallen van het remgeldeffect (oftewel extra gebruik van zorg doordat vraag naar zorg niet langer wordt ‘afgeremd’ door een eigen risico).<sup>54,55</sup> Ondanks het zeer forse prijskaartje is op 13 december 2023 in de Tweede Kamer een gezamenlijk door de SP en Partij voor de Dieren ingediende motie aangenomen om het eigen risico ‘zo snel mogelijk’ af te schaffen.<sup>56</sup> In reactie op deze motie wijst de minister van VWS<sup>57</sup> erop dat de afschaffing van het eigen risico naar verwachting zal leiden tot hogere zorguitgaven door een vermindering van het kostenbewustzijn van verzekerden. Voorts waarschuwt de minister dat door de afschaffing van het eigen risico de nominale premie zal stijgen met ongeveer € 300, waardoor er veel verzekerden op achteruit zullen gaan, terwijl slechts een deel van de verzekerden hiervan beperkt zal profiteren.<sup>58</sup> Bovendien zal de extra zorgvraag die door het verminderde kostenbewustzijn zal ontstaan kunnen leiden tot langere wachtlijsten en daarmee ook de toegankelijk-

- 
- 53 In de Zvw is vastgelegd dat via de inkomensafhankelijke premie evenveel inkomsten worden gegenereerd als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage kinderen samen, de zogeheten 50/50-verdeling. Bij een afschaffing (of verlaging) van het eigen risico volgt hieruit dat de gemiste opbrengsten volledig ten laste komen van de nominale premie. De extra zorguitgaven die het gevolg zijn van het weggefallen (of verminderde) ‘remgeldeffect’ komen wel voor 50% ten laste van de inkomensafhankelijke premie.
- 54 Zie het antwoord op vraag 65 in Ministerie van Financiën, *Antwoorden Feitelijke Kamervragen: Miljoenennota 2024*, Den Haag 2023.
- 55 Overigens is het omgekeerde natuurlijk ook het geval: een verhoging van het eigen risico met € 100 zal de collectief te financieren zorguitgaven structureel met € 1,4 miljard doen afnemen en dus tot substantieel lagere zorgpremies leiden; zie Ministerie van Financiën, *Ombuigingslijst 2023*, Den Haag 2023.
- 56 *Kamerstukken II 2023/24*, 36471, nr. 9.
- 57 VWS, ‘Reactie op motie Dijk (SP) en Ouwehand (PvdD) (Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr.9)’ (brief aan de Tweede Kamer), Den Haag, 22 december 2023.
- 58 Omdat de zorgtoeslag wordt gebaseerd op de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico zal de stijging van de nominale premie als gevolg van een afschaffing van het eigen risico slechts ten dele worden gecompenseerd door een hogere zorgtoeslag, namelijk alleen voor zover de premiestijging een gevolg is van het wegvallen van het remgeldeffect (E. Schut, De zorgtoeslag: Een waarborg voor betaalbaarheid met tekortkomingen, *VGE Bulletin* (40) 2023, afl. 1, p. 9-11). Dit betekent dat voor veel lage inkomensgroepen (bijvoorbeeld de meeste jongeren) de lasten als gevolg van het afschaffen van het eigen risico aanzienlijk zullen stijgen.

heid en kwaliteit van zorg onder druk zetten. Voorts merkt de minister op dat het aandeel van de eigen betalingen in de totale zorguitgaven in Nederland met circa 9% beduidend lager ligt dan het EU-gemiddelde van 18%. Ten slotte wijst de minister de Kamer erop dat een afschaffing van het eigen risico vraagt om zowel een deugdelijke financiële dekking als een aanpassing van de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarvoor normaal gesproken minimaal 1,5 jaar staat.

Niet alleen de collectief gefinancierde zorguitgaven vormen een uitdaging voor de toekomst. De personele houdbaarheid zorgt voor nog grotere problemen. De oplopende wachtlijsten zijn hiervan slechts een eerste voorbode. Hoewel zeker behulpzaam, heeft overheidsbeleid tot op heden slechts een bescheiden effect gehad: over de deelsectoren in de zorg heen blijven de personeelstekorten namelijk substantieel en hardnekkig. Volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) zal zonder ingrijpen in 2030 ongeveer 20% van de totale Nederlandse beroepsbevolking nodig zijn om aan de zorgvraag te voldoen, terwijl dit percentage naar verwachting verder zal oplopen tot meer dan 30% in 2060.<sup>59</sup> Dit is zowel onrealistisch als onwenselijk vanuit algemeen economisch perspectief en vanuit het perspectief van andere (publieke) sectoren zoals het onderwijs. In het IZA is daarom afgesproken de huidige een op zes werknemers in de zorg als uitgangspunt te houden: ‘We zullen dus met grofweg hetzelfde aantal mensen aan de groeiende zorgvraag moeten voldoen.’

De ‘verandering’ die dit vereist, vormt echter een flinke uitdaging. Het blijkt namelijk dat het verwachte personeelstekort de komende tien jaar onverminderd groot blijft en naar verwachting vooral na 2025 verder zal toenemen.<sup>60</sup> Voor 2033 wordt, afhankelijk van de effecten van beleidsmaatregelen op basis van onder andere het IZA en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), een tekort geraamd van bijna 190.000 tot circa 195.000 werknemers. De grootste tekorten zijn te verwachten in de ouderenzorg, maar in bijna alle deelsectoren van de zorg nemen op de langere termijn de tekorten toe. In absolute aantallen zijn de verwachte tekorten het grootst bij verzorgenden mbo 3 en verpleegkundigen (mbo, hbo en gespecialiseerd). In relatieve zin zijn de verwachte tekorten vooral groot voor de beroepsgroepen specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, huisarts, sociaal geneeskundige en voor ggz-beroepen (gz-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, verslavingsarts en psychotherapeut). De in het IZA afgesproken beleidsmaatregelen om de personeelstekorten te verminderen, sorteren met een verwachte tekortreductie van per saldo ruim 5000 werknemers maar weinig effect.

59 WRR, *Kiezen voor houdbare zorg*, Den Haag 2021.

60 VWS, ‘Arbeidsmarktprognose zorg en welzijn 2023’ (brief aan de Tweede Kamer), Den Haag, 21 december 2023.



Een mogelijk veelbelovende manier om de (verwachte) personeelstekorten in de gezondheidszorg terug te dringen, is het toenemend gebruik van medische technologieën. Volgens onderzoek van Gupta Strategists – uitgevoerd in opdracht van FME, de Nederlandse werkgeversorganisatie voor de technologische industrie – bieden bestaande medische technologieën (zoals telemonitoring en sociale robots) mogelijkheden om in 2031 ongeveer 110.000 werknemers in de gezondheidszorg vrij te maken.<sup>61</sup> Dit zou bijna voldoende zijn om het verwachte arbeidstekort op te lossen. Hoewel de voordelen van arbeidsbesparende technologie – en arbeidsbesparende therapeutische interventies<sup>62</sup> – nu zeker nog niet volledig worden benut, lijkt het onwaarschijnlijk dat deze weg volstaat.

Naast innovatie is ook een verschuiving noodzakelijk naar meer preventie en demedicalisering (waarbij voorkomen wordt dat problemen op een medische manier worden behandeld terwijl dat eigenlijk niet nodig is). Vooral in de ouderenzorg is het versterken van de rol van de sociale omgeving van belang om de toenemende druk op de vraag naar schaars zorgpersoneel te verlichten. Dit vereist ook dat sterk wordt ingezet op de totstandkoming van nieuwe woonvormen die gemeenschapszin bevorderen. Het door het Ministerie van VWS geïnitieerde actieprogramma WOZO vormt hiertoe een belangrijke aanzet. In een recent advies heeft de NZa echter aangegeven dat ook hiervoor scherpere keuzes noodzakelijk zijn. Zo zijn de huidige aanspraken op Wlz-zorg te vrijblijvend omdat zij de keuze van de leveringsvorm, woonvorm, zorgaanbieder en locatie volledig vrijlaten, ongeacht het type cliënt.<sup>63</sup> De NZa geeft aan dat dit leidt tot willekeur, ongelijkheid en vervaging in het onderscheid tussen leveringsvormen en tot onvoldoende sturingsmogelijkheden voor de overheid en de zorgkantoren die voor de inkoop van Wlz-zorg verantwoordelijk zijn. De NZa pleit daarom voor een scherpere afbakening in de aanspraken op Wlz-zorg door te specificeren welke leveringsvorm, woonvorm en zorgaanbieder toegankelijk zijn voor welk type cliënt, afhankelijk van diens zorgzwaarte en woonsituatie. De door het uitgaande kabinet ingestelde technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven (TWMZ) – bestaande uit ambtenaren van de Ministeries van Algemene Zaken, Financiën en VWS aangevuld met expertise vanuit het CPB – pleit in het verlengde hiervan om in de Wlz-aanspraak ook rekening te houden met sociale context en om gebruikelijke zorg en mantelzorg, zoals tot 2015 het geval was in de toenmalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), mee te wegen bij de toegang tot de Wlz.<sup>64</sup>

61 Gupta Strategists, *Uitweg uit de schaarste: over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg*, Amsterdam 2022.

62 Zie [www.vereniginginnovatievegeneesmiddelen.nl/actueel/tekort-zorgpersoneel-daalt-met-14-door-gepast-gebruik-medicijnen](http://www.vereniginginnovatievegeneesmiddelen.nl/actueel/tekort-zorgpersoneel-daalt-met-14-door-gepast-gebruik-medicijnen).

63 NZa, *Scheiden wonen en zorg in de verpleging en de verzorging*, Utrecht 2023.

64 TWMZ, *Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven*, Den Haag 2023.

Bovendien is de kosteneffectiviteit van veel zorginnovaties nog onduidelijk. Met andere woorden, staan de kosten ervan in verhouding tot de (verwachte) opbrengsten in termen van gezondheidswinst, lagere zorguitgaven en/of arbeidsbesparingen? Alleen dan immers dragen dergelijke innovaties op een houdbare manier bij aan het verminderen van schaarste. Chandra en Skinner laten op basis van een groot aantal studies zien dat voor een substantieel deel van medische behandelingen en technologieën geldt dat de effectiviteit voor patiënten onbewezen, gering of zelfs contraproductief is, terwijl de kosten vaak hoog zijn.<sup>65</sup> Daarnaast zijn er ook veel behandelingen en technologieën die zeer effectief zijn voor bepaalde indicaties (patiënten), zoals dotteren en antidepressiva, maar ook veelvuldig worden toegepast bij patiënten voor wie het effect gering is (ineffectieve indicatieverbreding).

Vanwege de eerder besproken ‘open’ omschrijving van het basispakket worden nieuwe, veelal duurder, behandelmogelijkheden vaak automatisch tot het pakket toegelaten en vergoed. Alleen dure innovatieve geneesmiddelen worden expliciet beoordeeld op kosteneffectiviteit alvorens zij – eventueel na afdwongen prijsskortingen – worden toegelaten tot het basispakket. Voor de overige behandelingen en technologieën ontbreekt een dergelijke toets. Evenmin wordt getoetst of eenmaal toegelaten behandelingen en technologieën (kosten)effectief zijn of (kosten)effectief worden toegepast. Het ontbreekt dus aan evidentie op basis waarvan behandelingen en technologieën eventueel uit het basispakket zouden moeten worden verwijderd of hun vergoeding zou moeten worden beperkt tot indicaties waarbij de toepassing bewezen effectief is. Bovendien kan het toelatingscriterium dat het moet gaan om ‘zorg die professionals plegen te bieden’ ook waardevolle innovaties belemmeren vanwege het zogeheten ‘*not-invented-here*-syndroom’, wat inhoudt dat het in de praktijk moeilijk blijkt om vernieuwingen te verspreiden naar andere plekken dan waar ze zijn ontwikkeld.<sup>66</sup> Een aanpassing van de huidige wijze van pakketbeheer is dus wenselijk, al is dit gelet op de al decennialange discussies hierover bijzonder complex.

Kortom, linksom of rechtsom zullen voor wat betreft de zorg lastige keuzes over de inzet van schaarse financiële middelen en mensen onvermijdelijk blijken. In

65 A. Chandra & J. Skinner, ‘Technology growth and expenditure growth in health care’, *Journal of Economic Literature* (50) 2012, afl. 3, p. 645-680.

66 S. Allers, F. Eijkenaar, E.M. van Raaij & F.T. Schut, ‘The long and winding road towards payment for healthcare innovation with high societal value but limited commercial value: A comparative case study of devices and health information technologies’, *Technology in Society* (75) 2023/102405. Meer algemeen blijkt uit deze studie dat innovaties met veel toegevoegde waarde in termen van gezondheidswinst maar weinig commerciële waarde vaak sneuvelen door een gebrek aan financieringsmogelijkheden.

een recent rapport schetst de ambtelijke TWMZ verschillende keuzemogelijkheden gericht op het verbeteren van de beheersbaarheid van de zorg op langere termijn.<sup>67</sup> Voor de curatieve zorg zijn dat expliciete keuzes over het verzekerde pakket (criteria, instroom, kwaliteitsnormen), het aanpakken van knelpunten die in de weg staan van passende zorg,<sup>68</sup> en actievere overheidssturing op het aanbod van zeer specialistische zorg. Als keuzemogelijkheden voor de langdurige zorg worden genoemd: scherpere keuzes over wie recht hebben op welke collectief gefinancierde zorg, het overhevelen van bepaalde zorg naar een stelsel met betere prikkels en verbeteringen in het huidige stelsel.

In het verlengde hiervan hebben wij, samen met andere collega's van de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), in opdracht van bovengenoemde werkgroep specifiek gekeken naar de prikkels die zorginkopers onderkennen en de gedragseffecten waarmee rekening moet worden gehouden bij beleidsmaatregelen met betrekking tot de inkoop van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor ouderen.<sup>69</sup> Uit ons onderzoek blijkt dat bepaalde ongewenste gedragingen van zorginkopers een serieus risico vormen voor het borgen van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) in ieder van de drie domeinen waarmee de ouderenzorg nu te maken heeft.<sup>70</sup> De meeste risico's worden veroorzaakt door een (complex) samenspel van verschillende prikkels en omstandigheden. Hoewel de risico's op ongewenst gedrag mogelijk kleiner zijn in het ene dan in het andere domein, is een stelselwijziging voor de ouderenzorg mede hierdoor niet per se de enige of de beste oplossing. Een complicerende factor daarbij is dat vanuit de economische theorie best goed zicht bestaat op de (effecten van) belangentegenstellingen en informatieasymmetrie, maar dat het

---

67 TWMZ, *Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven*, Den Haag 2023. Op korte termijn, zo stelt de werkgroep, kan alleen worden gekozen voor aanpassingen van het eigen risico en het verzekerde pakket.

68 Hierbij moet dan bijv. gedacht worden aan alternatieve bekostiging van zorg zodat de financiële prikkels voor (individuele of samenwerkende) zorgaanbieders meer in lijn komen met de overkoepelende doelen van het zorgstelsel. Recent onderzoek van BUNDLE, een academisch expertisecentrum van Health Campus Den Haag en ESHPM, heeft veel kennis opgeleverd over welke factoren en mechanismen van belang zijn bij het ontwikkelen en implementeren van alternatieve waardegedreven vormen van bekostiging in plaats van de huidige, veelal volumegedreven bekostigingsmethoden. Zie D. Cattel, C. Hendriks, F. Eijkenaar, S. Steenhuis, M. Vugts, C. Gajadien & J. Struijs, *Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren*, Rotterdam/Den Haag: ESHPM/Health Campus Den Haag/Expertisecentrum BUNDLE 2023.

69 M. Varkevisser, B. Wouterse, E. Schut, S. van der Geest & P. Bakx, *Inkopers van ouderenzorg: prikkels en gedragseffecten*, Rotterdam: ESHPM 2023.

70 Te weten de Zvw, Wlz en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

empirische zicht op de omvang van deze problemen in de praktijk wisselend is. Dit maakt het moeilijk om de effecten van stelselwijzigingen vooraf goed in te kunnen schatten.

## 7 Conclusie

In onze bijdrage hebben we vanuit een economisch perspectief gekeken naar schaarste in de zorg. We hebben laten zien dat, zelfs wanneer geen sprake zou zijn van absolute schaarste, lastige keuzes over de verdeling van financiële middelen en personeel onvermijdelijk zijn. Niet alleen tussen de zorg en andere eveneens nuttige bestedingsmogelijkheden, maar ook binnen de zorg. Collectieve besluitvorming hierover blijkt helaas echter te vaak heel lastig. De afgelopen verkiezingscampagne was in dat opzicht exemplarisch. De door adviesorganen, ambtenaren en wetenschappers zoals (gezondheids)economen breedgedragen opvatting dat scherpe keuzes nodig zijn om de schaarse middelen zo goed mogelijk te besteden en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te kunnen waarborgen, was in de debatten veelal ver te zoeken. Sterker nog, afgaande op de beloftes in de verkiezingsprogramma's lijken de bomen bij sommige partijen tot in de hemel te groeien. Helaas is de werkelijkheid anders. Het nieuwe kabinet zal, linksom of rechtsom, vanuit het maatschappelijk belang een aantal moeilijke afwegingen moeten maken om de toekomst van de gezondheidszorg met vertrouwen tegemoet te kunnen zien. In de voorafgaande paragrafen hebben we – voortbouwend op de verschillende adviezen en onderzoeksrapporten die de afgelopen tijd zijn verschenen over een vergroting van de financiële en personele houdbaarheid van de zorg – een flink aantal aanbevelingen gedaan die een nieuw kabinet hierbij ter harte kan nemen. Vanuit economisch perspectief zouden gezondheidsjuristen een belangrijke rol kunnen spelen bij het nadenken over (1) het aanpassen van de in- en uitstroomcriteria van het basispakket in overeenstemming met het streven naar 'passende zorg', (2) het aanscherpen van de aanspraken in de Wlz om de financiële houdbaarheid van de ouderenzorg te vergroten en alternatieve woonvormen te bevorderen, (3) eventuele (tijdelijke) aanpassingen van de huidige wet- en regelgeving om verdergaande maatschappelijk gewenste vormen van (domeinoverstijgende) samenwerking te faciliteren, en (4) de juridische vormgeving van een effectieve regionale orderingsstructuur met een goede balans tussen gereguleerde marktwerking en samenwerking.

## Deel 2

### **Beslissen over toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg in de spreekkamer: een ethisch perspectief**

Krista Tromp\*

---

\* Dr. K. Tromp werkt als medisch ethicus op de afdeling Medische Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde in het Erasmus MC en bij artsenfederatie KNMG. Deze bijdrage is op persoonlijke titel geschreven; de hier geuite ideeën zijn van de auteur zelf en weerspiegelen niet het standpunt van het Erasmus MC of de artsenfederatie KNMG.



## 1 Inleiding

‘Wij, dokters, zijn graag de helden van de individuele patiënt. Maar bedenk eens dat voor elke patiënt tegenover je er even zoveel zijn met dezelfde – of zelfs een ernstigere – hulpvraag die je niet ziet. De verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg ligt mede bij ons, hoe ongemakkelijk dat ook lijkt.’<sup>1</sup>

Deze woorden schreef Toosje Valkenburg, huisarts, recent in haar column in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Het verwoordt voor mij precies het lastige ethische dilemma waar artsen voor staan wanneer we het hebben over het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg. Juist nu ons Nederlandse zorgsysteem piept en knarst, met de huidige krapte op de arbeidsmarkt, groeiende wachtlijsten en oplopende tekorten aan medicijnen. Maar ook met de steeds complexere zorgvragen en groeiende wensen en verwachtingen van wat de zorg ons kan bieden, is de vraag hoe we de zorg toegankelijk en beschikbaar houden relevanter dan ooit. Daar komt bij dat de vraag naar zorg in theorie oneindig is, en we dus in essentie altijd te maken hebben met schaarste in de gezondheidszorg.<sup>2</sup>

In ieder gezondheidszorgsysteem, klein of groot, overbelast of niet, worden continu beslissingen genomen over het al dan niet inzetten van middelen. Beslissingen die bepalen wie uiteindelijk welke zorg krijgt, worden genomen door vele verschillende actoren en op allerlei niveaus binnen ons zorgsysteem.<sup>3</sup> Denk aan overheidsbeslissingen over het eigen risico, keuzes over te verzekeren zorg door het zorginstituut, pakketkeuzes in de zorgverzekering, ziekenhuisbudgetten, prioritering op wachtlijsten, maar ook zorgprofessionals die beslissen hoe ze hun beperkte tijd inzetten. Dit soort beslissingen zijn ethische keuzes: zowel de inhoud (wát is een rechtvaardige verdeling van middelen?) als de procedure (hóé bepalen we wat een rechtvaardige verdeling is?) van die beslissingen is ethisch geladen.<sup>4</sup>

In deze bijdrage richt ik mij op de rol van de arts in dit soort beslissingen. Hebben artsen een rol in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg? En als dat zo is, op welke manieren kunnen zij hun rol vormgeven? Welke ethische haken en ogen zitten hieraan?

---

1 T. Valkenburg, ‘Artseneed’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (167) 2023/B2292.

2 WRR, *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (Rapport nr. 104), Den Haag 2021.

3 WRR, *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (Rapport nr. 104), Den Haag 2021.

4 CEG, *Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg* (CEG-Signalement), 2023.

Dit doe ik als volgt:

1. Eerst reflecteer ik over de wijze waarop beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg een rol hebben in hun professie volgens enkele ethische codes voor artsen.
2. Vervolgens bespreek ik hoe de *rule of rescue* hierin (al dan niet gewenst) een rol speelt en wat morele stress met artsen doet in het kader van schaarste.
3. Tot slot bespreek ik een aantal wijzen waarop de rol van de arts bij de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg ingevuld kan worden en wat hier enkele ethische aandachtspunten bij zijn.

Met deze bijdrage ambieer ik verre van volledig te zijn, of een gehele verdieping te geven van alle lastige ethische keuzes die we in de maatschappij zullen moeten maken om de zorg beschikbaar en toegankelijk te houden. Wel wil ik reflecteren op de rol die artsen hierin kunnen en moeten hebben. Op welke manier kunnen artsen hun rol vormgeven in het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg? En hoe willen wij het systeem inrichten om deze keuzes rondom beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te maken in tijden van schaarste?

## 2 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg: ethische codes voor artsen

Laten we als eerste eens kijken naar enkele belangrijke maatgevende documenten met ethische uitgangspunten voor artsen, gemaakt door artsen zelf. Ziet de beroepsgroep zelf een rol voor zich weggelegd in het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg? En zo ja, hoe formuleert de beroepsgroep zelf deze rol? Om bij de basis te beginnen richt ik mij hier op vier documenten van de artsenfederatie KNMG, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de World Medical Association (WMA), die richting geven aan het handelen van artsen en omschrijven welke waarden leidend zijn in hun professie. Ik kies voor deze documenten omdat zij gezaghebbend zijn binnen de beroepsgroep, als basis dienen voor vele andere richtinggevende documenten voor artsen én door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld (dus vóór artsen dóór artsen). Het zijn uitgangspunten waar de beroepsgroep zich zelf naar conformeert en die hun niet door andere partijen worden opgelegd. Daarnaast is een aantal van deze documenten ook recent herzien en geeft dus een actueel beeld van de heersende beroepsethiek.<sup>5</sup>

---

5 Ik bespreek eerst de Nederlandse documenten en ga vervolgens naar de internationale documenten van de WMA en bespreek daarbinnen de documenten chronologisch op jaar van herziening. Ik start met de Nederlandse documenten omdat ik merk dat deze bekender zijn bij de beroepsgroep dan de internationale codes.



## 2.1 *KNMG-Gedragscode voor artsen*

De KNMG-Gedragscode voor artsen is een van de leidende documenten voor het professioneel handelen van artsen in Nederland.<sup>6</sup> De Gedragscode geeft aan wat de beroepsgroep belangrijk vindt in de uitoefening van het vak in relatie tot patiënten, de samenleving en collega's. De Gedragscode is in 2022 herzien en bevat sindsdien vijftien kernregels die voortvloeien uit heersende waarden en normen binnen de beroepsgroep. Kernregel 2 maakt expliciet duidelijk dat artsen een rol voor zichzelf zien in het beschikbaar en toegankelijk houden van de gezondheidszorg:<sup>7</sup>

'2. Als arts draag je bij aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Je behandelt iedereen in gelijke gevallen gelijk en in ongelijke gevallen ongelijk, en je discrimineert dan ook niet.'<sup>8</sup>

De toelichting van die kernregel onderstreept dat het van belang is dat iedereen die dat nodig heeft zorg krijgt en die zorg ook rechtvaardig verdeeld wordt. En dat artsen hierin expliciet een verantwoordelijkheid hebben: door een rechtvaardig zorgsysteem te bevorderen en bij te dragen aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Dit is dus niet enkel een appel voor de noodzaak tot en het belang van een rechtvaardig systeem, de arts is volgens deze kernregel daarvoor ook (mede)verantwoordelijk. Daarnaast wordt in de toelichting van de kernregel duidelijk dat deze verantwoordelijkheid zowel over formele rechtvaardigheid (gelijken gelijk behandelen en ongelijken ongelijk) als over verdelende rechtvaardigheid (hoe verdelen we de middelen in een rechtvaardig systeem?) gaat. Waarbij expliciet wordt gemaakt dat de overheid er in de eerste plaats is om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Maar dat artsen hier op verschillende manieren aan bijdragen. Kernregel 2 maakt dus expliciet dat artsen medeverantwoordelijk zijn voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg.

## 2.2 *Nederlandse artseneed*

Als we het over ethische codes hebben die relevant zijn voor Nederlandse artsen is het toch ook van belang de Nederlandse artseneed te benoemen (meest recente herziening in 2019).<sup>9</sup> Ik weet dat de Nederlandse artseneed geen zelfstandige

6 Artsenfederatie KNMG, *KNMG-Gedragscode voor artsen*, 2022.

7 Zie ook [www.knmg.nl/actueel/dossiers/gedragscode-voor-artsen/kernregel02](http://www.knmg.nl/actueel/dossiers/gedragscode-voor-artsen/kernregel02).

8 Artsenfederatie KNMG, *KNMG-Gedragscode voor artsen*, 2022.

9 NFU, *Nederlandse artseneed*, 2019.

juridische betekenis heeft; ook zonder het afleggen van de eed kan een arts zich inschrijven in het BIG-register. Maar het afleggen van de artseneed geeft op herkenbare wijze invulling en uitdrukking aan wat artsen belangrijk vinden in de praktijk en aan hun gedeelde morele waarden binnen de beroepsgroep.<sup>10</sup> Ik zie ook dat artsen bij ethische dilemma's vaak hun argumenten ondersteunen met elementen uit de artseneed. Het is voor hen een belangrijk document met gedeelde waarden en het kan als inspiratiebron dienen voor concretisering in beroepsnormen. En als we dan kijken naar die gedeelde waarden, zijn ook in de Nederlandse artseneed de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg terug te vinden:

'Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen (...).'<sup>11</sup>

Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg bevorderen als arts wordt expliciet benoemd als een uitgangspunt in de artseneed. En daarnaast wordt er een appel gedaan op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de arts door een verband te leggen met een verantwoordelijkheid naar de samenleving toe. Dus ook in dit basisdocument is een rol terug te zien voor de arts.

### 2.3 WMA *International Code of Medical Ethics*

Ook internationaal maakt de beroepsgroep met elkaar afspraken over wat zij ethisch gezien professioneel gedrag vinden. In de WMA, waar een groot deel van de nationale artsverenigingen in de wereld lid van is, wordt geprobeerd met elkaar gedeelde ethische uitgangspunten, waarden en normen te formuleren. Een van deze gezaghebbende documenten betreft de WMA *International Code of Medical Ethics*, recent herzien in 2022. Dit document werkt de belangrijkste ethische principes voor artsen uit aan de hand van veertig gedeelde regels. Ook deze WMA *International Code of Medical Ethics* heeft oog voor de rol van de arts in het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg. *General principles* 2 en 3 zijn hierin van belang:

'2. The physician must practice medicine fairly and justly and provide care based on the patient's health needs without bias or engaging in discriminatory conduct on the basis of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political

---

10 L. Schuitmaker, V. Derckx, K. Zetsma & K. Tromp, 'Vernieuwde KNMG-Gedragcode voor Artsen. Een leidraad voor professioneel handelen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (167) 2023/D7079.

11 NFU, *Nederlandse artseneed*, 2019.

affiliation, race, culture, sexual orientation, social standing, or any other factor.’

‘3. The physician must strive to use health care resources in a way that optimally benefits the patient, in keeping with fair, just, and prudent stewardship of the shared resources with which the physician is entrusted.’<sup>12</sup>

*General principle 2* benoemt expliciet dat een arts zijn professie eerlijk en rechtvaardig (‘fairly and just’) moet uitvoeren, waarna er een uitleg volgt over het niet geoorloofd zijn van discrimineren. Deze regel geeft dus een uitwerking van formele rechtvaardigheid en wat dat betekent voor de arts (gelijken gelijk behandelen en ongelijken ongelijk). Vervolgens komt in *general principle 3* het concept van verdelende rechtvaardigheid terug, dus de manier waarop we de middelen verdelen. Hierin wordt de arts gevraagd om te streven naar het inzetten van de middelen op een eerlijke, rechtvaardige en prudente manier. Door ook het gebruik van het woord ‘shared’ wordt nogmaals benadrukt dat het om gezamenlijkheid gaat en niet enkel om het individu. De WMA International Code of Medical Ethics geeft de arts dus duidelijk een rol in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg door het te koppelen aan rechtvaardigheid.

#### 2.4 WMA Declaration of Geneva

De Declaration of Geneva kan gezien worden als de artseneed van de WMA en is in 2017 herzien.<sup>13</sup> De WMA Declaration of Geneva omvat de *physician’s pledge*, waarin in een aantal zinnen de belangrijkste ethische uitgangspunten voor een arts worden benoemd, en heeft net als de Nederlandse artseneed een belangrijke symbolische functie. Deze *physician’s pledge* wordt bijvoorbeeld ieder jaar bij de General Assembly van de WMA gezamenlijk uitgesproken door alle leden (voorzitters van de aangesloten nationale artsenverenigingen).<sup>14</sup> De WMA International Code of Medical Ethics wordt gepresenteerd door de WMA als de uitwerking van de Declaration of Geneva. De WMA Declaration of Geneva geeft de basale ethische uitgangspunten, die vervolgens zijn uitgewerkt in de WMA International Code of Medical Ethics. Het is dan ook opvallend om te zien dat, in tegenstelling tot de WMA International Code of Medical Ethics, de WMA Declaration of Geneva met geen woord rept over toegankelijkheid en beschikbaarheid van

12 WMA, *International Code of Medical Ethics*, Berlin 2022.

13 WMA, *Declaration of Geneva*, Chicago 2017.

14 Zo ook bij de jaarvergadering van de Europese artsenorganisatie CPME (Standing Committee of European Doctors). In de CPME zijn nationale artsenorganisaties uit 28 Europese landen verenigd, waaronder de KNMG namens Nederland.

zorg. De Declaration of Geneva benoemt dus ook geen rol voor de arts in de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg. Hierin lijken de twee documenten toch uit elkaar te lopen. Waarschijnlijk is dit een consequentie van het herzien van documenten na elkaar (WMA Declaration of Geneva: laatste revisie in 2017; WMA International Code of Medical Ethics: laatste revisie in 2022). De WMA Declaration of Geneva heeft nog een zeer individuele benadering met de focus op *'my patient'* en de WMA International Code of Medical Ethics lijkt met de recente herziening meer te zijn opgeschoven naar ook het betrekken van andere patiënten, toekomstige patiënten en een verantwoordelijkheid naar de maatschappij.<sup>15</sup> Het is interessant om te bezien of deze shift ook zal gaan plaatsvinden in de WMA Declaration of Geneva, wanneer deze over enkele jaren weer wordt herzien. Ik ben benieuwd of de ethische uitgangspunten rondom beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, nu dus uitgewerkt in de WMA International Code of Medical Ethics, dan ook opgenomen zullen worden in de WMA Declaration of Geneva.

## 2.5 *Samenvattend*

Het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg is op dit moment een belangrijk thema in de maatschappij. Hoe kunnen we de zorg zo inrichten dat deze houdbaar is, ook in de toekomst. Ik heb met bovenstaand overzicht willen illustreren dat artsen daar een rol voor zichzelf in zien. Bovenstaande ethische documenten, opgesteld door de beroepsgroep zelf, maken duidelijk:

1. dát artsen een rol zien voor zichzelf in het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg; en
2. dat dat om een rol bij zowel formele rechtvaardigheid als verdelende rechtvaardigheid gaat.

Maar wát deze rol dan precies zou moeten zijn en waar die tot uiting zou moeten komen, wordt niet ingevuld in deze documenten.

---

15 Dit is bijv. in de WMA International Code of Medical Ethics terug te zien in het uitbreiden van *general principle 1* met: "The physician also has a responsibility to contribute to the health and well-being of the populations the physician serves and society as a whole, including future generations." Dit is toegevoegd in de versie van Chicago 2017 vergeleken met de versie Pilanesberg 2006.

### 3 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de dagelijkse praktijk: *rule of rescue*

#### 3.1 *Rule of rescue – in de dagelijkse praktijk van artsen*

Tijdens het dagelijks werk van artsen en andere zorgprofessionals komt er een stroom aan patiënten langs. Natuurlijk de ene dag wat meer dan de andere. Maar iedere keer proberen artsen de focus te leggen op die ene individuele patiënt: Wat is er aan de hand? Wat is de zorgvraag? Op welke manier kunnen we deze patiënt helpen? Natuurlijk zijn ze zich bewust van de – misschien wel oneindige – stroom aan nieuwe en andere patiënten, maar op dit moment ligt de aandacht bij deze patiënt. Deze menselijke neiging wordt in de literatuur de *rule of rescue* genoemd.<sup>16</sup> We hebben de neiging om degene te willen redden die voor ons staat. Het is de menselijke impuls om een identificeerbaar persoon te redden die wordt bedreigd, ten koste van ongeïdentificeerde mensen die dan geen zorg zullen krijgen, ongeacht de gevolgen of kosten.<sup>17</sup> Het is aan de ene kant een menselijke intuïtie (het gebeurt), maar aan de andere kant wordt het ook gepresenteerd als een morele of professionele plicht (het is goed, het zou moeten).<sup>18</sup>

Die morele plicht van de arts naar de patiënt die op dat moment voor hem of haar staat, is ook terug te vinden in de International Code of Medical Ethics van de WMA:

‘1. The primary duty of the physician is to promote the health and well-being of individual patients by providing competent, timely, and compassionate care in accordance with good medical practice and professionalism.

The physician also has a responsibility to contribute to the health and well-being of the populations the physician serves and society as a whole, including future generations. (...)’<sup>19</sup>

In *general principle 1* wordt heel duidelijk de *rule of rescue* niet alleen gepresenteerd als een menselijke intuïtie, maar ook als een morele plicht. De primaire plicht ligt bij het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van de individuele patiënt (zie de eerste zin van regel 1: ‘The primary duty (...)’) en daarna volgt een

16 A.R. Jonsen, ‘Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation’, *Law, Medicine and Healthcare* (14) 1986, afl. 3-4, p. 172-174.

17 R. Cookson, C. McCabe & A. Tsuchiya, ‘Public Healthcare Resource Allocation and the Rule of Rescue’, *Journal of Medical Ethics* (34) 2008, p. 540-544.

18 M. Sheehan, ‘Resources and the Rule of Rescue’, *Journal of Applied Philosophy* (24) 2007, afl. 4, p. 352-366.

19 WMA, *International Code of Medical Ethics*, Berlin 2023.

verantwoordelijkheid voor de andere en toekomstige patiënten (zie de tweede zin van regel 1: ‘The physician also (...)’). Hierin is duidelijk een hiërarchie aangebracht in de professionele plicht gebaseerd op de *rule of rescue*.

Dat de WMA die *rule of rescue* als basis voor het handelen van artsen neemt, is ook terug te lezen in de WMA Declaration of Geneva, laatst herzien in 2017.<sup>20</sup> De *physician’s pledge* roept duidelijk op voor een focus op de patiënt die de arts op dat moment voor zich heeft:

‘(...) The health and well-being of my patient will be my first consideration (...).’<sup>21</sup>

Deze zin maakt duidelijk dat de nadruk ligt op de eigen patient (‘my patient’), dus de patiënt die de arts voor zich heeft. Maar ook dat het belang van die patiënt de eerste prioriteit heeft voor de arts (‘my first consideration’).

Wanneer we vervolgens kijken naar de Nederlandse beroepscontext zien we deze invulling van de *rule of rescue* als professionele plicht in de beroepsethiek niet zo expliciet terug. Inzoomend op de KNMG-Gedragscode voor artsen zien we bijvoorbeeld wel de plicht naar de individuele patiënt én naar de samenleving terug in verschillende kernregels:

‘1. Als arts zet je de gezondheid en het welzijn van de patiënt voorop en breng je de patiënt geen onnodige schade toe. Dat doe je vanuit goed hulpverlenerschap.’

‘13. Als arts ben je maatschappelijk betrokken. Je erkent en signaleert de invloed van maatschappelijke factoren op gezondheid en welzijn. Zo draag je bij aan het verbeteren van de volksgezondheid.’<sup>22</sup>

De KNMG-Gedragscode maakt vervolgens expliciet duidelijk dat de kernregels wel genummerd zijn, maar dat er geen hiërarchische volgorde is bij de kernregels: ze zijn allemaal even belangrijk.<sup>23</sup> Daarnaast wordt ook benoemd dat er situaties kunnen voorkomen waarin de regels kunnen botsen, en dat een arts in die situaties, samen met collega’s, weegt wat belangrijker is en wat prevaleert.<sup>24</sup> Dit impliceert dat er geen keuze vooraf wordt gemaakt welke regel prevaleert. Wanneer

---

20 WMA, *Declaration of Geneva*, Chicago 2017.

21 WMA, *Declaration of Geneva*, Chicago 2017.

22 Artsenfederatie KNMG, *KNMG-Gedragscode voor artsen*, 2022.

23 Artsenfederatie KNMG, *KNMG-Gedragscode voor artsen*, 2022, p. 5.

24 Artsenfederatie KNMG, *KNMG-Gedragscode voor artsen*, 2022, p. 5.

we dat uitgangspunt toepassen op bovenstaande gepresenteerde kernregels 1 en 13, zie ik, in tegenstelling tot bij de WMA, dan ook niet direct een *rule of rescue* als morele of professionele plicht terug in de KNMG-Gedragscode voor artsen. Uit bovenstaande insteek van de kernregels zonder hiërarchie volgt juist dat kernregel 1 niet automatisch prevaleert boven kernregel 13, dus dat de patiënt die de arts op dat moment voor zich heeft niet direct meer moreel belang heeft dan de ‘andere patiënten’ in de maatschappij.<sup>25</sup>

### 3.2 *Rule of rescue – in de maatschappij*

Die neiging tot *rule of rescue* speelt niet alléén bij artsen en andere zorgprofessionals, maar bij iedereen in de maatschappij. Dat (bewust of onbewust) wordt ingespeeld op die menselijke neiging van *rule of rescue* is terug te zien op verschillende plekken in de maatschappij waar we zoeken naar oplossingen voor schaarste in de zorg.

Medische crowdfunding is daar een goed voorbeeld van. Medische crowdfundingacties zijn inzamelacties voor persoonlijke doeleinden. Dit soort acties zijn gebouwd op onze menselijke intuïtie om ons te focussen op te identificeren personen en onze drang om specifiek hen te willen redden.<sup>26</sup> Websites die deze medische crowdfundingcampagnes faciliteren, maken dit duidelijk. Deze websites spelen ook met hun beeldmateriaal in op de *rule of rescue* als menselijke neiging. Zie bijvoorbeeld [www.doneeractie.nl](http://www.doneeractie.nl). In de banner springt de persoon die gered kan worden letterlijk uit het beeld, terwijl de andere mensen vervaagd en op de achtergrond geplaatst zijn als de ongeïdentificeerde/andere personen.

Maar ook in de media-aandacht voor vergoeding van dure geneesmiddelen komt de *rule of rescue*-neiging terug. Ook daar zien we dat (bewust of onbewust) die *rule of rescue* een rol kan spelen in de keuzes rondom schaarste die we maken. Door het letterlijk zichtbaar maken van de patiënten die we in de kou laten staan als het middel niet vergoed zou worden, kunnen de pakketkeuze-beslissingen mogelijk worden beïnvloed en is de menselijke neiging van *rule of rescue* te herkennen in

---

25 Het wordt natuurlijk interessant wanneer deze twee kernregels met elkaar botsen: als arts ligt mijn loyaliteit bij ‘mijn’ patiënt en zet ik me in voor zijn/haar gezondheid en welzijn (kernregel 1), maar tegelijkertijd heb ik ook een verantwoordelijkheid naar andere patiënten en zelfs naar toekomstige patiënten (kernregel 13). Hóé maakt een arts dan de afweging, wat mag worden meegewogen? Helaas geeft dit preadvies niet voldoende ruimte om hier uitgebreid op in te gaan, maar in par. 5 presenteer ik enkele wijzen waarop een arts procedureel een rol kan pakken in dit dilemma.

26 CEG, *Medische crowdfunding: een ethische verkenning van online inzamelacties* (CEG-Signalement), 2022.

de praktijk. Voorbeelden hiervan zijn de media-aandacht voor de vergoedingsdiscussies rondom taaislijmziekte (Orkambi) of de ziekte van Fabry (Replagal en Fabrazyme) en de ziekte van Pompe (Myozyme).<sup>27</sup> Dat die neiging tot *rule of rescue* niet alleen onbewust plaatsvindt, maar dat daar ook heel bewust (maar misschien niet altijd transparant) gebruik van gemaakt wordt om de pakketkeuzes te beïnvloeden, wil ik illustreren met een voorbeeld van enkele jaren geleden in België. Een wat ouder voorbeeld uit de media laat zien dat er ook heel bewust gebruik kan worden gemaakt van die menselijke neiging tot *rule of rescue* door opgezette mediacampagnes. In België werd een aantal jaar geleden een pakketdiscussie gevoerd over Soliris, een medicijn dat zou helpen bij het hemolytisch uremisch syndroom (HUS). Patiënten en hun ouders kwamen in de media, waarbij in de berichtgeving aandacht werd gevraagd voor hun ziekte en het feit dat er medicatie was, maar dat die niet vergoed werd. Latere kritische berichtgeving bracht naar buiten dat het bedrijf dat ontwikkelaar van de medicatie was zelf deze media-aandacht had geïnitieerd en deze ouders had benaderd om aandacht te vragen voor de problematiek. Het betrof een strategie die het bedrijf ook in andere landen inzette om de pakketbeslissingen te beïnvloeden, en laat zien hoe er bewust ingezet kan worden op onze menselijke neiging om meer waarde te hechten aan geïdentificeerde patiënten.<sup>28</sup>

Ik laat deze voorbeelden niet zien om patiënten of hun familieleden die media-aandacht zoeken of een doneeractie opzetten in een kwaad daglicht te zetten; ik denk dat iedere ouder deze kans zou grijpen om zijn of haar kind te redden. Ik wil ermee illustreren dat die neiging om mensen dicht bij ons, die we kennen, te willen redden op vele vlakken speelt, niet alleen bij artsen en andere zorgprofessionals, maar bij ons allemaal. En dat die neiging onze keuzes beïnvloedt, dus dat we ons daartoe moeten verhouden. Deze voorbeelden laten zien hoe die *rule of rescue* op vele manieren ons ook (impliciet of expliciet) kan beïnvloeden in de keuzes rondom toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg als er sprake is van schaarste.<sup>29</sup>

---

27 Zie de berichtgeving over Pompe en Fabry op [www.zorgvisie.nl/medicijnen-pompe-en-fabry-blijven-vergoed-1382896w/](http://www.zorgvisie.nl/medicijnen-pompe-en-fabry-blijven-vergoed-1382896w/) en [www.nrc.nl/nieuws/2012/07/30/zeldzame-ziektes-worden-te-duur-nu-pompe-en-fabry-1136702-a56443](http://www.nrc.nl/nieuws/2012/07/30/zeldzame-ziektes-worden-te-duur-nu-pompe-en-fabry-1136702-a56443).

28 Zie de berichtgeving over de publiekscampagne van het bedrijf Alexion, waar het met behulp van de inzet van patiënten en hun ouders de vergoedings-systeematiek voor Soliris probeerde te beïnvloeden: [www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20130503\\_00566811](http://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20130503_00566811) en [www.standaard.be/cnt/dmf20150706\\_01764455](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150706_01764455).

29 Zie bijv. L. Hordijk, 'De patiënt is lobbyist geworden', *De Correspondent* 2017, <https://decorrespondent.nl/6853/de-patient-is-lobbyist-geworden/0871f8aa-e8ac-031d-3b34-f2c1a738aeca>.



### 3.3 *Samenvattend*

Ik heb met bovenstaande willen laten zien dat niet alleen artsen, maar wij allemaal in de maatschappij de intuïtieve neiging hebben om prioriteit te geven aan de patiënt/persoon die voor ons staat en die nú zorg nodig heeft, en minder oog hebben voor toekomstige of andere patiënten zonder gezicht. Of dat ook een gerechtvaardigde neiging is, waar we altijd naar moeten handelen, is minder eenduidig. Ik heb laten zien dat die *rule of rescue* voor sommigen ook een morele plicht is, zie bijvoorbeeld de WMA. Maar dat andere experts en actoren dit niet direct benoemen als morele plicht, zie bijvoorbeeld artsenfederatie KNMG. Het is belangrijk om hier in de beroepsgroep, maar ook in de maatschappij met elkaar het gesprek over aan te gaan en helder te krijgen hoe men hierin staat.

## 4 **Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de dagelijkse praktijk: morele stress**

In de paragrafen hieraan voorafgaand heb ik laten zien dat artsen een rol voor zichzelf zien weggelegd bij het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg. In deze paragraaf wil ik het juist even omdraaien: wat doet het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg met de arts?

In de zorg zijn we misschien wel gewend om met schaarste om te gaan. Tegelijkertijd zien we dat schaarste een steeds nijpender probleem wordt. Zorgprofessionals proberen met man en macht die schaarste het hoofd te bieden. Dat betekent dat zorgprofessionals soms met minder mensen dezelfde zorg proberen te leveren, wanneer er bijvoorbeeld een personeelstekort is.<sup>30</sup> Maar ook dat er juist door de toenemende vraag opgeschaald moet worden.<sup>31</sup> Of dat zorginstellingen moeten besluiten om geen zorg te leveren, omdat de instroom te groot is.<sup>32</sup> En dat zorgprofessionals zich dan soms – of tegenwoordig vaak – in bochten moeten wringen, doet ook wat met de zorgprofessionals zelf. Het kan bijvoorbeeld leiden tot verminderd werkplezier, stress, ziekte en uitval.<sup>33</sup> Wat doet schaarste met artsen

30 Bijv. het anders organiseren van ouderenzorg bij krapte op de arbeidsmarkt: [www.igj.nl/onderwerpen/personeelstekort/documenten/publicaties/2023/04/13/anders-organiseren-van-ouderenzorg-bij-krapte-op-de-arbeidsmarkt](http://www.igj.nl/onderwerpen/personeelstekort/documenten/publicaties/2023/04/13/anders-organiseren-van-ouderenzorg-bij-krapte-op-de-arbeidsmarkt).

31 Bijv. het uitbreiden van de IC-capaciteit ten tijde van de coronacrisis: <https://nos.nl/artikel/2339042-200-bedden-voor-intensive-care-erbij-totaal-komt-op-1350>.

32 Bijv. het tijdelijk sluiten van de Spoedeisende Hulp: [www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/nieuwsartikel/spoedeisende-hulp-moet-vaker-dicht-als-gevolg-van-griepgolf](http://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/nieuwsartikel/spoedeisende-hulp-moet-vaker-dicht-als-gevolg-van-griepgolf).

33 A. Kherbache, E. Mertens & Y. Denier, 'Ethische analyse over morele stress in de geneeskunde', *Neuron* (28) 2023, afl. 1, p. 6-8.

en andere zorgprofessionals zelf, wanneer zij niet meer de optimale zorg kunnen leveren die zij voor ogen hebben?

#### 4.1 *Wat is morele stress?*

Een bepaalde vorm van stress betreft morele stress (*moral distress*). Morele stress ontstaat wanneer er een tegenstrijdigheid is tussen iemands overtuiging en iemands handelen.<sup>34</sup> Het wil dus zeggen dat de zorgprofessional weet wat het juiste is om te doen, maar het hem/haar niet lukt om ernaar te handelen door externe factoren of krachten. Kok en collega's omschrijven het dan ook als volgt:

'Een tijdelijk ervaren onmacht om te doen wat men weet dat juist is, omdat externe krachten dat onmogelijk maken. Morele stress leidt tot frustraties, gevoelens van onmacht en angst, en tot twijfels over roeping en vervulling van professionele verantwoordelijkheden.'<sup>35</sup>

Andere auteurs steken het net weer wat anders in. Sheather en Fidler beschrijven het bijvoorbeeld als het hebben van een verantwoordelijkheid zonder de autonomie om daarnaar te handelen:

'Simply working harder cannot resolve the conflicts caused by responsibility without autonomy.'<sup>36</sup>

Morele stress ondermijnt vervolgens de persoonlijke en professionele integriteit van een arts, en kan zo leiden tot frustratie, ontevredenheid, burn-out en uiteindelijk mogelijk tot verminderde kwaliteit van zorg.<sup>37</sup>

---

34 G. Morley, 'What Is "Moral Distress"? A Narrative Synthesis of the Literature', *Nursing Ethics* (26) 2019, afl. 3, p. 646-662.

35 H.N. Kok, C.W.E. Hoemakers, M. Zegers & J.L.P. van Gorp, 'Morele schade in de geneeskunde', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (167) 2023/D7660.

36 J. Sheather & H. Fidler, 'Covid-19 Has Amplified Moral Distress in Medicine', *BMJ* (372) 2021/n28.

37 A. Kherbache, E. Mertens & Y. Denier, 'Ethische analyse over morele stress in de geneeskunde', *Neuron* (28) 2023, afl. 1, p. 6-8.

## 4.2 Morele stress in relatie tot schaarste

Ten tijde van de coronacrisis werd er veel geschreven over morele stress en dat dit ook vaker voorkwam bij zorgprofessionals.<sup>38,39</sup> Specifiek was er bijvoorbeeld veel aandacht voor morele stress bij verpleegkundigen.<sup>40</sup> Maar ook bij artsen was morele stress een belangrijk verschijnsel tijdens de coronacrisis.<sup>41,42</sup> Morele stress is niet enkel verbonden aan schaarste; er zijn vele omstandigheden waarin een zorgprofessional mogelijk wel weet wat het juiste is om te doen, maar er niet naar kan handelen. Wanneer er schaarste is in de zorg en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg onder druk staan, zal morele stress bij artsen (en andere zorgprofessionals) meer voorkomen. In de kern zal het dan vaak gaan om situaties waarin zorgprofessionals niet kunnen voldoen aan wat zij zelf als goede zorg beschouwen. En waarschijnlijk is de ontoereikendheid van het systeem waardoor de zorgprofessional daar niet aan kan voldoen, zonder dat hij/zij zelf voldoende invloed kan hebben op dat systeem, daar debet aan.<sup>43</sup>

Het gaat bij schaarste in essentie om het omgaan met een verantwoordelijkheid zonder de autonomie om daarop te acteren, zoals Sheather en Fidler omschrijven. Dat wil zeggen dat het morele stress kan opleveren wanneer de zorgprofessional keuzes moet maken op basis van kaders waarvan hij/zij twijfelt of het ethisch juist is om ernaar te handelen, maar niet de autonomie heeft om die kaders te veranderen of anders te handelen. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand zijn wanneer een zorgprofessional zich inhoudelijk niet kan vinden in de criteria en/of wanneer

---

38 M. Olde Rikkert, 'Gewond geweten', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (167) 2023/B2247.

39 E.G. Spilg e.a., 'The New Frontline: Exploring the Links Between Moral Distress, Moral Resilience and Mental Health in Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic', *BMC Psychiatry* (22) 2022/19.

40 H. van Dartel & A. Spekkink, 'Verpleegkundige verantwoordelijkheid in een virocratie', in: *Ethiek in tijden van Corona* (CEG-bundel), 2021.

41 M. Olde Rikkert, 'Gewond geweten', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (167) 2023/B2247.

42 H.N. Kok, C.W.E. Hoemakers, M. Zegers & J.L.P. van Gurp, 'Morele schade in de geneeskunde', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (167) 2023/D7660.

43 Een interessante tuchtuitspraak die duidelijk maakt op welke manier schaarste kan zorgen voor morele stress bij de zorgprofessional betreft: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 27 augustus 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:153. Hierbij kwam een specialist ouderengeneeskunde in een situatie die qua organisatie en kwaliteit van zorg te wensen overliet (onder meer omdat twee specialisten ouderengeneeskunde waren vertrokken) en zij zich inspande om de zorg en de organisatie daarvan te verbeteren. Zij had wel de verantwoordelijkheden, maar niet de autonomie om ernaar te handelen, zoals Sheather en Fidler haar morele stress zouden omschrijven.

de zorgprofessional procedureel niet betrokken is geweest bij het vaststellen van het kader. In theorie zou die morele stress verminderd kunnen worden wanneer de zorgprofessional meer autonomie krijgt om te handelen naar zijn/haar eigen inzicht. Bij schaarste is het probleem dat door externe factoren (de schaarste) die middelen er niet zijn om daarnaar te kunnen handelen, en het dus lastig is om de autonomie te vergroten.

Het is dan het proberen waard om aan de andere kant van het dilemma te draaien, dus aan de verantwoordelijkheidskant. Een voorbeeld hiervan betreft het Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie (in de volksmond draaiboek 'Code Zwart').<sup>44</sup> De aanleiding voor het opstellen van dat draaiboek lag niet enkel in het feit dat er mogelijk een tekort aan IC-plekken zou zijn, maar had ook te maken met de morele stress die het artsen zou opleveren als zij die keuzes zouden moeten gaan maken zonder dat de verantwoordelijkheid helder was. Dat er geen handvat was waarop artsen mogelijk keuzes zouden moeten maken, vergrootte de morele stress die er al was onder artsen, omdat zij mogelijk niet meer de zorg konden leveren die zij nodig achtten, maar nu ook zelf zouden moeten inschatten waarop zij die keuze zouden moeten maken. En juist het maken van een normatief kader in een draaiboek, waarop geleund kon worden en dat een deel van de morele verantwoordelijkheid bij de individuele arts wegnam, verminderde de morele stress.<sup>45,46</sup> Juist helderheid over de rol in de schaarsteproblematiek en een heldere verantwoordelijkheid bij vraagstukken rond beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg kunnen zo misschien juist ook morele stress verminderen.

### 4.3 *Samenvattend*

Hierboven heb ik beschreven hoe schaarste zelf juist ook wat doet met artsen en andere zorgprofessionals. Schaarste kan morele stress bij artsen vergroten, wanneer zij niet (meer) de zorg kunnen leveren die zij wel als goede zorg beschouwen en niet de autonomie hebben om hier op te acteren. En dat juist meer helderheid

---

44 Federatie Medisch Specialisten & artsenfederatie KNMG, *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie*, Utrecht 2020.

45 K. Tromp, A. de Jong, G. van Dijk, M. Schermer, S. van de Vathorst, M. de Vries & D. Willems, 'Geen IC-plek voor iedereen: kiezen of loten in het zwarte scenario?', in: *Ethiek in tijden van Corona* (CEG-bundel), 2021.

46 M. Verweij, S. van de Vathorst, M. Schermer, D. Willems & M. de Vries, 'Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands', *Public Health Ethics* (13) 2020, afl. 2, p. 157-165.

over de verantwoordelijkheid en rol bij beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg de morele stress kan verminderen.

## 5 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg: welke rol?

Uit bovenstaande volgt dat artsen een rol hebben in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, maar op welke manier? Waar zou die rol moeten komen te liggen?

Zoals ik al eerder aangaf, worden beslissingen die bepalen wie uiteindelijk welke zorg krijgt, genomen door vele verschillende actoren en op allerlei niveaus binnen ons zorgsysteem. Dat gebeurt op zowel macro-, meso- als microniveau. Ik richt mij hier op het microniveau: op welke manier kunnen beslissingen van individuele artsen in het kader van beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg het leveren van zorg beïnvloeden in de dagelijkse praktijk en wat is daarin wenselijk?

We weten weinig over de effecten van beslissingen van artsen die bepalen wie wat krijgt op microniveau. Wel weten we dat het gebeurt, ook in Nederland. Een recent vragenlijstonderzoek onder artsen liet zien dat deze beslissingen op microniveau voorkomen in Nederland: de keuze van de patiënt wordt soms beperkt met de kosten als reden. Het onderzoek liet ook zien dat dit niet altijd bekendgemaakt wordt aan de patiënt.<sup>47</sup> Enkele internationale studies hebben aangetoond dat de meeste strategieën van artsen impliciet zijn. Enkele factoren die in die studies de beslissingen van artsen beïnvloeden, waren onder andere de leeftijd van de patiënt, het vermogen van de patiënt om druk uit te oefenen, maar ook de bijdrage van de patiënt aan de maatschappij.<sup>48</sup> Opvallend is de conclusie van Klein en Maybin dat deze beslissingen vaak impliciet zijn.<sup>49</sup> Dat deze beslissingen overwegend impliciet zijn, lijkt mij onwenselijk. Vooral met het oog

47 U. de Ruijter, H. Lingsma, W. Bax & J. Legemaate, 'Hidden Bedside Rationing in the Netherlands: A Cross-Sectional Survey among Physicians in Internal Medicine', *BMC Health Services Research* (21) 2021/233.

48 Een overzicht van deze resultaten is terug te lezen in: R. Klein & J. Maybin, *Thinking about Rationing*, The King's Fund 2012. Enkele (wat oudere) studies hierover zijn: S.A. Hurst, A-M. Slowther, R. Forde, R. Pegoraro, S. Retter-Thell, A. Perrier, E. Garrett-Mayer & M. Danis, 'Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing', *Journal of General Internal Medicine* (21) 2006, p. 1138-1143; D. Strech, M. Synofzik & G. Marckmann, 'How Physicians Allocate Scarce Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies', *Journal of Medicine and Philosophy* (33) 2008, p. 80-99; D. Strech, G. Persad, G. Marckmann & M. Danis, 'Are Physicians Willing to Ration Health Care? Conflicting Findings in a Systematic Review of Survey Research', *Health Policy* (90) 2009, p. 113-124.

49 R. Klein & J. Maybin, *Thinking about Rationing*, The King's Fund 2012.

op procedurele rechtvaardigheid, waar transparantie een belangrijke rol speelt. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) formuleerde bijvoorbeeld recent zeven richtlijnen voor procedurele rechtvaardigheid: consistentie in de toepassing van standaarden, onpartijdigheid van besluitvormers, inspraak en akkoord van betrokkenen, waardige behandeling van betrokkenen, argumenten op basis van accurate informatie, heldere en transparante communicatie, en mogelijkheden voor herziening of correcties, waarbij duurzaamheid en uitvoerbaarheid van procedures cruciaal zijn.<sup>50</sup> Maar ook in andere *frameworks* is geen ruimte voor impliciete beslissingen. Daniels specificeert in zijn 'Accountability for Reasonableness Framework' bijvoorbeeld dat dergelijke beslissingen openbaar, toetsbaar en gereguleerd moeten zijn.<sup>51</sup>

Tegelijkertijd zie ik in mijn dagelijks werk dat argumenten gerelateerd aan kosten van een behandeling en schaarste aan middelen door artsen zowel impliciet als expliciet worden gebruikt wanneer er beslissingen moeten worden genomen over het al dan niet inzetten van zorg. Bijvoorbeeld wanneer kosten van een behandeling worden geopperd in een moreel beraad als argument om niet te behandelen of een dreigend tekort aan bedden of mankracht een reden is om iemand niet op te nemen. Waarbij ik het vervolgens opvallend vind dat de collega's zeer divers reageren op of dit valide argumenten zijn in een dergelijke individuele beslissing. Of dit soort argumenten dus op dat microniveau in de spreekkamer een rol mogen spelen, daar hebben we nog geen consensus over.

### 5.1 Een rol in de spreekkamer?

Of vraagstukken rondom schaarste en toegankelijkheid van de zorg, in andere woorden: de financiële gevolgen van een behandeling, in de spreekkamer thuisheoren, is een omstrede vraagstuk. Aan de ene kant van het spectrum zijn er auteurs als Wyller, die aangeven dat keuzes rondom schaarste nooit onderdeel mogen zijn van de discussie in de spreekkamer. Hij geeft hier verschillende argumenten voor, waarbij het in de kern erom gaat dat het de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt ondermijnt.<sup>52</sup> Aan de andere kant zijn er experts die aangeven dat deze keuzes nodig zijn en we er niet aan ontkomen, en dat dat betekent dat we er eerlijk en open over moeten zijn. Hurst en Danis geven bijvoorbeeld aan dat het nodig is en we in ieder geval dan met elkaar moeten bepalen hoe we derge-

---

50 CEG, *Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg* (CEG-Signalement), 2023.

51 N. Daniels, 'Accountability for Reasonableness. Establishing a Fair Process for Priority Setting Is Easier than Agreeing on Principles', *BMJ* (321) 2000, afl. 7272, p. 1300-1301.

52 V.B. Wyller, 'The Bedside Rationing Paradigm and the Shortcomings of Modern Ethics', *Clinical Ethics* (12) 2017, p. 70-75.

lijke keuzes het beste verantwoord kunnen maken.<sup>53</sup> Magelssen en collega's geven bijvoorbeeld aan dat het noodzakelijk is om dit vraagstuk ook in de spreekkamer te betrekken, maar dat het in ieder geval niet de arts-patiëntrelatie mag schaden.<sup>54</sup>

Dat die ruimte voor vraagstukken rondom schaarste door artsen in de spreekkamer op verschillende specifieke manieren kan worden ingevuld, laat het recente pleidooi van het Zorginstituut Nederland zien. Vorig jaar opperde het Zorginstituut Nederland in zijn Kader Passende zorg om schaarste in de zorg onderwerp van gesprek te maken tussen zorgprofessional en patiënt, dus onderdeel van gezamenlijke besluitvorming:<sup>55</sup>

'(...) De urgentie van de houdbaarheidsvragen betekent dat passende besluitvorming niet los gezien kan worden van de beschikbaarheid van geld en mensen. Dit dient meegenomen te worden in het gezamenlijke besluitvormingsproces.'<sup>56</sup>

Het Zorginstituut Nederland ziet dus een rol weggelegd voor zowel arts als patiënt in het toegankelijk en beschikbaar houden van zorg en geeft hun beiden een verantwoordelijkheid door het op te nemen in het gezamenlijke besluitvormingsproces. Recent bekritiseerde Van der Wilt in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, volgens mij terecht, dit voorstel van het Zorginstituut Nederland. Hij laat illustratief zien hoe zo'n gesprek – ongemakkelijk – zou verlopen, en presenteert het als een moment waarop de patiënt vrijwillig afstand zal moeten doen van zijn recht op behandeling. Volgens hem is dit een onwenselijk voorstel, waarbij vermenging van domeinen plaatsvindt. De rationaliteit van het zorgstelsel wordt dan toegepast in een setting waar betrokkenen primair professionaliteit en emotie willen brengen en hopen te vinden, en dat schuurt volgens Van der Wilt.<sup>57</sup>

Binnen de arts-patiëntrelatie is vertrouwen een groot goed en artsen geven daarin vaak aan dat zij zichzelf zien als *patient advocate*. Het implementeren van een formele rol in toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg in die individuele arts-patiëntrelatie in de spreekkamer kan botsen met die rol van de arts als *patient advocate*. En op die manier schaadt het het vertrouwen tussen arts en patiënt. Een

53 S.A. Hurst & M. Danis, 'A Framework for Rationing by Clinical Judgment', *Kennedy Institute of Ethics Journal* (17) 2007, p. 247-266.

54 M. Magelssen, P. Nortvedt & J. Solbak, 'Rationing at the Bedside: Immoral or Unavoidable?', *Clinical Ethics* (11) 2016, afl. 4, p. 112-121.

55 Zorginstituut Nederland, *Kader Passende zorg*, 2022.

56 Zorginstituut Nederland, *Kader Passende zorg*, 2022, p. 8 bovenaan.

57 G. van der Wilt, 'Moet je schaarste in de zorg bespreken met de patiënt?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (167) 2023/D6447.

ander gevaar van die rol zou kunnen zijn dat het de individuele arts ook in een kwetsbare positie plaatst, waar willekeur zou kunnen ontstaan. Want hoe vergelijk een arts het leed van de ene patiënt met dat van de andere patiënt? En wanneer deze rol bij de arts als individu wordt geplaatst, wordt het ook lastig om bijvoorbeeld weerbaar te zijn voor het verhaal van de patiënt. Daar komt ook bij dat het, zoals al eerder toegelicht in paragraaf 3, bij schaarste en beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg niet enkel gaat om de patiënt die de arts op dat moment voor zich heeft, maar juist ook om de andere patiënten en toekomstige patiënten. Dat is een andere complicerende factor in het vraagstuk, wanneer we het schaarstevraagstuk plaatsen in de spreekkamer tussen de individuele arts en de patiënt. Op welke manier heeft de arts zicht op de andere (en toekomstige) patiënten? Pragmatisch gezien, vind ik het moeilijk voor te stellen hoe dit vergelijkende aspect tussen patiënten vorm krijgt wanneer het schaarstevraagstuk binnen een individuele arts-patiëntrelatie in de spreekkamer wordt geplaatst. De actoren die daar aanwezig zijn, zijn niet de actoren die daar overzicht over hebben.

## 5.2 Een rol in richtlijnen?

Passender lijkt mij een rol voor toegankelijkheid en beschikbaarheid en de daaraan gerelateerde schaarstevraagstukken in medisch-professionele richtlijnen, zodat artsen op basis van deze richtlijnen keuzes kunnen maken op microniveau. Maar ook daar verschillen de inzichten over en zijn er voor- en nadelen.

Door het betrekken van het aspect van toegankelijkheid en beschikbaarheid in de medisch-professionele richtlijnen kunnen het gevaar van willekeur en de kwetsbare positie van de individuele arts in het maken van dergelijke beslissingen voorkomen worden. Op die manier is er meer uniformiteit in de beslissing en kan de arts zich ook meer richten op zijn rol als *patient advocate*. Wanneer er vervolgens een beslissing zou vallen die ten nadele is van de individuele patiënt die voor hem/haar zit, kan de arts zichzelf verantwoorden door te verwijzen naar de richtlijn. De uitlegbaarheid van het besluit wordt op die manier makkelijker en de vertrouwensrelatie zal minder geschaad worden dan wanneer de arts op persoonlijke gronden en inschattingen deze beslissing maakt. Daarnaast zou het opnemen van het aspect van toegankelijkheid en beschikbaarheid in richtlijnen ook artsen kunnen ondersteunen in het omgaan met de morele stress die zij kunnen ervaren wanneer zij niet de middelen hebben om te handelen, en dus niet kunnen voldoen aan wat zij zelf als goede zorg beschouwen.<sup>58</sup>

---

58 De richtlijn kan op die manier de arts ondersteunen bij bijv. het niet inzetten van een behandeling, juist ook in situaties waarbij de arts geen invloed heeft op de schaarste, en kan zo ook een rol hebben in tuchtzaken.



Het betrekken van dit soort aspecten in een richtlijn zal ook de transparantie ten goede komen; de richtlijn creëert zo helderheid over de beslissing in het kader van beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en de criteria die meespelen in dergelijke beslissingen door artsen. Daar komt bij dat het gelijkwaardige toegang van patiënten tot de zorg zal vergroten. Doordat alle artsen gebonden zijn aan de medisch-professionele richtlijnen en dus dezelfde criteria hanteren, is er geen willekeur of een individuele arts beschikbaarheids- en toegankelijkheidsaspecten meeweegt in zijn beslissing. Het lijkt mij namelijk zeer onwenselijk wanneer artsen hun rol in de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg verschillend invullen in hun individuele contact met de patiënt. Het zou bijvoorbeeld voor ongelijke toegang tot zorg leiden als de ene arts bepaalde medicatie niet als optie bespreekt met de patiënt enkel omdat deze hoge kosten heeft, en een andere arts deze rol niet oppakt.

Het opnemen van dergelijke aspecten in richtlijnen heeft als voordeel ten opzichte van het te betrekken in de individuele relatie tussen arts en patiënt dat het de mogelijkheid biedt om daadwerkelijk een populatiegerichte benadering na te streven en dus patiënten met elkaar te vergelijken. Denk hierbij aan het opstellen van relatieve of absolute criteria, zoals in het *Draaiboek Pandemie* van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC).<sup>59</sup> Daarnaast kan het expliciet opnemen van toegankelijkheids- en beschikbaarheidsaspecten in medisch-professionele richtlijnen beter duidelijk maken dat medische criteria voor het al dan niet inzetten van een behandeling normatief geladen keuzes zijn.

Ik wil erop wijzen dat er in medisch-professionele richtlijnen de afgelopen jaren al steeds meer aandacht is gekomen voor aspecten gerelateerd aan beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Zo valt bijvoorbeeld op dat in de vorige versie van het adviesrapport Medisch specialistische richtlijnen van de Adviescommissie Richtlijnen – Raad van Kwaliteit in oktober 2011 slechts een enkel advies hierover was opgenomen.<sup>60</sup>

‘(...) Met inzicht in de financiële consequenties van aanbevelingen kunnen maatschappelijk verantwoorde keuzes gemaakt worden over de besteding van schaarse middelen in de zorg. Bij iedere uitgangsvraag wordt gekeken naar bestaande literatuur over kosteneffectiviteit. In principe wordt het alternatief met de gunstigste kosteneffectiviteit als voorkeur gekozen.’<sup>61</sup>

59 NVIC, *Draaiboek Pandemie*, 2021.

60 Adviescommissie Richtlijnen – Raad van Kwaliteit, *Medisch specialistische richtlijnen 2.0*, 2011.

61 Adviescommissie Richtlijnen – Raad van Kwaliteit, *Medisch specialistische richtlijnen 2.0*, 2011, p. 25 onderaan.

Terwijl in de meest recente versie van het adviesrapport Medisch specialistische richtlijnen dit sterk is uitgebreid en er aandacht is voor: welke rol richtlijnen hebben in politiek-maatschappelijke vraagstukken, hoe ethische overwegingen worden meegenomen in de richtlijnontwikkeling, en hoe doelmatigheid en kostenaspecten worden meegenomen in de richtlijnontwikkeling.<sup>62</sup> Opvallend is vervolgens deze toelichting daarover:

‘Doelmatigheid is wel één van de uitgangspunten bij het ontwikkelen van richtlijnen, maar dan vooral om inzicht te geven in de klinische opbrengst van diagnostiek en interventies versus de kosten die daarmee samenhangen. Bij gelijke opbrengst wordt een keuze gemaakt voor de goedkopere optie. Maar bij een betere uitkomst en hogere kosten is een richtlijn niet de plaats om te bepalen welke kosten versus opbrengst wel of niet te accepteren zijn. Dat is een maatschappelijke keus waarvoor het primaat bij de overheid ligt als afspiegeling van de samenleving.’<sup>63</sup>

Uit deze tekst wordt duidelijk dat de adviescommissie meer richting geeft over de invulling van beschikbaarheid en toegankelijkheid in richtlijnen, maar ook nog op twee benen hinkt. Aan de ene kant worden deze aspecten betrokken in de richtlijn en worden daar keuzes op gebaseerd wat een arts wel en niet zou moeten aanbieden aan de patiënt. Aan de andere kant wordt ook benoemd dat keuzes rondom de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg niet direct passen in richtlijnen, maar juist in de samenleving.

Het document geeft de wetenschappelijke verenigingen betrokken bij de Federatie Medisch Specialisten handvatten om tot richtlijnen te komen. Vervolgens kunnen de verenigingen verschillende invullingen geven aan deze aspecten in een richtlijn. Waarbij de vraag bij mij opkomt of deze invulling van beschikbaarheids- en toegankelijkheidsaspecten niet meer verduidelijking en uniformering vraagt, zowel binnen de beroepsgroep en tussen de verenigingen als met andere betrokken actoren in de maatschappij (zoals het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd).

### 5.3 *Een rol in ethische commissies?*

Een optie voor een rol van artsen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg op microniveau die ik ook nog graag wil benoemen, betreft de inzet van

---

62 Adviescommissie Richtlijnen – Raad van Kwaliteit & Federatie Medisch Specialisten, *Medisch specialistische richtlijnen 3.0*, 2022, p. 12, 28 en 29.

63 Adviescommissie Richtlijnen – Raad van Kwaliteit & Federatie Medisch Specialisten, *Medisch specialistische richtlijnen 3.0*, 2022, p. 12 onderaan.

ethische commissies.<sup>64</sup> Het vraagstuk rondom schaarste wordt op die manier niet direct in de individuele arts-patiëntrelatie geplaatst, maar juist in een overkoepelend gremium. Recent is men hiermee gestart in Noorwegen.<sup>65</sup> Zij hebben een landelijk systeem opgezet om de beslissingen over de verdeling van middelen in de zorg en prioritering te evalueren en organiseren. Daarin is een belangrijke rol weggelegd voor ethische commissies in de ziekenhuizen. Zij krijgen de rol van analist, adviseur, moderator, verspreider, facilitator en waakhond.<sup>66</sup> Magelssen en collega's maken wel duidelijk dat deze commissies enkel een adequate rol kunnen spelen wanneer er eisen worden gesteld aan het besluitvormingsproces van de commissie: de betrokkenheid van belanghebbenden, de transparantie van het proces, de mogelijkheid om in beroep te gaan tegen beslissingen en adequate competenties van de leden.<sup>67</sup> Een rol voor ethische commissies bij de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg lijkt interessant om ook in Nederland verder te onderzoeken. Het is een manier waarop beschikbaarheids- en toegankelijkheidsvraagstukken naar het microniveau kunnen worden gebracht, zonder dat het direct in de individuele relatie tussen arts en patiënt moet worden geplaatst. Het komt deels tegemoet aan mijn eerdere vraagtekens bij het betrekken van dit soort vraagstukken in de individuele context. Een commissie zal beter de populatiegerichte benadering kunnen borgen, doordat zij niet enkel één patiënt voor zich heeft, maar de mogelijkheid heeft om ook andere patiënten te betrekken, te vergelijken en overkoepelend te oordelen. Tegelijkertijd roept dit ook de vraag op of deze populatiegerichte benadering wel mogelijk is door dergelijke commissies. Op welke manier zijn zij in staat patiënten te vergelijken met elkaar? Hebben zij zicht op de 'andere' patiënten of toekomstige patiënten? Welke patiënten mogen zij betrekken in de beslissing, enkel patiënten van dat betreffende ziekenhuis of ook van andere instellingen? Welke criteria hanteren zij? Het is interessant om deze vragen verder uit te diepen en na te gaan op welke manier deze rol van ethische commissies ook in Nederland op microniveau ontwikkeld zou kunnen worden.

---

64 T. Ottersen e.a., 'A New Proposal for Priority Setting in Norway: Open and Fair', *Health Policy* (120) 2016, afl. 3, p. 246-251.

65 Norwegian Ministry of Health and Care Services, *Principles for Priority Setting in Health Care. Summary of a White Paper on Priority Setting in the Norwegian Health Care Sector*, 2017.

66 M. Magelssen, I. Miljeteig, R. Pedersen & R. Førde, 'Roles and Responsibilities of Clinical Ethics Committees in Priority Setting', *BMC Medical Ethics* (18) 2017, afl. 1, p. 1-8.

67 M. Magelssen & K. Bærøe, 'Can Clinical Ethics Committees Be Legitimate Actors in Bedside Rationing?', *BMC Medical Ethics* (20) 2019/97.

#### 5.4 *Samenvattend*

In bovenstaande heb ik willen laten zien dat een rol voor artsen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg verschillende vormen kan aannemen op microniveau. In de spreekkamer via gezamenlijke besluitvorming, in richtlijnen of in ethische commissies zijn drie mogelijkheden van invulling van deze rol, met ieder zijn voordelen én haken en ogen.

### 6 **Conclusie**

Ik begon deze bijdrage met de woorden van huisarts Toosje Valkenburg: zij voelt zich medeverantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg en heeft oog voor alle patiënten die ze niet ziet. Ik heb in deze bijdrage willen laten zien dat haar gevoel, volgens mij, klopt. Artsen hebben een rol bij het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg. En deze rol, zowel bij formele als bij verdelende rechtvaardigheid, wordt ook benadrukt door de beroepsgroep zelf in verschillende ethische codes.

Wat die rol vervolgens precies inhoudt en hoe artsen daar invulling aan moeten geven, daar is de beroepsgroep minder eenduidig over, terwijl die duidelijkheid wel wenselijk is. Dat geldt bijvoorbeeld voor het aspect of de *rule of rescue* een morele plicht is voor artsen. Het is belangrijk om hier in de beroepsgroep, maar ook in de maatschappij met elkaar het gesprek over aan te gaan en helder te krijgen hoe men hierin staat. Juist meer helderheid over de verantwoordelijkheid en rol van artsen bij de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg kan ook de morele stress bij artsen verminderen.

Beslissingen die bepalen wie uiteindelijk welke zorg krijgt, worden genomen door vele verschillende actoren en op allerlei niveaus binnen ons zorgsysteem. Niet alleen de inhoud van die beslissingen, maar ook de keuze hoe we dat systeem van beslissingen inrichten, is een normatieve keuze. Wie wanneer mag meepraten, welke beslissingen we willen maken en wanneer, waar en met wie zijn belangrijke vragen om een rechtvaardig systeem op te bouwen. En dus ook welke rol artsen daarin hebben op microniveau.

Ik heb laten zien dat beslissingen van artsen die bepalen wie wat krijgt in het kader van schaarste op grond van beschikbaarheids- en toegankelijkheidsargumenten impliciet en niet transparant kunnen zijn. En dat is onwenselijk. Het is van belang om met elkaar duidelijk te krijgen op welke manier artsen invulling kunnen en moeten geven aan hun rol in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, juist op microniveau, want daar is nog veel onduidelijkheid over. Op basis van bovenstaande korte verkenning zie ik niet direct een gewenste plaats voor dit vraagstuk in de spreekkamer bij gezamenlijke besluitvorming tus-

sen arts en patiënt, omdat er zo spanning op het vertrouwen in de individuele arts-patiëntrelatie komt te staan. Een passendere rol voor dit soort vraagstukken rondom beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg op microniveau zie ik in medisch-professionele richtlijnen en mogelijk in ethische commissies. Juist in verband met de populatiegerichte benadering die nodig is bij vraagstukken rondom beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, zijn dit twee manieren waarop artsen hun rol zouden kunnen vormgeven in het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg.



## Deel 3

### Preventie als (deel)oplossing voor schaarste in de zorg

Jan-Koen Sluijs en Bob van der Kamp\*

---

\* Mr. dr. J.J.M. Sluijs en mr. drs. B. van der Kamp zijn beiden advocaat bij Coupry Advocaten in Den Haag.





## 1 Inleiding

Schaarste in de zorg heeft als gevolg dat de toegang tot de hoogst haalbare standaard van kwalitatief goede zorg zal afnemen bij een gelijkblijvende of toenemende vraag naar zorg. Dit is onvermijdelijk zolang de bevolking en de vraag naar nieuwe medische zorgverlening, zoals nu het geval is, blijven groeien. In 2021 wijdde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) een uitvoerig advies(rapport) aan de problematiek en in 2023 deed de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) dat ook.<sup>1</sup>

Schaarste in de zorg heeft niet alleen een budgettaire betekenis – jaarlijks wordt er meer dan € 100 miljard aan genezing (*cure*) en verzorging (*care*) gespendeerd –, maar nadrukkelijk ook een welzijnsbetekenis. Tussen mensen bestaan namelijk grote verschillen in gezondheid, die in belangrijke mate de welvaarts ladder volgen.

Praktisch geschoolde mensen met een relatief laag inkomen leven gemiddeld 5 jaar korter en 15 jaar in slechtere gezondheid dan theoretisch opgeleiden met een relatief hoger inkomen. Mannen met de allerhoogste welvaart (alleen inkomen en vermogen) leven gemiddeld 25 jaar langer in goede gezondheid dan de minst welvarende mannen. Voor vrouwen verschilt dit 23 jaar. Diabetes komt voor bij 14,2% van de mensen met alleen basisonderwijs, terwijl dit slechts 2,5% is bij de mensen met een hbo- of wo-opleiding. Acuut myocardinfarct (hartinfarct) komt veel vaker voor onder mensen met een lage sociaal-economische status (SES)<sup>2</sup> dan onder mensen met een hoge SES. Mensen met basisonderwijs en vmbo hebben twee tot drie keer vaker COPD (chronisch obstructieve longziekten) dan mensen met een opleiding hbo of universiteit.<sup>3</sup>

De welzijnsbetekenis wordt (nog) groter als we ons bedenken dat er een grens is aan de fysieke mogelijkheden om zorg te leveren. De covidpandemie legde dat

---

1 Respectievelijk WRR, *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (WRR-Rapport 104), 2021 en RVS, *Op onze gezondheid. De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg*, 2023.

2 Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting, afhankelijk van iemands positie in de maatschappij, veelal uitgedrukt in SES.

3 Pharos, 'Sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) (factsheet), juli 2022, [www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/](http://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/). Zie ook J.C. Mierau, 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland', in: A. Gielen, D. Webbink & B. ter Weel (red.), *Ongelijk Nederland. Een drieluik over migratie, onderwijs en de coronacrisis* (KVS preadviezen 2021), Meppel: Ten Brink 2021; CBS, 'Gezonde levensverwachting: geslacht, leeftijd en onderwijsniveau', [www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84842NED](http://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84842NED).

zichtbaar bloot. In een draaiboek werden de keuzes verantwoord aan wie zorg zou moeten worden verleend.<sup>4</sup> Na de pandemie is het stil geworden rondom dit zogeheten draaiboek 'Code Zwart', maar de arbeidsnoden in de zorg zijn er niet minder om geworden. Gelet op de dubbele vergrijzing zal het arbeidstekort in de zorg snel oplopen, wat het opstellen van een nieuw 'Code Zwart'-boek noodzakelijk zal maken. Een handboek waarin keuzes worden vastgelegd onder welke omstandigheden en in welke gevallen zorg wordt aangeboden en welke vorm van zorg dat is. Bij het maken van die keuzes zouden naar onze mening ook leefstijlelementen betrokken mogen worden. Dat laatste is ook relevant om het volgende.

Als we de problematiek van schaarste in de zorg gemakshalve samenvatten als 'niet iedereen kan de zorg krijgen die hij idealiter behoeft', dan verdient het concept 'solidariteit in de zorg' extra aandacht bij het zoeken naar een oplossing voor de problematiek. Want als individuele keuzes van mensen – in het bijzonder wanneer deze gericht zijn op een ongezond leven – de vraag naar zorg vergroten, rijst de vraag in hoeverre we daarmee solidair zouden moeten (blijven) zijn. Niet zonder meer, menen wij. In een zorgstelsel dat wordt beheerst door schaarste, dient (meer dan wanneer er geen sprake is van schaarste) de verdeling van zorg rechtvaardig te zijn. Individuele 'slechte' keuzes kunnen dan vanzelfsprekend meewegen in zo'n rechtvaardigheidsbeoordeling. Het individu wordt daarbij verondersteld een zekere mate van controle te hebben over zijn ongezonde keuzes en dus zijn gezondheid.

In dit onderdeel van het preadvies staat de welzijnsbetekenis centraal en richten wij ons op het voorkomen van zorg en/of het korter 'zorgbehoevend' zijn – kortweg aangeduid als 'preventie': preventie als een van de oplossingen voor het probleem van schaarste in de zorg.

Preventie kan in belangrijke mate worden bereikt met een gezonde(re) leefstijl, of anders gezegd: een gezonde leefstijl is een vorm van preventie. Maar hoe bereik je dat mensen een gezonde(re) leefstijl aanhouden? Hoewel voor de meeste problemen niet één oplossing bestaat, is gedragsverandering naast goede informatievoorziening voor het nastreven van een gezonde(re) leefstijl wel essentieel. Daarvoor zijn mensen individueel verantwoordelijk, echter ondersteund vanuit een omgeving en een context die hen daartoe redelijkerwijs in staat moeten stellen. De publieke inrichting van de leefomgeving en het aanbod van verderfelijke producten spelen dus bij het vinden van oplossingen een grote rol. En we zullen dan ook een maatschappelijk debat moeten voeren over de kwaliteit van leven, omdat er keuzes zullen moeten worden gemaakt onder welke condities zorg aan

---

4 Federatie Medisch Specialisten en KNMG, *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie*, november 2020.

hulpbehoevenden – met en zonder een gezonde leefstijl – dient te worden verleend. Ook dat debat op zichzelf kan mensen helpen kiezen voor een gezonde(re) leefstijl, bijvoorbeeld stoppen met roken of het nuttigen van alcohol. Debatten en onderzoek meer gericht op concrete welvaartsziekten zijn overigens al gaande. Zo kopte TNO in haar *newsroom* op 28 november 2023: ‘Een gezonde leefstijl als beste medicijn’. Volgens de onderzoekers is leefstijlverandering hét medicijn tegen welvaartsziekten.<sup>5</sup>

Vanuit het perspectief dat ‘recht op gezondheid’ een fundamenteel recht is en ook de toegangspoort tot de zorg beschermt, zetten wij hieronder uiteen welke actoren verantwoordelijk zijn voor een gezonde leefstijlomgeving en op welke wijze zij daaraan uitvoering zouden kunnen/moeten geven. Daarbij beginnen wij met de overheid, daarna het bedrijfsleven en tot slot het individu. Wij ronden onze bijdrage af met een conclusie en enkele aanbevelingen.

## 2 Verantwoordelijkheid en uitvoering

### 2.1 De overheid

#### 2.1.1 Recht op gezondheid

De overheid heeft onder meer als taak het bevorderen van de volksgezondheid. Dit volgt uit artikel 22 lid 1 van de Grondwet (Gw), dat luidt: ‘De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.’ Uit de parlementaire behandeling blijkt dat met ‘bevordering’ ook ‘bescherming’ is bedoeld. De overheid heeft derhalve de grondwettelijke taak om voor preventie zorg te dragen, opdat de gezondheid van de burger niet wordt geschaad en mogelijk wordt versterkt.<sup>6</sup>

Bescherming van gezondheid is dus een fundamenteel recht van burgers: een mensenrecht. Behalve in de Grondwet is die bescherming in diverse verdragen vastgelegd of vloeit deze daaruit voort.<sup>7</sup> Ook in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) is het recht op gezondheid vastgelegd (art. 25 UVRM). En ondanks dat het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten

5 TNO, ‘Een gezonde leefstijl als beste medicijn’, [www.tno.nl/newsroom/insights/2023/11](http://www.tno.nl/newsroom/insights/2023/11).

6 J.G. Sijmons, ‘Preventie als overheidstaak’, in: A. Keirse, R. Kool & R. Ortlep (red.), *Ongezond en (on)geoorloofd* (UCALL, deel 13), Den Haag: Boom juridisch 2018, p. 66.

7 Zie in dit verband ook de bijdragen in VGR, *Ongezond gedrag: de rol van het recht* (preadvies 2019). Het ‘recht op gezondheid’ is vastgelegd in art. 12 IVESCR, art. 11 ESH, art. 24 IVRK en art. 35 van het Handvest van de grondrechten van de EU.

van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) niet voorziet in een recht op gezondheid, kan uit een analyse van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) over het 'recht op leven' worden afgeleid dat het EVRM de verdragsluitende staten diverse (met name positieve) verplichtingen oplegt die relevant zijn voor de bescherming van de gezondheid.<sup>8</sup>

In 2000 is in internationaal verband, op het niveau van de Verenigde Naties (VN), het recht op gezondheid als bedoeld in artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) nader uitgewerkt in General Comment No. 14.<sup>9</sup>

General Comment No. 14 bepaalt dat staten het recht op gezondheid dienen te respecteren, te beschermen en te verwezenlijken. De verplichting tot *respecteren* betekent dat de overheid het recht op gezondheid niet mag schenden. Zo mag de staat geen zorg aan mensen onthouden of discrimineren in wie er toegang heeft tot zorg. De verplichting tot *beschermen* houdt in dat de overheid schendingen van het recht op gezondheid door anderen voorkomt. Zo behoort een staat maatregelen te nemen die voorkomen dat dit recht door acties van derden geschonden wordt.<sup>10</sup> De verplichting tot *verwezenlijken* betekent dat de overheid maatregelen moet nemen om er zeker van te zijn dat rechten kunnen worden genoten. Zo behoort een staat passende wettelijke, bestuurlijke en budgettaire beslissingen te nemen, en concreet te zorgen voor diverse verschillende faciliteiten, goederen, diensten en voorwaarden, met als doel een zo goed mogelijke gezondheidsstandaard te verwezenlijken.

Met betrekking tot de afdwingbaarheid van bovengenoemde verantwoordelijkheden is relevant dat op de staat een inspanningsverplichting rust,<sup>11</sup> zie artikel 2 lid 1 IVESCR, dat luidt:

'Iedere staat die partij is bij dit verdrag verbindt zich maatregelen te nemen, zowel zelfstandig als binnen het kader van de interna-

---

8 Zie hierover A.C. Hendriks, 'The Council of Europe and Health Rights', in: B.C.A. Toebes e.a., *Health and Human Rights: Global and European Perspectives*, Cambridge: Intersentia 2022, hoofdstuk 5.

9 CESCR, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12), 2000. *General comments* van de VN-organen, in dit geval de Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), zijn gezaghebbend.

10 CESCR, *General Comment No. 14* (2000), par. 35.

11 CESCR, *General Comment No. 3* (1990) noteert in punt 1: 'Those obligations include both what may be termed (following the work of the International Law Commission) obligations of conduct and obligations of result.'

tionale hulp en samenwerking, met name op economisch en technisch gebied, en met volledige gebruikmaking van de hem ter beschikking staande hulpbronnen, ten einde met alle passende middelen, inzonderheid de invoering van wettelijke maatregelen, steeds nader tot een algehele verwezenlijking van de in dit Verdrag erkende rechten te komen.'

Over de afdwingbaarheid van de verantwoordelijkheden zij nog het volgende opgemerkt. In de klassieke opvatting over internationaal publiekrecht leggen mensenrechten verplichtingen op aan staten in hun relatie tot (hun) ingezetenen. Staten worden door ratificatie partij bij mensenrechtenverdragen en zijn alsdan juridisch gebonden aan de betrokken bepalingen. Daarbij wordt een dogmatisch onderscheid gemaakt tussen drie typen van verplichtingen, te weten: respecteren, beschermen en verwezenlijken van mensenrechten (zie ook hierboven in General Comment No. 14). Het eerste type is een negatieve verplichting (dat wil zeggen het ervan onthouden om in strijd met mensenrechten te handelen), de twee overige typen zijn positieve verplichtingen en vergen derhalve een actief handelen van de staat om de uitoefening van mensenrechten door burgers te garanderen.<sup>12</sup> Het EHRM hanteert overigens niet deze tripartite typologie, maar een eigen doctrine over positieve en negatieve verplichtingen.<sup>13</sup>

### 2.1.2 Geen recht op ongezond leven

In het debat over gezondheid, en het recht op gezondheid, is ook een tegengeluid te horen. Dat gaat ervan uit dat gezondheid geen objectieve of neutrale norm is. Ieder individu zou daarom het recht hebben om daarvan af te wijken en er een ongezonde leefstijl op na te houden.<sup>14</sup> Maar al het *libertarisme*<sup>15</sup> ten spijt, in de Grondwet en internationale verdragen is het 'recht op ongezond leven' niet als mensenrecht vastgelegd. Toegegeven zij dat dit voor meer claims op 'rechten' kan gelden: mensenrechten zijn als open norm geformuleerd. Wij sluiten daarom niet op voorhand uit dat het 'recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer' mogelijk als grondslag kan gelden om het denkbeeldige individuele recht

12 UN Special Rapporteur on the Right to Food, Asbjørn Eide, 'The Human Right to Adequate Food and Freedom from Hunger', E/CN.4/Sub.2/1987/23, 1987, par. 66-69.

13 I.E. Koch, 'Dichotomies, Trichotomies or Waves of Duties?', *Human Rights Law Review* (5) 2005, afl. 1, p. 81-103.

14 M. van Ostaijen, 'Wie verdedigt mijn recht op gezond leven?', *Idee. Tijdschrift van het Wetenschappelijk Bureau van D66*, april 2016, p. 6-10.

15 Het libertarisme is een politieke filosofie die individuele vrijheid en zelfbeschikking als kernwaarden ziet.

op ongezond leven te respecteren.<sup>16</sup> Wanneer de overheid echter met een dergelijke rechtsvraag van een individu (of een groep individuen) zou worden geconfronteerd, wordt zij wel voor een dilemma geplaatst wanneer het betrokken (ongezond levende) individu een beroep zou willen doen op wettelijk verzekerde basiszorg. Wij lichten dat toe.

Ons stelsel van wettelijk verzekerde basiszorg is gebaseerd op schaarste<sup>17</sup> en op een vergaande mate van solidariteit die in ieder geval geldt tussen verzekerden, ongeacht de wijze waarop zij ziek zijn geworden en daarvoor redelijkerwijze zorg behoeven. Het gegeven dat eenieder verplicht verzekerd is tegen (de gevolgen van) ziekte, waarbij voor zorgverzekeraars nog sprake is van een acceptatieverplichting, heeft niet alleen consequenties voor het beoordelen van de verdringing van zorg die per definitie in ons stelsel plaatsvindt, maar ook voor het beschermen van de toegang tot de (potentieel) beschikbare zorg. Wanneer immers een persoon die er bewust voor kiest om ongezond te leven als gevolg hiervan basiszorg geniet, is die genoten zorg (in een stelsel van schaarste) ten koste gegaan van andere beschikbare zorg, die mogelijk zou worden genoten door een persoon die bewust *niet* ongezond leeft.

De meesten van ons zullen dit ongemak van de solidariteit binnen ons zorgstelsel aanvoelen, dat wil zeggen wanneer de keuzevrijheid van ongezond leven botst met het mensenrecht op toegang tot zorg. Het zou binnen deze context niet rechtvaardig zijn om aan de keuzevrijheid om ongezond te leven – onder verder gelijke omstandigheden – voorrang te geven op het fundamentele recht op toegang tot zorg van degene die bewust niet ongezond leeft.

---

16 Zie A.C. Hendriks, R.D. Friele, J. Legemaate & G.A.M. Widdershoven, *Thematische wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg*, Den Haag: ZonMw 2013, p. 34 ter verdere toelichting: ‘De Nederlandse Grondwet vormt een belangrijk onderdeel van het kader waarbinnen wetgeving over zelfbeschikking in het gezondheidsrecht tot stand komt en tot uitvoering wordt gebracht. De sinds 1983 in de Grondwet neergelegde grondrechten hebben mede tot doel “persoonlijke autonomie te handhaven en een vergaande ingreep van overheidsorganen in het persoonlijk leven te voorkomen”. Hoewel dat een directe verwijzing naar zelfbeschikking ontbreekt in de Grondwet, klinkt deze notie nadrukkelijk door in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 Gw) en in het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (art. 11 Gw).’

17 Dit volgt alleen al uit het feit dat de financiële middelen zijn gebudgetteerd. Dat het stelsel ook daadwerkelijk wordt beheerst door schaarste volgt uit het feit dat de vraag naar zorg het beschikbare budget overstijgt, althans dreigt te overstijgen.

Kortom, ook al zou een keuzevrijheid om ongezond te leven als mensenrecht bestaan, dan nog zijn wij van oordeel dat in een zorgstelsel dat is gebaseerd op solidariteit en schaarste, geen plaats is voor een te beschermen individueel recht om ongezond te leven. In een dergelijk stelsel, vinden wij, is het niet vanzelfsprekend om het equivalent van de met dat ongezonde leven samenhangende zorgkosten over de samenleving als geheel om te slaan. Daarmee pleiten wij niet meteen voor het inperken van de menselijke autonomie, maar wel voor de mogelijkheid dat mensen in beginsel zelf de consequenties van gemaakte keuzes dragen. In paragraaf 2.3 staan wij uitgebreid stil bij de rol van het individu binnen de gemeenschap.

### 2.1.3 *Uitvoering in de praktijk*

De overheid kan op diverse wijzen een positiefrechtelijke invulling geven aan het recht op gezondheid. Van *nudging* (het subtiel stimuleren van mensen om zich op een gewenste wijze te gedragen)<sup>18</sup> tot concrete maatregelen als het invoeren van een suikertaks (die er overigens nog steeds niet volledig is).<sup>19</sup>

#### *Nationaal Preventieakkoord*

Misschien wel de meest in het oog springende ‘maatregel’ is het Nationaal Preventieakkoord. In dit akkoord staan de maatregelen die de rijksoverheid sinds 2018 met een groot aantal maatschappelijke organisaties vaststelt om Nederlanders gezonder te maken door het terugdringen van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht.

De doelen in het akkoord richten zich op het jaar 2040 en zijn op zich kristalhelder, namelijk:

1. een rookvrije generatie;
2. minder overgewicht (van 50% naar 38% van de volwassenen);
3. minder overmatig alcoholgebruik (van 8,9% naar 5%).

In de laatste kabinetsperiode is er ook een extra onderwerp bij gekomen, te weten het aanpakken en voorkomen van mentale gezondheidsproblemen.

Om de doelen te halen zijn er diverse maatregelen genomen en er komen steeds maatregelen bij. Het probleem volgens sommige deskundigen, zoals hoogleraar gezondheidseconomie Jochen Mierau en hoogleraar gezondheidsrecht

18 C.R. Sunstein, *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*, New Haven: Yale University Press 2008.

19 Vanaf 1 januari 2024 gaat wel de verbruiksbelasting op frisdrank omhoog, zie [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/koopkracht/verhoging-belasting-op-frisdrank](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/koopkracht/verhoging-belasting-op-frisdrank).

Brigit Toebes, is dat de overheid de gezondheidsdoelen niet in de wet heeft vastgelegd, zoals ook stikstofnormen wettelijk zijn vastgelegd. ‘Als het aantal diabetespatiënten, alcoholverslaafden of mensen met obesitas boven die norm uitkomt, dan moet de overheid maatregelen nemen om die aantallen terug te dringen’, aldus Mierau en Toebes.<sup>20</sup> En gebeurt dat niet, dan kunnen burgers, al dan niet verenigd in en door maatschappelijke organisaties, bij de rechter afdwingen dat de overheid die maatregelen moet gaan nemen. Urgenda deed dit met succes toen de klimaatdoelen niet leken te worden gehaald.<sup>21</sup>

Wij zijn echter van mening dat – zelfs zonder de wettelijke vastlegging van de gezondheidsdoelen – een rechtsgang om vaart te maken met de maatregelen en om meer maatregelen af te dwingen, nu al een kans van slagen heeft.<sup>22</sup> Als we bijvoorbeeld kijken naar het doel om het overgewicht terug te dringen, dan moeten we vaststellen dat dit doel nimmer in het jaar 2040 wordt gehaald.<sup>23</sup> Dat het doel niet bij wet is vastgelegd, laat onverlet dat de overheid zich aan dit doel openlijk en bij herhaling heeft gecommitteerd.<sup>24</sup> Zelfs als je het doel als een ‘inspanningsverplichting’ zou opvatten, dan menen wij dat die inspanning nu schromelijk tekortschiet.

---

20 Dubbelinterview in *De Correspondent*, 30 augustus 2023, ‘Tijd dat de overheid aan haar zorgplicht gaat voldoen’. Ook: J.C. Mierau & B.C.A. Toebes, ‘Streefwaarden voor de volksgezondheid’, *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (99) 2021, p. 70-74.

21 HR 20 december 2019, ECLI:NL:HR:2019:2006 (*Staat/Stichting Urgenda*).

22 Vanzelfsprekend zou wettelijke verankering van streefwaarden voor de volksgezondheid aan te bevelen zijn. Zie in dit verband nog, A. Ruijter e.a., *Tussen mens en ruimte, de (on)gezonde voedselomgeving als omgevingswaarde*, Amsterdam: december 2013, waarin de onderzoekers een meetinstrument hebben onderzocht waarmee buurten en straten op een betrouwbare manier een voedselscore krijgen.

23 Het RIVM heeft aangegeven dat de afgesproken inzet nog onvoldoende is om de gestelde ambities te realiseren en hiervoor voorstellen gedaan. En uit cijfers van het CBS blijkt het aandeel mensen met overgewicht en obesitas in 2021 nog ver boven de doelen te liggen die in het Nationaal Preventieakkoord voor 2040 zijn gesteld ([www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/10/overgewicht-roken-en-alcoholgebruik-nauwelijks-gedaald-sinds-2018](http://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/10/overgewicht-roken-en-alcoholgebruik-nauwelijks-gedaald-sinds-2018) en [www.rivm.nl/leefstijlmonitor/alcoholgebruik-onder-volwassenen](http://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/alcoholgebruik-onder-volwassenen)). Zie ook RIVM, *Beweeggedrag in 2021. Door verschillende groepen in de Nederlandse bevolking*, 9 maart 2023. Conclusie uit dit rapport: minder dan de helft van de Nederlanders voldeed in 2021 aan de Beweegrichtlijnen.

24 Het eerste Nationaal Preventieakkoord dateert van 2018. Hierop zijn aanvullende maatregelen genomen. Zie in dit verband ook RIVM, *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2020* en Kamerbrief 17 maart 2022, ‘Preventiebrief t.b.v. Leefstijldebat 24 maart 2022’, *Kamerstukken II 2021/22*, 32793, nr. 584.



*Keuzehandboek Zorg en Leefstijl*

In de inleiding refereerden wij aan het draaiboek 'Code Zwart' dat voor het behandelen van zorg tijdens de covidpandemie is opgesteld. In dit tijdelijke handboek – niet opgesteld door de overheid, maar door de Federatie van Medisch Specialisten en de KNMG – werden de keuzes verantwoord aan wie zorg zou moeten worden verleend. Het verlenen van zorg tijdens de pandemie legde namelijk op pijnlijke wijze bloot dat niet meer aan iedereen de toegang tot zorg kon worden geboden die voor de pandemie nog wel aan hen werd geboden.

Hoewel het na de pandemie stil(ler) is geworden rondom deze problematiek, zijn de arbeidsnoden er niet minder op geworden. Gelet op de dubbele vergrijzing<sup>25</sup> zal het arbeidstekort in de zorg snel oplopen en is een nieuw 'keuzedraaiboek', gebaseerd op een niet-pandemische situatie, noodzakelijk of in ieder geval zeer wenselijk. Een handboek waarin keuzes worden vastgelegd onder welke omstandigheden en in welke gevallen zorg wordt aangeboden en welke vorm van zorg dat is. Bij het maken van die keuzes zouden ook leefstijlelementen betrokken kunnen worden. De overheid zou het initiatief voor een dergelijk handboek – met als werktitel: *Keuzehandboek Zorg en Leefstijl* – kunnen nemen. Daarbij ligt het voor de hand om niet alleen medici, maar ook ethici te betrekken bij het vastleggen van de diverse keuzes en/of de criteria op basis waarvan de keuzes kunnen worden gemaakt.<sup>26</sup>

Ons voorstel is om in het keuzehandboek onder meer vast te leggen, althans een poging daartoe te doen, of er naast leefstijlgerelateerde criteria ook voldoende basis is om leeftijd als keuzevariabele te includeren en op basis daarvan keuzes te maken om niet meer en/of anders te behandelen. Dus het voorkomen of verminderen van zorgvraag kan binnen de preventieve context ook voortkomen uit geobjectiveerde keuzes over wanneer (nog te) behandelen en wanneer niet, waarbij de focus minder ligt op genezing en meer op sterven. Nu al worden in de zorg (al dan niet impliciet) keuzes gemaakt tussen het behandelen van ouderen en jongeren die nog een heel leven voor zich hebben. Dit handboek zou dus verder gaan door expliciet te stellen dat in een stelsel van schaarste niet iedereen behandeld wordt met het oog op genezing.

Vooropgesteld de noodzakelijkheid en wenselijkheid van zo'n handboek, ligt het gevoelsmatig voor de hand om keuzes tussen oud en jong te maken. Maar wat te doen met 'vitale, actieve ouderen' en 'inactieve, ongezond levende jongeren'?

25 Zie [www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen](http://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen).

26 Gommers ziet het opstellen van een dergelijk draaiboek als een onvermijdelijkheid als er niet wordt geïnvesteerd in meer personeel en niet anderszins wordt geïnoveerd in de zorg, zie D.A.M.P.J. Gommers BNR Podcast 4 juni 2022, 'Pandemie terugblik deel 3: hoe nu verder'.

De oudere in dit geval voorrang verlenen zou een bestraffing voor het mogelijke eigen gedrag van de jongere zijn. Let op: het mogelijke eigen gedrag, omdat vele externe factoren – bijvoorbeeld verslaving – dat gedrag natuurlijk beïnvloeden. En dan is het maken van zo’n scherpe keuze niet zonder meer de rechtvaardige keuze.

Het Keuzehandboek Zorg en Leefstijl zou dus vooral een discussie met de samenleving moeten zijn (of worden) over cultuur en gedrag, het maken van individuele keuzes en afspraken daarover. Evident dat zo’n keuzehandboek een levend document is, dat kan wijzigen in de tijd met de intrede van nieuwe variabelen die van invloed zijn op het maken van die keuzes. Daarnaast fungeert het Keuzehandboek Zorg en Leefstijl als spil in die discussie, waarbij ruimte is voor zowel cognitieve, rationele afweging als emotionele invloeden vanuit overtuiging. Het zou daarmee een scherp(er) nudginginstrument kunnen worden om als gedragen en door het veld opgestelde richtlijn niet alleen op geaggregeerd niveau een gezonde leefstijl ‘te belonen’, maar ook op individueel niveau mensen aan te moedigen om die gezonde leefstijl na te streven. In paragraaf 2.3 wordt uitvoerig stilgestaan bij de mogelijke individuele verantwoordelijkheid van burgers om gezond(er) te leven.

## 2.2 *Bedrijven*

### 2.2.1 *Zorgplicht van bedrijven*

Niet alleen de overheid, ook bedrijven dragen verantwoordelijkheid voor het beschermen van publieke belangen en fundamentele rechten. Er tekent zich steeds duidelijker een parallelle verantwoordelijkheid af en burgerbewegingen dwingen het nakomen van die verantwoordelijkheden ook daadwerkelijk af voor de rechter. Vooral het ‘klimaatrecht’ lijkt een proeftuin voor dergelijke procedures, waarin normatieve uitspraken worden uitgelokt over de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van overheid en/of bedrijf voor de externe kosten die het handelen van bedrijven voor de samenleving meebrengt. Denk aan *Staat/Stichting Urgenda*<sup>27</sup> en *Milieudefensie c.s./Royal Dutch Shell*.<sup>28</sup>

Dat bedrijven, in het bijzonder multinationale ondernemingen, zich maatschappelijker zouden kunnen en moeten gedragen, is niet iets van gisteren. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) onderkende dit al in 1976 en de VN in 2011. Beide organisaties bieden een set van beginselen en normen voor verantwoordelijk gedrag van ondernemingen in een wereldwijde context. Hoewel deze internationale richtlijnen vooralsnog niet juridisch bindend

---

27 HR 20 december 2019, ECLI:NL:HR:2019:2006 (*Staat/Stichting Urgenda*).

28 Rb. Den Haag 26 mei 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:5337 (*Milieudefensie c.s./Royal Dutch Shell*).

zijn, hebben zij onder meer in de EU-kaderverordening voor duurzame beleggingen een plaats gekregen. Hierdoor zijn de richtlijnen juridisch afdwingbaar geworden voor de toepassing van die verordening. Ook geldt dat als bedrijven zelf stellen dat zij deze internationale richtlijnen naleven, zij daarop *in civilibus* kunnen worden aangesproken.<sup>29</sup>

Zowel de OESO-richtlijnen (voor multinationale ondernemingen) als de VN-richtlijnen voor het bedrijfsleven en de mensenrechten, beter bekend onder de afkorting UNGP (UN Guiding Principles on Business and Human Rights), verwijzen naar ‘verantwoord zakendoen’ in een brede (internationale) betekenis en worden ook wel aangeduid met de term IMVO (internationaal maatschappelijk verantwoord ondernemen). Dat betekent dat een bedrijf niet alleen het creëren van aandeelhouderswaarde als doel dient na te streven, maar ook als doel heeft andere belangen te beschermen die door het handelen van het bedrijf direct of indirect kunnen worden geraakt. Het kan daarbij gaan om de belangen van arbeiders in de productieketen of om consumentenbelangen of milieubelangen. Het maken van winst is in die gevallen een middel tot het verwezenlijken van ook die andere (maatschappelijk verantwoorde) doelen.

Centraal in beide richtlijnen staat het concept *due diligence* (‘gepaste zorgvuldigheid’). Due diligence is een doorlopend proces dat bedrijven gebiedt de risico’s op het gebied van (onder meer) mensenrechten in kaart te brengen en vervolgens aan te pakken of te voorkomen. De te beschermen principes worden internationaal

---

29 In dit verband is ook relevant dat op Unieniveau op 23 februari 2022 een voorstel is gepubliceerd voor een Richtlijn inzake passende zorgvuldigheid in het bedrijfsleven op het gebied van duurzaamheid en tot wijziging van Richtlijn (EU) 2019/1937, de zogenoemde *Corporate Sustainability Due Diligence Directive* (COM(2022)71 final). Het voorstel biedt een EU-rechtskader voor duurzaam ondernemingsbestuur, met inbegrip van due-diligenceverplichtingen (ofwel: gepaste zorgvuldigheid) voor bedrijven die zien op hun mondiale toeleveringsketen(s). Ook heeft de Europese Raad de lidstaten opgeroepen om, in overeenstemming met hun bevoegdheden en nationale omstandigheden, hun inspanningen op te voeren om de betrokken VN-richtlijnen daadwerkelijk uit te voeren. Op 14 december 2023 hebben de Raad en het Europees Parlement een voorlopig akkoord bereikt voor de richtlijn. In Nederland is onder meer een initiatiefvoorstel in de maak: het wetsvoorstel voor de Wet verantwoord duurzaam en internationaal ondernemen (*Kamerstukken II 2020/21, 35761, nr. 2*). Stand van zaken over bij het schrijven van deze bijdrage: in verband met een (ingrijpende) nota van wijziging (*Kamerstukken II 2022/23, 35761, nr. 17*) is de Raad van State verzocht om hierover advies uit te brengen (*Kamerstukken II 2022/23, 35761, nr. 19* en stemming Tweede Kamer 12 oktober 2023).

breed erkend en zullen naar verwachting de komende jaren in steeds meer nationale en internationale regelgeving worden opgenomen.<sup>30</sup>

Het respecteren van mensenrechten betekent dat bedrijven moeten voorkomen dat mensenrechten van anderen worden geschonden, en dat zij de negatieve gevolgen voor de mensenrechten waarmee zij te maken hebben, moeten bestrijden.<sup>31</sup> Uit de toelichting op de UNGP volgt dat deze verplichting uitdrukkelijk geldt, ongeacht de verplichtingen van de overheid. De plicht voor een staat om mensenrechten te beschermen enerzijds en de verantwoordelijkheid voor bedrijven om mensenrechten te respecteren anderzijds bestaan derhalve onafhankelijk en naast elkaar. Bedrijven kunnen zich dan ook niet achter de overheid verschuilen als het gaat om mensenrechten, althans niet als hun handelen negatieve gevolgen heeft op mensenrechten.

De verantwoordelijkheid van bedrijven heeft betrekking op internationaal erkende mensenrechten, waaronder die uit het IVESCR.<sup>32</sup>

Belangrijk is dat bedrijven beleid en procedures ontwikkelen om aan hun verantwoordelijkheid te kunnen voldoen. Daartoe behoren een beleidsstatement, een due-diligencemechanisme en een mechanisme dat voorziet in het compenseren van schade als gevolg van mensenrechtenschendingen die zij veroorzaken of waaraan zij bijdragen.<sup>33</sup>

De OESO-richtlijnen en UNGP bieden een belangrijk kader voor het beoordelen hoever de maatschappelijke zorgplicht van een bedrijf reikt als een niet-gouvernementele organisatie (ngo) of een andere justitiabele hem bijvoorbeeld op grond van onrechtmatige daad (art. 6:162 van het Burgerlijk Wetboek (BW)) aansprakelijk zou willen stellen voor de externe kosten van zijn handelen. In de zaak *Milieudefensie c.s./Royal Dutch Shell* onderbouwde de rechtbank haar oordeel over het schenden van de ongeschreven norm van maatschappelijke betamelijkheid, als bedoeld in artikel 6:162 BW, onder meer met verwijzingen naar de breedgedragen en erkende normen in de UNGP.<sup>34</sup>

---

30 Zie voetnoot 29. Ook lezenswaardig: L. Paape, *Maatschappelijke zorgplicht voor ondernemingen. 10 redenen waarom dat geen vraag meer zou moeten zijn* (afscheidsrede Nyenrode), 8 december 2022.

31 UNGP, *Principle 11*: 'Business enterprises should respect human rights. This means that they should avoid infringing on the human rights of others and should address adverse human rights impacts with which they are involved.'

32 UNGP, *Principle 12*.

33 Zie bijv. UNGP, *Principle 15*.

34 Rb. Den Haag 26 mei 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:5337 (*Milieudefensie c.s./Royal Dutch Shell*), r.o. 4.4.2 en 4.4.11 e.v.

### 2.2.2 *Uitvoering in de praktijk*

Bedrijven geven langzaam meer invulling aan hun maatschappelijke zorgplicht langs de hierboven geschetste kaders. Veel aandacht lijkt in dit verband uit te gaan naar duurzaamheid en bescherming van milieu en klimaat. De nood op dat gebied is ook hoog.

Op het gebied van gezondheid kunnen bedrijven naar onze mening ook worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden. Het is geen geheim dat veel levensmiddelen ernstige schade aan onze gezondheid kunnen toebrengen. Vaak als gevolg van overdaad. Wanneer die overdaad een gevolg is van slimme marketing of verslaafd makende additieven in de producten, dan zouden die producenten, naar onze opvatting, op grond van hun due-diligenceverplichtingen (mede aansprakelijk kunnen/mogen worden gehouden voor (een deel van) de externe kosten, dat wil zeggen voor de financiële (gezondheids)schade die hun producten veroorzaken.

Wij realiseren ons dat gezondheidsschade vaak niet door de consumptie van een enkel product wordt veroorzaakt. Zo zullen suikerhoudende frisdranken die met chips en ‘vet eten’ in overvloed worden genuttigd ongetwijfeld obesitas kunnen veroorzaken, maar welk aandeel het individuele product daarin heeft, is minder eenvoudig exact vast te stellen. Deze problematiek speelt niet wanneer bijvoorbeeld grote retailers of distributeurs, zoals supermarkten, aansprakelijk zouden worden gesteld uit hoofde van hun maatschappelijke zorgplicht/ due-diligenceverplichtingen.

Supermarkten beïnvloeden in sterke mate de dagelijkse voedingsconsumptie van consumenten;<sup>35</sup> voornamelijk vooral ten negatieve, omdat de schijf van vijf nauwelijks tot niet wordt aangeboden en ongezonde producten, meer dan gezonde

---

35 Supermarkten hebben een dominant aandeel in de voedselketen met minimaal 50% van alle omzet en grofweg 65-70% van alles wat we eten in termen van volume, aldus Rabobank, ‘Update. Detailhandel food: veranderende consument vraagt meer creativiteit’, 24 mei 2022. Zie ook Cancer Research UK, ‘Routes to a Healthier Shopping Journey – How Your Supermarket Environment Influences What Goes into Your Basket’, 20 april 2023, waarin wordt genoteerd: ‘Navigating a supermarket can sometimes make it difficult to avoid the tempting offers and alluring marketing of less healthy products. It can also feel harder to locate healthy products, or to work out which products are even healthy in the first place. This is why, amongst other recommendations for government and for wider industry, we propose a new take on the classic marketing “4 Ps”. These are recommendations which are within the supermarkets’ control that could help rebalance their offer and assist people to eat and drink more healthily.’

producten, voor het grijpen liggen.<sup>36</sup> Er is weinig voorstellingsvermogen nodig om te begrijpen dat een dergelijke negatieve beïnvloeding van supermarkten de gezondheid van hun klanten/consumenten kan schaden. Die gezondheidsschade vertaalt zich in de eerste plaats in externe kosten voor de samenleving, namelijk in zorgkosten, en in de tweede plaats in verdringing van zorg – omdat ons stelsel op schaarste is gebaseerd –, waardoor de toegang tot zorg (uiteindelijk) wordt belemmerd. Supermarkten zouden, naar onze mening, derhalve op grond van onrechtmatige daad (art. 6:162 BW) aansprakelijk kunnen worden gesteld voor het schenden van hun maatschappelijke zorgplicht, waarbij als remediërende maatregel due-diligenceverplichtingen kunnen worden gevorderd, zoals het hanteren van een andere *routing* in de winkels, het nadrukkelijker presenteren van de gezonde producten en geen ‘reclamekortingen’ (bonus) voor ongezonde producten.<sup>37</sup> Ook zouden supermarkten om diezelfde reden kunnen worden aangesproken om gezondere producten aan te bieden. Zij zijn, gelet op hun *market power*, allicht ook het beste in staat om hun leveranciers ertoe te bewegen gezondere producten te ontwikkelen en te leveren. Dat kan opnieuw volgens een due-diligenceproces, door bijvoorbeeld af te spreken dat het aangeboden assortiment van de betrokken leverancier jaarlijks x procent gezonder wordt.

Een ander voorbeeld van het aanspreken van een bedrijfstak die de externe kosten van zijn producten afwentelt op de samenleving, is natuurlijk de tabaksindustrie. De tabaksgerelateerde zorgkosten (voor rokers en meerokers) worden jaarlijks op meer dan € 1 miljard geschat.<sup>38</sup> Los van de vraag wat de exacte schade is en

---

36 In totaal valt 21% van het supermarktassortiment in de schijf van vijf en 79% hierbuiten. Van de wekelijkse supermarktaanbiedingen en producten die in de winkels gepromoot worden door plaatsing in kopschappen en impulsmeubels valt 19% in de schijf van vijf en 81% buiten de schijf van vijf. Van producten uit negen productgroepen met daarop kindermarketing (bijv. een cartoon op de verpakking) valt 3% van de producten binnen de schijf van vijf en 97% daarbuiten. Bij 73% van de traditionele kassa’s en bij 65% van de zelfscankassa’s in supermarkten liggen producten die niet in de schijf van vijf vallen, aldus M.P. Poelman e.a., *Monitoring van de mate van gezondheid van het aanbod en de promoties van supermarkten en out-of-home-ketens*, Wageningen University & Research (WUR), november 2021.

37 Van alle soorten promotie leidt kwantumkorting (‘3 halen, 2 betalen’) het meest direct tot extra consumptie. Ook consumenten zelf hebben daar geen voordeel bij: ze eten meer dan ze van plan waren en geven ook meer geld uit, aldus Questionmark, *Whitepaper. Voedselpromotie en overconsumptie*, 2023.

38 De kosten van zorg voor longkanker werden in 2019 geschat op € 737 miljoen. Zorguitgaven voor COPD werden in 2019 geschat op € 753 miljoen. Bron: [www.vzinfo.nl/roken](http://www.vzinfo.nl/roken). In 2015 werd in Nederland € 2,4 miljard besteed aan zorg aan ziektegevallen die door roken zijn veroorzaakt. Het gaat om (long)kanker, COPD, hart- en vaatziekten en diabetes. De kosten van deze

hoe die kan worden berekend – de netto-opbrengsten bij langer leven worden overigens in verschillende modellen hoger geschat dan de denkbeeldige baten van korter leven<sup>39</sup> –, wordt het ‘leven in een goede of betere gezondheid’ óók als een positieve opbrengst gezien als je dat vergelijkt met een ‘leven in slechte(re) gezondheid als gevolg van roken’. Terzijde: jaarlijks sterven in Nederland om en nabij 20.000 mensen aan de directe gevolgen van roken.

Kortom, we kunnen het erover eens zijn dat roken veel schade teweegbrengt, en die schadelast wordt tot op de dag van vandaag niet eerlijk verdeeld. De werkelijke schade wordt namelijk niet betaald door de gebruiker (de roker), maar óók niet door de fabrikant die het product maakt én verkoopt. Nee, de werkelijke schade wordt afgewenteld op de samenleving als geheel en de roker en de fabrikant betalen daar slechts in zeer beperkte mate – via belastingen – aan mee.

Het is volgens ons in de huidige maatschappelijke context niet meer houdbaar dat tabaksfabrikanten enerzijds aanzienlijke winsten maken bij de verkoop van tabaksproducten, terwijl anderzijds de maatschappij opdraait voor de aanzienlijke schade die inherent is aan het product. De maatschappelijke opvatting hierover is veranderd dan wel aan een sterke verandering onderhevig.

In dit verband kan ook een parallel met de asbestproblematiek worden getrokken. De productie en verwerking van asbest in de industrie was immers lange tijd maatschappelijk aanvaard en niet verboden, maar heeft aanvaarding van aansprakelijkheid voor de daardoor ontstane schade decennia later niet in de weg gestaan.

In een civielrechtelijke procedure zouden, op grond van onrechtmatige daad (art. 6:162 BW), de vergoedingen die een zorgverzekeraar heeft gedaan ten behoeve van de aan zijn verzekerden verleende tabaksgerelateerde (wettelijk verzekerde) basiszorg, allicht – vragen omtrent ontvankelijkheid buiten beschouwing latende – kunnen worden verhaald op een of meer tabaksfabrikanten. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor gemeenten die COPD-zorguitgaven dragen.

---

39 ziekten als gevolg van roken vormen 2,8% van de totale zorgkosten. Zie Volksgezondheid Toekomst Verkenning, [www.vtv2018.nl](http://www.vtv2018.nl). Maastricht University, *Social Cost-Benefit Analysis of Tobacco Control Policies in the Netherlands*, 2016.

## 2.3 *Het individu*

### 2.3.1 *Hoe het individu zich tot de gemeenschap kan verhouden*

Rust er op het individu een verplichting jegens de gemeenschap om gezondheidschade te voorkomen, althans te beperken? Of anders gezegd: rust op het individu een verplichting om gezond te leven ter voorkoming van zorgvraag, die ten laste gebracht kan worden van de samenleving?

Heeft de samenleving in dat opzicht eigenlijk niet te gelden als een derde partij, gelijk een ander individu of onderneming, die je niet onnodig schade mag toebrengen en als je dat wel doet, dat je dan onder omstandigheden daarvoor aansprakelijk gehouden kan worden?

‘Zorgstelsel onder stress als gevolg van vergrijzing’, ‘oplopende kosten’, ‘langer leven’, ‘een ongezonde leefstijl’ en ‘onverantwoord gebruik van medische zorg’ zijn veelvoorkomende uitspraken in de media. Weliswaar (deels) gereguleerd via de markt, herbergt het zorgstelsel in de Nederlandse situatie onverkort kenmerken van een publiek goed.<sup>40</sup> De vrije – welhaast onvoorwaardelijke – publieke toegang zonder directe financiële tegenprestatie, behoudens betaling van zorgpremie en een eigen risico, leidt tot vragen over de houdbaarheid van een zorgstelsel gebaseerd op solidariteit. Zorgconsumptie van de ene burger leidt daarnaast niet of nauwelijks tot verminderde zorgconsumptiemogelijkheden van een andere burger (ofwel: afwezigheid van rivaliteit); uitsluitbaarheid van specifieke burgers of groepen is niet aan de orde, althans lijkt niet tot uitgangspunt te zijn gekozen van het Nederlandse zorgstelsel. In zijn artikel ‘Protecting the Medical Commons – Ensuring Adequate Care’ stelt Block: ‘Freedom to access to the medical commons has resulted in the irresponsible use of precious, limited health care resources that benefit neither the individual nor society.’<sup>41</sup>

De verwijzing van Block naar de *commons*-theorie (tragedie) grijpt terug naar eerder werk. In 1968 publiceerde Garrett Hardin in *Science* een artikel met de titel

---

40 M. de Jongh, *De waarde van publieke goederen. Een filosofische analyse over de herijking van de overheid* (Ethische Annotaties nr. 8), Universiteit Utrecht, mei 2021, p. 5: de economische theorie definieert publieke goederen als ‘niet-rivaal’ en ‘niet-uitsluitbaar’ in consumptie. Prominente voorbeelden van publieke goederen zijn defensie en veiligheid, onderwijs en zorg, AOW en sociale voorzieningen, wetenschappelijk onderzoek en cultuur, openbaar vervoer en infrastructuur, dijken en stadsparken, natuurbeheer en energievoorziening (p. 3).

41 D.J. Block, ‘Protecting the Medical Commons – Ensuring Adequate Care’, *Physician Executive* (38) 2012, afl. 3, p. 36-40.



'The Tragedy of the Commons'.<sup>42</sup> Daarin schetst hij een beeld dat mensen als *homo economicus* hun eigen belang nastreven en publieke goederen of hulpbronnen zuiver in hun eigen belang zullen gebruiken wanneer het beheer of de eigendom van die goederen en hulpbronnen niet publiek of privaat is gereguleerd.<sup>43</sup>

Er is echter een beweging gericht op het zoeken naar oplossingen ten behoeve van collectief beheer van publieke goederen. Nobelprijswinnaar Elinor Ostrom lijkt een van de voornaamste kopstukken uit die beweging. In diverse publicaties gaat ze in op zogenaamde *common pool resources*.<sup>44</sup> Ook feministe Nel Nodding benadrukt het cruciale belang van een zorgzame samenleving ter versterking van politieke en sociale structuren.<sup>45</sup>

Pieter Wijnsma beschrijft in een column dat het idee van wat een common behelst intussen fors verbreed is.<sup>46</sup> Hij stelt:

'Zie bijvoorbeeld de beschrijvingen in *Our Common Health* van Jonathan Rowe. Het gaat om alles wat als een collectief goed beschouwd kan worden. Dus aarde, lucht en water. Maar ook ons volledige culturele erfgoed, zoals taal, kennis, technologie, cultuur, instituties (zoals vrije pers), en dergelijke. (...) Commons overstijgen dus ook de gangbare tegenstelling tussen staat, markt en "civil society". (...) Maar die balans tussen geven en nemen is niet voor elke organisatie hetzelfde. Verre daarvan. Sommige nemen veel meer dan ze geven. En voor andere is dat andersom. Het denken over de commons helpt om een debat aan te gaan over die balans. Goed beheer van de commons vereist zorg. Zorg van alle partijen, die gebruik maken van die commons. Maar die zorg is zelf ook een common. De zorg voor onszelf, voor elkaar, voor ons erfgoed en voor ons leefmilieu komt niet vanzelf tot stand en blijft ook niet vanzelf bestaan. Het vereist een bepaalde

42 G. Hardin, 'The Tragedy of the Commons', *Science* (162) 1968, afl. 3859, p. 1243-1248.

43 Hardin ontleent dit standpunt aan hetgeen William Foster in 1883 over het problematisch overgebruik van de *commons* (weidegronden) in Engeland schreef. Foster illustreerde dat aan de hand van het voorbeeld dat als twee herders elk hun schapen (of koeien) laten grazen op een gemeenschappelijk weideland, het 'verlies' van grasland door beide herders wordt gedragen. Dit wordt problematisch als de ene herder meer schapen en daardoor meer opbrengst voor zichzelf realiseert en houdt dan de ander.

44 E. Ostrom, *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*, New York: Cambridge University Press 1990; E. Ostrom, 'Collective Action and the Evolution of Social Norms', *Journal of Economic Perspectives* (14) 2000, afl. 3, p. 137-158.

45 N. Noddings, *Caring. A Relational Approach to Ethics and Moral Education* (2nd Ed.), Berkeley: University of California Press 2013.

46 Zie [www.pieterwijnsma.nl/gelezen/zorg-als-common](http://www.pieterwijnsma.nl/gelezen/zorg-als-common).

grondhouding. Een besef van afhankelijkheid. Van solidariteit. En van dankbaarheid voor wat je “gekregen” hebt, van anderen of van de aarde. Die grondhouding vereist zelf ook onderhoud. De georganiseerde gezondheidszorg is ingebed in die zorg als common. En ze is er sterk van afhankelijk. Als mensen goed voor elkaar en voor zichzelf zorgen is er minder georganiseerde zorg nodig. Anderzijds bepaalt het karakter van de georganiseerde zorg ook hoe ze daar mee om gaan. Als consument of als “coproducent” van zorg.’

Terug naar het recht definieert artikel 6:162 BW in die context een onrechtmatig handelen als een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond. Het artikel gaat nog een stap verder door te stellen dat ‘hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, verplicht is de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden’. In een context van ‘recht op ongezond leven’, ofwel *bewust ongezond en schadelijk gedrag*, kan dit – in een zorgstelsel dat op solidariteit is gebaseerd en wordt beheerst door schaarste – als onrechtmatig gedrag jegens de ‘common’ (de gemeenschappelijke beschikbare zorg) worden opgevat. Het individuele gedrag is in zo’n geval niet in het belang van de gemeenschap en wentelt de ‘eigen’ schade op common af. Het vasthouden aan het concept solidariteit is in dat geval niet meer dan een politieke keuze, die we verantwoord over de band van het ‘fatsoen’ voor onze medemens.

Is het asociaal om uit te gaan van een gemeenschappelijke morele grondnorm die op elk individu in de samenleving een zekere gezondheidsverantwoordelijkheid legt, voor zichzelf, zijn omgeving en de samenleving, dit ter voorkoming dat andere burgers onnodig uit het zorgstelsel geweerd moeten worden vanwege de absurde hoge instroom van leefstijlgerelateerde aandoeningen en daaraan gerelateerde kosten? Gert van Dijk, ethicus bij de KNMG, wijst in elk geval een ontwikkeling af die consequenties verbindt aan een ongezonde leefstijl. Hij vertaalt dat naar een oprukkend gezondheidssuprematisme; het knaagt aan de wortels van een solidaire samenleving.<sup>47</sup> Tegelijkertijd stelt Van Dijk dat vrije autonomie van individuen niet zo ver rijkt dat de zorg daarmee verwordt tot een soort afhaalrestaurant. Hij stelt: ‘Autonomie betekent dat mensen hun leven naar eigen inzicht mogen inrichten, maar niet dat anderen ieder levensproject mogelijk moeten maken.’<sup>48</sup> Staan deze uitspraken van Van Dijk nu naast of tegenover elkaar? Maakt het Nederlandse zorgstelsel niet ongewild het ongezonde levensproject van een

47 G. van Dijk, ‘Hogere zorgpremie bij een ongezonde leefstijl?’ (column op persoonlijke titel), KNMG 3 juni 2022.

48 G. van Dijk, ‘Autonomie: alles doen wat iedereen wil?’ (column op persoonlijke titel), KNMG 21 november 2016.

individueel mogelijk, waarmee de uitspraken van Van Dijk tegenover elkaar staan? Zo ja, dan zou het opstellen van een gemeenschappelijke (morele) grondnorm die uitspraken wellicht met elkaar kunnen verenigen.

Het standpunt om individuen aan te spreken op hun gezondheidsgedrag lijkt asociaal en ongewenst binnen ons democratische denken. Jos Dute gaat in zijn inaugurele rede *De vrijblijvendheid voorbij. Over het recht op preventie* nagenoeg voorbij aan de rol van het individu binnen de preventiediscussie. In zijn rede stelt Dute: 'Het recht op preventie richt zich, zoals alle mensenrechten, primair tot de overheid. Dat neemt niet weg dat ook andere actoren verantwoordelijkheid dragen voor de realisatie van het recht op preventie. Ik stip kort enkele punten aan in relatie tot de zorgverzekeraars, de zorgsector en het bedrijfsleven.'<sup>49</sup>

De *Thematische wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg* gaat diep in op de thematiek rondom zelfbeschikking, maar lijkt vanwege de aangelegde focus op specifieke deezorgthema's in mindere mate toe te komen aan de beantwoording van de vraag hoe de risico's, verbonden aan een zelf beschikkend individu, moeten worden verdeeld over individu en samenleving. Het rapport stelt: 'Uit het onderzoek komt naar voren dat in verschillende situaties door betrokkenen inderdaad een spanning wordt ervaren tussen de zelfbeschikking van patiënten enerzijds en de plicht van de overheid zo goed mogelijk voor de gezondheid van haar burgers te zorgen en de zorgplicht van hulpverleners anderzijds.'<sup>50</sup>

De indruk kan ontstaan dat voor een pleidooi voor 'individuele gezondheidsverplichtingen' weinig ruimte bestaat; een samenleving die Juli Zeh beschrijft in haar roman *The Method*<sup>51</sup> lijkt niet gewenst en daarmee ver af te staan van het formuleren van een preventieve open gezondheidsnorm die is samen te vatten als een (morele) verplichting om gezond te leven. In de inleiding noemden wij enkele cijfers en statistieken die onderschrijven dat armoede, lager opgeleide mensen en een laag inkomen direct correleren met een minder lang leven in goede gezondheid. Hoe invoelbaar en wenselijk het ook is om die kloof te dichten, het geeft geen antwoord op de vraag hoe we als samenleving aankijken tegen *zorgplichten*; hoe zorgvraag te voorkomen en hoe zorg te verdelen over zorgbehoevenden.

49 J.C.J. Dute, *De vrijblijvendheid voorbij. Over het recht op preventie* (oratie Nijmegen), 18 september 2013, p. 19.

50 A.C. Hendriks, R.D. Friele, J. Legemaate & G.A.M. Widdershoven, *Thematische wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg*, Den Haag: ZonMw 2013, p. 179 e.v.

51 J. Zeh, *The Method*, London: Vintage 2014. Het verhaal speelt zich af in een toekomstige gezondheidsdictatuur, waar wetten zijn geschreven om de gezondheid van de burgers te optimaliseren.

In dit verband biedt Joan Tronto heldere inzichten. In haar boek *Caring Democracy* beschrijft zij hoe onze moderne geïndividualiseerde samenleving van zorg voor zichzelf en haar directe omgeving is vervreemd, waarin van alles wordt afgekocht, en daarmee een bedreiging vormt voor zichzelf.<sup>52</sup> Als we onverkort solidair blijven met het ongezond levende individu rijst de vraag welke gevolgen dit kan hebben voor ons gesloten zorgstelsel en voor eenieder die daarin redelijkerwijze aangewezen is op goede zorg. Want voor die mensen, die redelijkerwijze zorg nodig hebben, moet dat systeem in elk geval te allen tijde functioneren, daar zal niemand op tegen kunnen zijn. En is nu – cru geformuleerd – een zorgvraag ten gevolge van een ongezonde leefstijl zorg waarop iemand redelijkerwijze aangewezen is?

Vanuit een ‘common-perspectief’ bekeken, wordt (pijnlijk) zichtbaar wat er fout gaat als iedereen grenzeloos zijn gang mag gaan, en als het dan fout gaat de samenleving vervolgens opdraait voor dat maatschappelijk onzorgvuldige handelen. Wegkijken, het probleem ontkennen of onverantwoord handelen stelselmatig rechtvaardigen lijkt niet de oplossing, zeker niet op midden- en lange termijn. Ongewijzigd verdergaan op dezelfde weg, dus zonder het individu *als belanghebbende van het zorgstelsel* expliciet aan te spreken, zou de solidariteit in ons zorgstelsel kunnen gaan uithollen. Preventie is tegen die achtergrond geen ‘must’, maar een maatschappelijke individuele opgave, of in elk geval een morele verplichting van eenieder, ongeacht herkomst, opleiding of inkomen.

### 2.3.2 *Uitvoering in de praktijk*

Tot slot nog enkele oplossingsgerichte opmerkingen ontleend aan het werk van Elinor Ostrom. Zij beschrijft een (sturings)systeem op basis van acht principes om publieke goederen collectief te beheren en komt daarmee op tegen Hardins uitgangspunt dat de commons altijd volledig vrij toegankelijk zijn en dat niemand hiernaar omkijkt.

Vrij vertaald formuleert Ostrom de volgende uitgangspunten:

1. Definieer concrete, specifieke grenzen van wat de gemeenschappelijke middelen zijn en wie de gebruikers zijn.
2. Schrijf die grenzen toe op lokale omstandigheden en/of groepen.
3. Zorg voor gemeenschappelijke besluitvorming binnen die specifieke subgroep.
4. Stel een lokale toezichthouder in.
5. Stel graduele strafmaatregelen op bij overtreding.
6. Zorg voor laagdrempelige arbitrage bij geschillen binnen die groep.

---

52 J.C. Tronto, *Caring Democracy, Markets, Equality and Justice*, New York: New York University Press 2013.

7. Spelregels en uitgangspunten moeten erkend worden door hogere autoriteiten.
8. Voor grootschalige commons is een gelaagd systeem met lokale groepen wenselijk.

Tegen die achtergrond sluit het Integraal Zorgakkoord (IZA) aan bij de door Ostrom geformuleerde principes, waarbij voor de zorgverzekeraar, de zorgkantoren en/of gemeenten een zekere regierol lijkt te zijn weggelegd. Tegelijkertijd ligt de nadruk binnen dat IZA wel (te) sterk op samenwerken sec, waarbij onvoldoende duidelijk is welk overstijgend (regio)probleem die samenwerking legitimeert. Vanuit de problematiek rondom schaarste met preventie als deeloplossing zou een lokale gemeenschap goed in staat moeten zijn om te formuleren welke vormen van preventie nuttig en nodig zijn, voor wie, waartoe en welke grenzen daarbij passen voor zowel individu als omgeving. Voor wat betreft individueel gedrag en nakoming van afspraken dient een gepast sanctioneringssysteem te worden beschreven, waarbij ‘handhavers’ worden aangewezen (bijvoorbeeld scholen, buurthuizen) om toe te zien op de naleving.

Het (be)sturingsmodel dat Ostrom beschrijft om publieke goederen te behouden voor individu en samenleving, heeft daarnaast nog een niet-benoemde (en overigens in de literatuur weinig herkende) dimensie, die Harry van Dalen van het NIDI treffend weergeeft:<sup>53</sup> ‘Een minder vanzelfsprekend inzicht dat Ostrom naar voren heeft gebracht, is *dat de schaal waarop een probleem zich voordoet niet per se overeenkomt met de schaal van aanpak* [curs. JJMS & BvdK]. Een globaal probleem, zoals klimaatverandering, vereist niet een globale oplossing. Een globale oplossing is zwak doordat het niet het vertrouwen zal genereren dat nodig is om effectief te zijn (...).’

Beleid gericht op behoud van gedeelde hulpbronnen, zoals ons zorgstelsel, lijkt mogelijk als we daar op een gestructureerde, systematische en duurzame wijze mee omgaan, en natuurlijk tijd en energie aanwenden in het ontwerpen van spelregels. Die regels kunnen financieel pijn doen en ongebreidelde keuzevrijheden beperken, zolang men maar verwacht dat anderen die regels óók volgen en de naleving ervan in de gaten wordt gehouden, waar nodig met sancties.

### 3 Conclusie en enkele aanbevelingen

Ons zorgstelsel wordt beheerst door schaarste. Dit is het onvermijdelijke gevolg van het budgetteren van de financiële middelen voor zorg en door het stelsel te funderen op een systeem van solidariteit. Beide zijn politieke keuzes en hebben

---

53 H. van Dalen, ‘De valkuilen van een doemscenario’, *DEMOS* (38) 2022, afl. 4, [www.nidi.nl/demos/](http://www.nidi.nl/demos/).

wij als uitgangspunt genomen voor het zoeken naar juridische (deel)oplossingen om de mate van schaarste – binnen die gegeven uitgangspunten en al dan niet op termijn – zo veel mogelijk te beperken ten behoeve van hen die redelijkerwijze aangewezen zijn op ons zorgstelsel.

Schaarste in de zorg heeft als gevolg dat de toegang tot de hoogst haalbare standaard van kwalitatief goede zorg zal afnemen bij een gelijkblijvende of toenevende vraag naar zorg. Vanuit het perspectief dat ‘recht op gezondheid’ een fundamenteel recht is en ook toegang tot zorg beschermt, hebben wij bekeken wie een verantwoordelijkheid draagt (kan of behoort te dragen) bij het beschermen van dat fundamentele recht. In de eerste plaats is dat de overheid op basis van haar positiefrechtelijke verplichtingen om mensenrechten te beschermen, maar ook op bedrijven rust een (maatschappelijke) verplichting om diezelfde rechten te respecteren en de negatieve impact van hun handelen op mensenrechten te beperken. Tot slot hebben individuen een (morele) verplichting naar de gemeenschap toe om mede in het belang van het collectief zorgvuldig en weloverwogen te handelen en (zorg)schade zo veel als mogelijk te voorkomen, althans te beperken. Een ongezonde leefstijl staat derhalve op gespannen voet met die uitgangspunten.

Gelet op de bovengenoemde rechtsbeginselen en -grondslagen zou de overheid meer werk moeten maken van het uitvoering geven aan het Nationaal Preventieakkoord. De daarin gestelde doelen worden in het huidige tempo niet gehaald. Ook kan de overheid het initiatief nemen voor het opstellen van een Keuzehandboek Zorg en Leefstijl. Daarin zouden op basis van objectieve leeftijdsriteria keuzes kunnen worden vastgelegd om mensen al dan niet meer – of anders – te behandelen; bijvoorbeeld minder gericht op genezing en meer op het begeleiden naar (het onvermijdelijke) sterven. Ook zouden in dit handboek behandelkeuzes kunnen worden afgestemd op basis van al dan niet gezond gedrag van mensen. De te maken keuzes dienen niet in steen gehouwen te zijn. Het Keuzehandboek Zorg en Leefstijl zou vooral een discussie met de samenleving moeten zijn (of worden) over cultuur en gedrag en het maken van individuele keuzes. Het zou daarmee een scherp(er) nudginginstrument kunnen worden om niet alleen als collectief een gezonde leefstijl af te dwingen, maar ook een individuele gezonde leefstijl aan te moedigen.

Wat ons betreft kunnen en mogen bedrijven ook meer en rechtstreeks worden aangesproken als hun handelen gepaard gaat met negatieve externaliteiten of externe kosten die de samenleving als geheel anders zou moeten dragen. Zo zouden supermarkten, vanwege hun *market power* en impact, een grotere verantwoordelijkheid toebedeeld kunnen krijgen om gezondere producten aan de consument aan te bieden. En zouden bedrijven die producten op de markt aanbieden die evident gezondheidsschade toebrengen (bijvoorbeeld sigaretten), dienen bij te dragen aan een maatschappelijke schadeloosstelling.

Tot slot bepleiten wij om individuen meer te betrekken in de bredere discussie die gaat over schaarste en houdbaarheid van ons zorgstelsel. Individuen dus minder benaderen als drager van rechten en daarmee lijdend voorwerp, maar meer betrekken als verantwoordelijke voor het realiseren van onze gezamenlijke taakstelling om de zorg open en toegankelijk te houden. Wellicht hoort daarbij een andere afweging van belangen: meer belang toedichten aan juiste, tijdige en volledige executie van het recht op gezondheid, minder belang hechten aan een (al dan niet bestaand) recht om ongezond te leven.





## Deel 4

### Artificiële intelligentie in de ouderenzorg

*Een voorstel voor een beoordelingsinstrument voor patiëntenrechten*

Hannah van Kolfschooten\*

---

\* Mr. H.B. van Kolfschooten is als docent-onderzoeker verbonden aan het Law Centre for Health and Life, Universiteit van Amsterdam. Zij bedankt Johan Legemaate, Corrette Ploem, Anniek de Ruijter en Rolinka Wijne voor hun feedback op een eerdere versie van deze bijdrage.



## 1 Inleiding

Zorgstelsels in de Europese Unie (EU) piepen en kraken onder de toenemende *dubbele vergrijzing: enerzijds worden mensen steeds ouder, anderzijds neemt het aandeel ouderen in de samenleving gestaag toe*.<sup>1</sup> De dubbele vergrijzing zet de gezondheidszorg verder onder druk, ook omdat het aantal ouderen de komende jaren sterker zal groeien dan het aantal mensen in de werkzame leeftijdsgroepen.<sup>2</sup> Met name de ouderenzorg, waaronder thuiszorg en verpleeghuiszorg, zal hier de gevolgen van voelen. In juli 2023 kopte *Het Financieele Dagblad*: ‘Voor steeds meer ouderen geldt: recht op een verpleeghuisbed, maar geen plek’.<sup>3</sup> In Nederland was er in 2021 al een personeelstekort van 17.900 mensen in de verpleeghuiszorg, dat naar verwachting zal toenemen tot 51.900 in 2031.<sup>4</sup> Verwacht wordt dat verpleeghuiszorg in 2040 bijna een dubbele capaciteit nodig heeft.<sup>5</sup>

Deze tekorten kunnen grote problemen veroorzaken voor het garanderen van het recht op goede zorg voor ouderen. Artificiële of kunstmatige intelligentie (AI) wordt vaak genoemd als dé oplossing voor de schaarste in de ouderenzorg. AI-technologie kan tot op zekere hoogte menselijke intelligentie simuleren en daardoor menselijke taken overnemen en complexe problemen oplossen. AI kan aan de hand van grote hoeveelheden data een bepaalde uitkomst voorspellen, zoals diagnoses, het ziekteverloop of de beste behandelmethode, dan wel een specifieke situatie analyseren, zoals vitale functies of slaappatronen.<sup>6</sup> Hoewel dergelijke technologische toepassingen kunnen bijdragen aan de vrijheid en autonomie van ouderen, en eventueel kunnen leiden tot arbeidsbesparing, zijn er ook mogelijke risico’s voor de rechten van oudere patiënten. De centrale vraagstelling in deze bijdrage luidt dan ook als volgt: op welke wijze kan AI-technologie in de ouderenzorg bijdragen aan goede zorg in het licht van de dubbele vergrijzing? Ter beantwoording van deze vraag is het van belang om (1) de mogelijke risico’s van AI voor gezondheid en mensenrechten in kaart te brengen, en (2) te beoordelen in

- 
- 1 RVS, *Waarde(n)volle zorgtechnologie. Een verkennend advies over de kansen en risico’s van kunstmatige intelligentie in de zorg*, Den Haag 2019.
  - 2 J. de Beer, ‘Beleidskeuzes in een vergrijzende maatschappij’, *DEMOS* 2021, afl. 7, p. 1-4.
  - 3 M. van Poll, ‘Voor steeds meer ouderen geldt: recht op een verpleeghuisbed, maar geen plek’, *Het Financieele Dagblad* 23 juli 2023.
  - 4 Brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van 20 januari 2022 (*Kamerstukken II* 2021/22, 29282, nr. 451).
  - 5 Rapport TNO, *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg*, bijlage bij *Kamerstukken II* 2019/20, 31765, nr. 458.
  - 6 E. Fosch-Villaronga e.a., ‘Implementing AI in Healthcare: An Ethical and Legal Analysis Based on Case Studies’, *Data Protection and Artificial Intelligence: Computers, Privacy, and Data Protection* 2021, p. 187-216, <https://doi.org/10.5040/9781509941780.ch-007>.

hoeverre mogelijke risico's kunnen worden weggenomen of beperkt. In dit kader wordt in deze bijdrage een aanzet gedaan tot een *patiëntenrechtelijk beoordelings-instrument* voorafgaand aan inzet van AI in de gezondheidszorg, en de specifieke overwegingen voor toetsing van AI in de ouderenzorg.

In de ouderenzorg in Europa wordt AI-technologie al volop gebruikt. Voorbeelden zijn tools voor het monitoren en bewaken van beweging en activiteit, robotica voor niet-medische hulp en dienstverlening,<sup>7</sup> en allerlei slimme gezondheids-technologieën, zoals slimme incontinentiematerialen en slimme bedden.<sup>8</sup> De achterliggende gedachte is dat dergelijke digitale oplossingen de kwaliteit van zorg verbeteren, de werkdruk verlagen en zorgkosten drukken.<sup>9</sup> 'Technosolutionisme' in de zorg – de overtuiging dat technologie de oplossing is voor alle problemen – neemt ook in Nederland sterk toe.<sup>10</sup> Uit de E-healthmonitor 2022<sup>11</sup> blijkt dat steeds meer Nederlandse zorgverleners gebruik maken van toezichthoudende technologie in de ouderenzorg, zoals bewegingsmelders, videobewaking en gps-trackers.<sup>12</sup> De Nederlandse overheid pleit ook voor meer gebruik van slimme technologie in de ouderenzorg, bijvoorbeeld met het onlangs afgeronde programma 'Waardevolle AI voor gezondheid'.<sup>13</sup>

De toenemende inzet van AI in de ouderenzorg als oplossing voor de dubbele vergrijzing is echter niet zonder risico's. Ten eerste kan het gebruik van AI direct invloed hebben op de *kwaliteit van zorg* en de *bescherming van de gezondheid* van ouderen: AI werkt vaak minder goed voor oudere gebruikers. Uit onderzoek blijkt dat er in de datasets die worden gebruikt om AI-technologie te ontwikkelen vaak

7 G. Bardaro, A. Antonini & E. Motta, 'Robots for Elderly Care in the Home: A Landscape Analysis and Co-Design Toolkit', *International Journal of Social Robotics* 2022, p. 657-681, <http://dx.doi.org/doi:10.1007/s12369-021-00816-3>.

8 Z. Junhong e.a., 'Ethical Issues of Smart Home-Based Elderly Care: A Scoping Review', *Journal of Nursing Management* 2022, <https://doi.org/10.1111/jonm.13521>.

9 G. Rubeis, 'The Disruptive Power of Artificial Intelligence. Ethical Aspects of Gerontechnology in Elderly Care', *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104186>.

10 Zie het Actieprogramma 'Werken in de zorg' van het Ministerie van VWS (2018).

11 Uitgevoerd door het RIVM, het Nivel en NeLL (National eHealth Living Lab), in opdracht van het Ministerie van VWS.

12 Zorg voor innoveren, 'E-healthmonitor: steeds meer zorgverleners waarde- ren en gebruiken digitale zorg', te vinden op [www.zorgvoorinnoveren.nl](http://www.zorgvoorinnoveren.nl) (laatst geraadpleegd op 1 september 2023).

13 Ministerie van VWS, 'Waardevolle AI voor gezondheid', te vinden op [www.datavoorgezondheid.nl](http://www.datavoorgezondheid.nl) (geraadpleegd op 5 september 2023).

sprake is van 'biases' of vooringenomenheid ten opzichte van leeftijd.<sup>14</sup> Ouderen worden bijvoorbeeld vaak niet geïnccludeerd in klinische onderzoeken vanwege multimorbiditeit, waardoor AI-applicaties niet specifiek op deze doelgroep getest zijn.<sup>15</sup> Biometrische gezichtsherkenning werkt daarom bijvoorbeeld minder goed voor oudere gezichten,<sup>16</sup> en diagnostische tools zijn niet altijd getraind op het herkennen van leeftijdspecifieke symptomen.<sup>17</sup> Ten tweede brengt het gebruik van AI in de ouderenzorg ook risico's voor de *bescherming van mensenrechten* met zich mee, met name wat betreft het recht op non-discriminatie, op bescherming van persoonsgegevens, op geïnformeerde toestemming en op respect voor fysieke en mentale integriteit.<sup>18</sup> Deze risico's ontstaan door de grote schaal waarop AI-systemen gevoelige persoonsgegevens verzamelen en delen, het risico op vooringenomenheid en discriminatie, en door de specifieke kwetsbaarheden van deze doelgroep. Systemen die in de ouderenzorg worden gebruikt, kunnen bijvoorbeeld vooroordelen bevatten ten aanzien van cultuur en ras. Ook kunnen ze het gedrag van ouderen aanzienlijk beïnvloeden, en daarmee de vrijheid en autonomie.<sup>19</sup> De Wereldgezondheidsorganisatie waarschuwt specifiek voor leeftijdsdiscriminatie veroorzaakt door het gebruik van AI in de zorg.<sup>20</sup>

Het juridische vraagstuk omtrent verantwoord gebruik van AI in de ouderenzorg speelt in heel Europa. De juridische voorwaarden waar de inzet van AI in de ouderenzorg aan moet voldoen, worden voor een groot deel ingegeven door het internationaalrechtelijke en het Europeesrechtelijke kader. AI-technologie wordt gereguleerd via de kwaliteits- en veiligheidseisen van de Europese interne

- 
- 14 A. Rosales & M. Fernández-Ardèvol, 'Structural Ageism in Big Data Approaches', *Nordicom Review* 2019, <http://dx.doi.org/10.2478/nor-2019-0013>.
- 15 C.H. Chu e.a., 'Age-Related Bias and Artificial Intelligence: A Scoping Review', *Humanities and Social Sciences Communications* 2023, <https://doi.org/10.1057/s41599-023-01999-y>.
- 16 R. Alashkar e.a., 'AI-Vision Towards an Improved Social Inclusion', *IEEE/ITU International Conference on Artificial Intelligence for Good (AI4G)* 2020, <https://doi.org/10.1109/AI4G50087.2020.9311049>.
- 17 S.K. Inouye, 'Creating an Anti-Ageist Healthcare System to Improve Care for Our Current and Future Selves', *Nature Aging* 2021, p. 150-152, <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>.
- 18 H. van Kolfschooten, 'EU Regulation of Artificial Intelligence: Challenges for Patients' Rights', *Common Market Law Review* 2022, p. 81-112, <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3997366>.
- 19 G. Rubeis, 'The Disruptive Power of Artificial Intelligence. Ethical Aspects of Gerontechnology in Elderly Care', *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104186>.
- 20 WHO, *Ageism in Artificial Intelligence for Health: WHO Policy Brief*, Geneva 2022, tevens online te vinden op [www.who.int](http://www.who.int) (laatst geraadpleegd op 10 augustus 2023).

markt, zoals het Europees consumentenrecht, de Verordening medische hulpmiddelen (VMH), en straks de Artificial Intelligence Act (AI Act). Ook de nationale patiëntenrechten worden in significante mate ingekleurd door het internationaal mensenrechtenkader. In dit licht is er in deze bijdrage gekozen voor een Europees-rechtelijke benadering van de inzet van AI als oplossing voor zorgschaarste in de ouderenzorg.

Deze bijdrage is als volgt opgebouwd. Paragraaf 2 schetst het feitelijk kader dat de aanleiding vormt voor het juridische vraagstuk: schaarste in de ouderenzorg. Paragraaf 3 gaat in op het gebruik van AI in de ouderenzorg als oplossing voor zorgschaarste. Paragraaf 4 beschrijft de contouren van het recht op gezondheidszorg voor ouderen en biedt inzicht in de uitdagingen van het toenemend gebruik van AI in de ouderenzorg voor de bescherming van patiëntenrechten. Paragraaf 5 beschrijft het gebrek aan patiënten- en mensenrechtelijke toetsingskaders in het huidige stelsel waarbinnen medische AI gereguleerd wordt in Europa. In deze paragraaf wordt een voorstel gedaan voor de hoofdlijnen van een patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument voor AI in de gezondheidszorg. Paragraaf 6 concludeert.

## 2 Dubbele vergrijzing en schrijnende tekorten in de ouderenzorg

AI sinds de jaren zeventig wordt er in Nederland gesproken over schaarste-problematiek en de grenzen aan het recht op gezondheidszorg. In 1997 beschreef H.J.J. Leenen in zijn preadvies 'Recht op zorg voor de gezondheid' hoe de toenemende vraag naar gezondheidszorg en bijbehorende kostenstijging voornamelijk worden veroorzaakt door vergroting van het aanbod (zoals nieuwe, dure medische technologie) en de vergrijzing.<sup>21</sup> In heel Europa zijn er problemen met het waarborgen van de *toegang tot voor de gezondheid noodzakelijke zorg* voor ouderen.<sup>22</sup> In oktober 2022 trok de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) aan de bel bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): de toegankelijkheid en kwaliteit van thuis- en verpleegzorg staan onder druk door grote personeels-tekorten.<sup>23</sup> Nu het aantal 65-plussers tot 2040 met circa 40% zal toenemen en het aantal 80-plussers vrijwel zal verdubbelen, is de verwachting dat de vraag naar

21 H.J.J. Leenen, 'Recht op zorg voor de gezondheid', in: *Preadviezen Vereniging voor Gezondheidsrecht*, 1997, p. 13-16.

22 S. Spasova e.a., *Challenges in Long-Term Care in Europe – A Study of National Policies, European Social Policy Network*, Brussels: European Commission 2018, <http://dx.doi.org/10.2767/84573>.

23 Signaleringsbrief NZa en IGJ, 'Krapte in de zorg zet kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder druk', 13 oktober 2022, te vinden op [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_724833\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_724833_22/1/).

personeel in de ouderenzorg – bij ongewijzigd beleid – de komende twintig jaar met zo'n 75% zal toenemen.<sup>24</sup>

Medische zorg voor ouderen vindt over het algemeen plaats op drie plekken: thuis, in verpleeghuizen en in ziekenhuizen. In reactie op de aankomende toename van het aantal zorgbehoevende ouderen en de bijbehorende toename in de behoefte aan ouderenzorg werd in 2022 een nieuw programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) gepresenteerd. Het WOZO-programma heeft als uitgangspunten dat (1) ouderen zo veel mogelijk zelfredzaam zijn, (2) ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, en (3) zorg digitaal wordt geleverd. Oftewel: 'zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan'.<sup>25</sup> Het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) Ouderenzorg komt tot soortgelijke aanbevelingen ten aanzien van de houdbaarheid van de ouderenzorg in Nederland. Het gelijknamige rapport concludeert: 'Niets doen is geen optie'.<sup>26</sup> Er moeten stevige maatregelen worden genomen om de ouderenzorg in zowel financiële, maatschappelijke als personele zin houdbaar te maken.<sup>27</sup> Een van de voornaamste aanbevelingen van het rapport ten aanzien van de heersende personeelstekorten ziet op de inzet van 'arbeidsbesparende technologie':

'Digitalisering en de inzet van technologie in de zorg heeft naar verwachting in de toekomst een groot potentieel om de kosten van de zorg te drukken en om een bijdrage te leveren aan de personeelstekorten met behoud van de kwaliteit van zorg of zelfs versterking daarvan. Naar schatting kan het optimaal inzetten van technologie de komende 10 jaar leiden tot 15,5 miljoen potentiële extra uren door productiviteitsstijging.'<sup>28</sup>

Alhoewel de term 'artificiële intelligentie' niet wordt gebruikt in het IBO-rapport, maken veel van de voorbeelden die worden gegeven van arbeidsbesparende technologie gebruik van AI-technieken, of zullen dat in de toekomst gaan doen.<sup>29</sup> De volgende paragraaf beschrijft de AI-technologieën die momenteel worden ingezet in of ontwikkeld voor de ouderenzorg.

24 *Kamerstukken II 2022/23, 29389, nr. 118.*

25 *Kamerstukken II 2021/22, 29389, nr. 111, bijlage 2.*

26 *Kamerstukken II 2022/23, 29389, nr. 118.*

27 Rijksoverheid, 'Niets doen is geen optie – IBO ouderenzorg', 23 februari 2023, te vinden op [www.open.overheid.nl](http://www.open.overheid.nl).

28 Rijksoverheid, 'Niets doen is geen optie – IBO ouderenzorg', 23 februari 2023, Bijlage 5, te vinden op [www.open.overheid.nl](http://www.open.overheid.nl).

29 Rijksoverheid, 'Niets doen is geen optie – IBO ouderenzorg', 23 februari 2023, Bijlage 1, te vinden op [www.open.overheid.nl](http://www.open.overheid.nl).

### 3 Artificiële intelligentie als oplossing voor zorgschaarste

Technosolutionisme in de ouderenzorg is niet nieuw. Technologie wordt al sinds het einde van de vorige eeuw ingezet in de thuis- en verpleeghuiszorg. Het voorname doel is het bevorderen van vrijheid en zelfbeschikking voor ouderen. Daarnaast wordt technologie ook steeds vaker ingezet om zorgverleners te ondersteunen, ook met het oog op arbeidsbesparing.<sup>30</sup> Zo wordt er in de thuiszorg al tientallen jaren gebruik gemaakt van toezichthoudende technologie, zoals draagbare alarmknoppen en valdetectoren, bewegingssensoren in bed en gps-trackers. De systemen staan in verbinding met hulpverleners of familieleden.<sup>31</sup> Ook is ondersteunende technologie in de thuiszorg al langer in gebruik, zoals automatische lichten en deuren, en omgevingsbedieningssystemen.<sup>32</sup> In verpleeghuizen wordt daarnaast ook al tijden gebruik gemaakt van zorg op afstand, bijvoorbeeld via beeldbellen. Er is al veel geschreven over de ethische bezwaren van dergelijke 'smart home'-technologie in de ouderenzorg, bijvoorbeeld ten aanzien van autonomie, menselijke waardigheid en privacy.<sup>33</sup> Vanuit juridisch perspectief ziet het wetenschappelijk onderzoek met name op bescherming van persoonsgegevens en aansprakelijkheid bij ongevallen.<sup>34</sup>

Het toenemend gebruik van AI-technieken in technologie in de ouderenzorg leidt weliswaar tot soortgelijke ethische en juridische risico's, maar kan grote gevolgen hebben voor het evenwicht tussen enerzijds *het recht op goede zorg* en anderzijds *de bescherming van de patiëntenrechten* van ouderen. Waar traditionele sensors een simpele 'als A, dan B'-formule hanteerden (bijvoorbeeld: altijd als de bedsensor

30 A.R. Niemeijer e.a., 'Ethical and Practical Concerns of Surveillance Technologies in Residential Care for People with Dementia or Intellectual Disabilities: An Overview of the Literature', *International Psychogeriatrics* 2010, <https://doi.org/10.1017/s1041610210000037>.

31 RIVM, 'Domotica in de langdurige zorg – Inventarisatie van technieken en risico's', 11 juni 2013, te vinden op [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).

32 Ibid.

33 A. Sharkey & N. Sharkey, 'Granny and the Robots: Ethical Issues in Robot Care for the Elderly', *Ethics and Information Technology* 2012, <http://dx.doi.org/10.1007/s10676-010-9234-6>; C.M. Ploem, '(Thuis)zorg op afstand in juridisch perspectief', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (32) 2008, afl. 5, p. 312-327; B.J.M. Frederiks, A.R. Niemeijer & C.M.P.M. Hertogh, 'De juridische en ethische aspecten van domotica in de zorg voor mensen met dementie', *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* (34) 2009, afl. 5, p. 181-185.

34 E. Fosch-Villaronga, 'Legal Frame of Non-Social Personal Care Robots', in: *New Trends in Medical and Service Robots*, Cham: Springer 2017, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-59972-4\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-319-59972-4_17); A. Poulsen, O. Burmeister & D. Tien, 'A New Design Approach and Framework for Elderly Care Robots', in: *Australian Conference on Information Systems* 2018, <https://doi.org/10.5130/acis2018.cj>.



tussen 23:00 en 07:00 langer dan 10 minuten een leeg bed detecteert, krijgt de zorgverlener een alarmmelding), kunnen AI-gestuurde sensoren zelfstandig besluiten of, en zo ja, wat voor actie in het specifieke geval noodzakelijk is. AI-technologie verzamelt vele terabytes aan (persoons)gegevens over de specifieke cliënt uit verschillende bronnen, die vervolgens worden geanalyseerd door algoritmes. Hieruit worden patronen in het dagelijks leven van het individu afgeleid en kan er voor een nieuwe gebeurtenis gedetecteerd worden of deze in het patroon past. Op basis van deze analyse neemt het algoritme een besluit over een passende vervolgstap.

AI wordt niettemin steeds vaker genoemd als oplossing voor personeelstekorten in de zorg, met name daar waar veel handen nodig zijn. De verwachtingen van AI in de zorg zijn hooggespannen: het zou de werkdruk kunnen verminderen,<sup>35</sup> kosten drukken en de kwaliteit van zorg verbeteren.<sup>36</sup> Volgens demissionair Minister voor Langdurige Zorg en Sport Connie Helder is het gebruik van AI in de ouderenzorg onontkoombaar. Zij ziet zowel in de thuiszorg als in de verpleeghuiszorg veelbelovende mogelijkheden. Haar idee is dat ouderen door de hulp van AI-technologie langer thuis kunnen blijven wonen. Ze pleit voor een subsidieregeling voor de implementatie van dergelijke technologie in huis.<sup>37</sup> AI-technologie in de ouderenzorg kan in drie categorieën worden ingedeeld: (1) domotica, monitoring en sensors, (2) zorgrobots en (3) medische beslisondersteuning. De technologie in categorie 1 en 2 wordt voornamelijk ingezet bij ouderen thuis en in het verpleeghuis, terwijl de technologie in categorie 3 meestal bij de huisarts of de zorginstelling plaatsvindt. Deze paragraaf geeft een globaal overzicht van bestaande technologieën en schetst de voor- en nadelen voor het gebruik in de ouderenzorg. Het verdient opmerking dat de inzet van AI nog geen gemeengoed is binnen de ouderenzorg, maar dat de technologie op grote schaal ontwikkeld wordt.

### 3.1 *Domotica, monitoring en sensors*

AI-domotica, oftewel slimme huisautomatisering thuis of in het verpleeghuis, kan veel voordelen bieden in de ouderenzorg. AI-domoticasystemen kunnen zich aanpassen aan de behoeften en voorkeuren van de gebruikers. Voorbeelden van AI-domotica in de ouderenzorg zijn spraakassistenten met stemherkenning voor hulp bij het bijhouden van medicatie, het plannen van afspraken met artsen en het

35 J. Boogaard, 'AI in de zorg kan werkdruk verminderen, maar ongelijkheid vergroten', *NRC Handelsblad* 28 juni 2023.

36 N. Korteweg, 'AI moet alles in de medische zorg gaan verbeteren, maar is intussen allang tot in de medische praktijk doorgedrongen', *NRC Handelsblad* 22 februari 2023.

37 ICT&health, 'Minister Helder gaat vol voor digitalisering ouderenzorg', 5 juli 2022, te vinden op [www.icthealth.nl](http://www.icthealth.nl) (laatst geraadpleegd op 19 september 2023).

geven van gezondheidstips. AI-domotica zoals slimme matrassen, slimme fornuizen en slimme verlichtingssystemen worden steeds vaker ingezet.<sup>38</sup> Ook in de monitoring van ouderen speelt AI een groeiende rol, zoals in dwaaldetectiesystemen met gezichtsherkenning en camera's met emotieherkenning voor detectie van eenzaamheid en depressie.<sup>39</sup> Daarnaast kunnen AI-systemen camera's en sensoren gebruiken om valpartijen te detecteren. Wanneer een val wordt gedetecteerd, kan het systeem automatisch een waarschuwing naar zorgverleners sturen. Ook kunnen wearables (zoals horloges) en sensoren belangrijke gezondheidsgegevens meten en analyseren, zoals hartslag, bloeddruk en bewegingspatronen, en deze informatie delen met zorgverleners of familieleden. Slimme sensoren kunnen ook bijhouden wat ouderen eten en drinken. Als er problemen zijn met voeding of uitdroging, kan het systeem waarschuwingen genereren. Een ander voorbeeld is AI-incontinentiemateriaal, waar een sensor meet wanneer hij verschoond moet worden en in een individueel geval voorspeld kan worden of verschoenen nodig is voordat de nachtdienst begint.<sup>40</sup>

### 3.2 Zorgrobots

AI-zorgrobots kunnen verschillende functies in de ouderenzorg vervullen, van medische ondersteuning, begeleiding in dagelijkse activiteiten en huishouding tot sociale functies. Sommige soorten robots communiceren direct met patiënten, terwijl andere robots voornamelijk bedoeld zijn om zorgverleners te ondersteunen bij hun werkzaamheden, zoals het optillen van patiënten.<sup>41</sup> Sociale robots kunnen praten en bewegen, en zijn in staat om zich automatisch aan te passen aan de leefpatronen van de specifieke oudere. Ze worden regelmatig ingezet om eenzame patiënten te entertainen, bijvoorbeeld in de vorm van robohuisdieren voor gezelschap. Ook zijn er antropomorfe robots die bijvoorbeeld medicijnherinneringen uitspreken.<sup>42</sup> Zorgrobots worden ook steeds vaker geïntegreerd met AI-sensoren

38 Rijksoverheid, 'Niets doen is geen optie – IBO ouderenzorg', 23 februari 2023, Bijlage 1, te vinden op [www.open.overheid.nl](http://www.open.overheid.nl).

39 A. Ho, 'Are We Ready for Artificial Intelligence Health Monitoring in Elder Care?', *BMC Geriatrics* 2020, p. 358, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01764-9>.

40 Zorgvisie, 'AI in de zorg: successen, beperkingen en wensen', 17 februari 2021, te vinden op [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl) (laatst geraadpleegd op 4 oktober 2023).

41 M. Persson, D. Redmalm & C. Iversen, 'Cargivers' use of robots and their effect on work environment – A scoping review', *Journal of Technology in Human Services* 2022, <https://doi.org/10.1080/15228835.2021.2000554>.

42 N. Gasteiger e.a., 'Friends from the Future: A Scoping Review of Research into Robots and Computer Agents to Combat Loneliness in Older People', *Clinical Interventions in Aging* 2021, <https://doi.org/10.2147/cia.s282709>; J. Pirhonen e.a., 'Can Robots Tackle Late-Life Loneliness? Scanning of Future Opportunities and Challenges in Assisted Living Facilities', *Futures* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102640>.

en camera's, waardoor ze tevens een preventieve functie kunnen vervullen door bijvoorbeeld bij afwijkend gedrag van de oudere patiënt een zorgverlener te contacteren.<sup>43</sup>

### 3.3 Medische beslisondersteuning

De helft van de zorgkosten in Nederland worden gemaakt door 65-plussers. Dit begint meestal bij de huisarts. De meeste Nederlandse huisartsen hebben toegang tot NHGDoc, een medisch beslisondersteunend systeem dat is geïntegreerd in veel Huisarts Informatie Systemen (HIS). Het systeem gebruikt AI-technologie om de informatie in het specifieke patiëntendossier te vergelijken met algemene richtlijnen in de NHG-Standaarden en komt dan tot een diagnose en een behandeladvies. Ook is er een op de patiënt afgestemde bijwerkingenzoeker.<sup>44</sup> Ook in de specialistische zorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van AI. Zo worden AI-systemen gebruikt in de diagnostiek, bijvoorbeeld voor het analyseren van medische beelden zoals röntgenfoto's, MRI-scans en CT-scans om vroegtijdige tekenen van kanker op te sporen.<sup>45</sup> Ook kan AI helpen bij het opstellen van behandelplannen die zijn afgestemd op de individuele behoeften van oudere patiënten, en om de overlevingskansen en prognoses voor kankerpatiënten te voorspellen op basis van klinische gegevens en medische geschiedenis.<sup>46</sup>

Deze AI-systemen hebben gemeen dat ze veel persoonlijke informatie verzamelen over het betrokken individu, waaronder veel informatie over de gezondheidstoestand. Ze gebruiken deze informatie om een gedetailleerd profiel op te stellen over het leefpatroon en de gezondheid van een oudere, op basis waarvan systemen automatisch worden aangepast aan individuele behoeften of voorspellingen kunnen worden gedaan over toekomstig gedrag. Daarnaast wordt de gezondheidsinformatie vaak automatisch gedeeld met mantelzorgers of zorgpersoneel, veelal via mobiele apps. Veelgenoemde voordelen zijn toenemende zelfstandigheid en autonomie voor de oudere, minder ongevallen, kostenbesparing en arbeidsbespa-

---

43 E. Fosch-Villaronga, 'Legal Frame of Non-Social Personal Care Robots', in: *New Trends in Medical and Service Robots*, Cham: Springer 2017, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-59972-4\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-319-59972-4_17).

44 Huisarts en Wetenschap, 'Gebruiker en ontwerper over NHGDoc: "Dat had ik zelf nooit bedacht"', 7 december 2018, te vinden op [www.henw.org](http://www.henw.org) (laatst geraadpleegd op 20 september 2023).

45 T. Ploug & S. Holm, 'The Four Dimensions of Contestable AI Diagnostics – A Patient-Centric Approach to Explainable AI', *Artificial Intelligence in Medicine* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2020.101901>.

46 Z. Dlamini e.a., 'AI and Precision Oncology in Clinical Cancer Genomics: From Prevention to Targeted Cancer Therapies – An Outcomes Based Patient Care', *Informatics in Medicine Unlocked* 2022, <https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.100965>.

ring. Tegelijkertijd staat het toenemend gebruik van AI-toepassingen in de ouderenzorg op gespannen voet met de bescherming van verschillende individuele rechten. De volgende paragraaf gaat in op de uitdagingen voor patiëntenrechten van ouderen.

## 4 Uitdagingen voor patiëntenrechten van ouderen

### 4.1 *Het recht op gezondheidszorg in tijden van schaarste*

De gezondheid van ouderen wordt beschermd door enerzijds individuele rechten en anderzijds verplichtingen van de overheid die voortvloeien uit internationale en Europese rechtsinstrumenten. Eén van die rechten is het recht op gezondheid, dat is neergelegd in verschillende verdragen, zoals het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR)<sup>47</sup> en het VN-verdrag Handicap,<sup>48</sup> en ook in nationale grondwetten, zoals artikel 22 van de Nederlandse Grondwet. Het recht op toegang tot zorg wordt ook beschermd in artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de EU (hierna: Handvest). Het recht op gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie omschreven als ‘the right to the highest attainable standard of physical and mental health’. De omvang van dit recht creëert verantwoordelijkheden voor de Staat op uiteenlopende gebieden: van verplichtingen ten aanzien van basisvoorzieningen, zoals schoon water en een gezonde lucht, tot verplichtingen ten aanzien van de toegang en kwaliteit van de gezondheidszorg. Iedereen moet toegang hebben tot voor de gezondheid noodzakelijke zorg.<sup>49</sup> Ouderen genieten bovendien een speciale beschermingspositie, onder andere neergelegd in artikel 25 Handvest:

‘De Unie erkent en eerbiedigt het recht van ouderen, een waardig en zelfstandig leven te leiden en aan het maatschappelijk en cultureel leven deel te nemen.’

Wat gebeurt er met het recht op gezondheid als er niet genoeg middelen zijn om ieders zorgvraag te beantwoorden? Het is de politiek die besluit over een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen in de zorg, waarbij ook effectiviteits- en doelmatigheidsoverwegingen meegenomen worden. Uiteindelijk is dat een beslissing over prioritering. Deze moet wel worden genomen met inachtneming

47 CESCR, *General Comment No. 14 (2000): The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12), 2000.

48 B. Mikołajczyk, ‘Older Persons’ Right to Health – A Challenge to International Law’, *Ageing & Society* 2019, <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000156>.

49 B. Toebes, ‘The Right to Health’, in: A. Eide, C. Krause & A. Rosas (eds.), *Economic, Social and Cultural Rights* (2nd Ed.), Dordrecht: Martinus Nijhoff 2001, p. 169-190.

van fundamentele rechten en beginselen, waaronder het gelijkheidsbeginsel: iedereen heeft in beginsel gelijke toegang tot zorg. Dat is tegelijkertijd de moeilijkheid waar de overheid telkens voor staat: het treffen van een juist evenwicht tussen het collectief (of economisch) belang en het belang van een individu bij effectieve toegang tot goede gezondheidszorg. Tijdens de coronapandemie is er veel gedebatteerd over wie er voorrang heeft op een IC-plek als de middelen in de zorg schaars zijn.<sup>50</sup> Daarover werd uiteindelijk in het politiek en maatschappelijk debat aanvaard dat het gerechtvaardigd kan zijn om jongeren voorrang te geven op een IC-plek boven ouderen vanwege het ‘fair innings-principe’: iedereen zou in de loop van zijn leven evenveel gelijke mogelijkheden moeten hebben. In dit geval had de toegang tot de zorg voor ouderen dus beperkt kunnen worden in het geval van absolute tekorten, ondanks het bestaan van het gelijkheidsbeginsel.<sup>51</sup> Het is de vraag wat de grootschalige inzet van AI-technologie in de ouderenzorg – met als doel de toegang tot voor de gezondheid noodzakelijke zorg te garanderen – betekent voor het evenwicht tussen collectieve en individuele belangen.

De bescherming van het recht op gezondheidszorg van ouderen staat onder druk, zo blijkt ook uit een recent rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie over wereldwijde leeftijdsdiscriminatie.<sup>52</sup> Bovendien is de Wereldgezondheidsorganisatie bezorgd over de gevolgen van het toenemend gebruik van AI in de zorg voor de gezondheid en rechten van ouderen.<sup>53</sup> Daarnaast speelt ook de bescherming van andere patiëntenrechten een rol. In hoeverre is het gerechtvaardigd om meer slimme monitoringstechnologie in te zetten in de ouderenzorg om kosten te besparen, als dit tegelijkertijd ook de privacyrechten van ouderen inperkt? De volgende paragrafen gaan in op de uitdagingen die AI-ouderenzorg creëert voor de bescherming van rechten van ouderen.

- 
- 50 J. Legemaate, ‘De coronapandemie en de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (44) 2020, afl. 5, p. 487-498; O. Brinkman, ‘Fair innings: geen fair play bij triage ... maar loting evenmin. Een pleidooi voor selectie op basis van kalenderleeftijd bij triage van coronapatiënten voor IC-opname’, *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* (31) 2021, afl. 1, p. 2-8; R. ten Hoopen, J. Bollen & W. van Mook, ‘COVID-19 en Draaiboek Triage. Kanttekeningen bij het leeftijdscriterium ter selectie van patiënten voor opname op de Intensive Care’, *NJB* 2021/495.
- 51 Rijksoverheid, ‘Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie’, te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- 52 WHO, *Global Report on Ageism*, Geneva: WHO 2021, online te vinden op [www.who.int](http://www.who.int).
- 53 WHO, *Ageism in Artificial Intelligence for Health: WHO Policy Brief*, Geneva 2022, online te vinden op [www.who.int](http://www.who.int) (laatst geraadpleegd op 10 augustus 2023).

## 4.2 *Digitale exclusie en toegang tot zorg*

Het recht op gezondheid vereist dat iedereen in gelijke mate *toegang* heeft tot gezondheidszorg. Het toenemend gebruik van AI in de ouderenzorg doet dit recht wankelen. Goed gebruik van AI vereist een bepaald niveau van digitale vaardigheden, maar bij verschillende populatiegroepen, waaronder ouderen, is de digitale geletterdheid laag, waardoor een nieuwe barrière in de toegang tot gezondheidszorg wordt gecreëerd.<sup>54</sup> Ook zullen patiënten die AI niet vertrouwen minder snel naar de dokter gaan. Dit geldt in hogere mate voor kwetsbare groepen, zoals migranten.<sup>55</sup> Daarnaast kan toegang tot dure technologische middelen of adequaat internet een probleem vormen. Zorginstellingen die veel digitaliseren, houden er vaak geen rekening mee dat ouderen niet altijd toegang tot een smartphone hebben of voldoende digitaal vaardig zijn.<sup>56</sup> Daarnaast zijn veel AI-toepassingen niet aangepast aan meer beperkte digitale vaardigheden van mensen of aan toegankelijkheidseisen (bijvoorbeeld in het geval van personen met een beperking).<sup>57</sup> Deze ‘digitale exclusie’ werpt drempels op voor – met name – oudere patiënten en kan grote gevolgen hebben voor het kunnen effectueren van het recht op toegang tot zorg.

## 4.3 *Biases, kwaliteit en het recht op goede zorg*

Het recht op gezondheid omvat ook een recht op *goede* zorg: gezondheidsfaciliteiten, -diensten en -goederen moeten cultureel aanvaardbaar, wetenschappelijk en medisch passend en van goede kwaliteit zijn.<sup>58</sup> *Biases* in AI – de neiging van AI-systemen om op structurele basis afwijkende beslissingen te nemen voor bepaalde groeperingen, wat resulteert in oneerlijke uitkomsten voor een selecte groep individuen – kunnen de kwaliteit van zorg voor ouderen in gevaar brengen. Algoritmes functioneren vaak minder goed voor minderheidsgroepen zoals ouderen, wat kan leiden tot gezondheidsschade.<sup>59</sup> *Biases* kunnen in elk stadium

---

54 Ibid.

55 L. Xinran, Y. Yao & J. Yinzi, ‘Digital Exclusion and Functional Dependence in Older People: Findings from Five Longitudinal Cohort Studies’, *Eclinical Medicine* 2022, <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101708>.

56 F. Mubarak & R. Suomi, ‘Elderly Forgotten? Digital Exclusion in the Information Age and the Rising Grey Digital Divide’, *Inquiry* 2022, <https://doi.org/10.1177/00469580221096272>.

57 B. Mikołajczyk, ‘Universal Human Rights and Digital Literacy of Older Persons’, *The International Journal of Human Rights* 2023, <https://doi.org/10.1080/13642987.2022.2131772>.

58 CESCR, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12), 2000.

59 K. Wang, L. Zhou & D. Zhang, ‘Biometrics-Based Mobile User Authentication for the Elderly: Accessibility, Performance, and Method Design’, *International*

van de levenscyclus van het AI-systeem tot uiting komen: in de *datafase*, de *model-fase* en de *toepassingsfase*.<sup>60</sup>

In het datastadium, waarin de data worden verzameld, een dataset wordt gecreëerd en algoritmes worden getraind, kunnen er bijvoorbeeld biases ontstaan doordat de dataset verouderde of incorrecte data bevat, of doordat de persoonsgegevens van bepaalde bevolkingsgroepen niet mee zijn genomen.<sup>61</sup> Bij ouderen komt dat relatief vaak voor omdat hun data minder vaak meegenomen worden in medisch-wetenschappelijk onderzoek vanwege comorbiditeit, en omdat zij minder vaak gebruik maken van commerciële technologie die data verzamelt.<sup>62</sup> Dit kan ertoe leiden dat het AI-systeem niet bekend is met bepaalde leeftijdspecifieke symptomen en dus verkeerde uitkomsten genereert voor ouderen.<sup>63</sup> In het modelstadium, waarin het doel en de regels van het algoritme worden bepaald, kunnen er biases ontstaan doordat er verkeerde indicatoren of *proxies* worden geselecteerd, bijvoorbeeld als leeftijd wordt gebruikt als indicator voor voorkeursbehandeling,<sup>64</sup> of als de werking van een AI-systeem bedoeld voor ouderen wordt getest met een dataset bestaande uit overwegend twintigers.<sup>65</sup> Ten slotte kunnen keuzes in de context waarin AI wordt ingezet ook biases veroorzaken, bijvoorbeeld als een systeem ontwikkeld is voor gebruik door een medisch-specialist, maar in de praktijk gebruikt wordt door de huisarts.<sup>66</sup> Concreet leiden dergelijke biases ertoe dat AI-technologie minder goed werkt voor oudere dan voor jongere patiënten. Dit

---

*Journal of Human-Computer Interaction* 2023, <https://doi.org/10.1080/10447318.2022.2154903>.

- 60 H.B. van Kolfschooten, 'The AI Cycle of Health Inequity and Digital Ageism: Mitigating Biases Through the EU Regulatory Framework on Medical Devices', *Journal of Law and the Biosciences* 2023, <https://doi.org/10.1093/jlb/lsad031>.
- 61 D. Leslie e.a., 'Does "AI" Stand for Augmenting Inequality in the Era of Covid-19 Healthcare?'. *BMJ* 2021, <https://doi.org/10.1136/bmj.n304>.
- 62 S. Florisson e.a., 'Are Older Adults Insufficiently Included in Clinical Trials? – An Umbrella Review', *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 2021, <https://doi.org/10.1111/bcpt.13536>.
- 63 S.K. Inouye, 'Creating an Anti-Ageist Healthcare System to Improve Care for Our Current and Future Selves', *Nature Aging* 2021, p. 150-152, <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>.
- 64 D. Neal e.a., 'Is There Evidence of Age Bias in Breast Cancer Health Care Professionals' Treatment of Older Patients?', *European Journal of Surgical Oncology* 2022, <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2022.07.003>.
- 65 R. Banzi e.a., 'Older Patients Are Still Under-Represented in Clinical Trials of Alzheimer's Disease', *Alzheimer's Research & Therapy* 2016, <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0201-2>.
- 66 W. Nicholson II Price, 'Medical AI and Contextual Bias', *Harvard Journal of Law & Technology* (33) 2019, afl. 1, p. 65-116.

kan grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg en kan uiteindelijk het recht op goede zorg van ouderen inperken.

#### 4.4 *Recht op privacy en gegevensbescherming*

De rechten op privacy en gegevensbescherming worden onder meer beschermd in de artikelen 7 en 8 Handvest, artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). De ontwikkeling van AI leidt tot een toename in het verzamelen, verwerken, uitwisselen en delen van gegevens, vaak buiten het zorgstelsel om, en voor doeleinden die aanvankelijk niet bekend waren bij de betrokkenen. Dit kan ertoe leiden dat personen indirect of onbedoeld onder druk worden gezet om gevoelige persoonsgegevens te verstrekken. Ouderen zijn hier over het algemeen extra gevoelig voor.<sup>67</sup> Daarnaast worden gezondheidsdata steeds vaker ‘gecommodificeerd’: persoonsgegevens worden gereduceerd tot een economisch ‘goed’ dat kan worden gekocht en verkocht. Omdat dit type persoonsgegevens schaars is, en noodzakelijk is voor het ontwikkelen van nieuwe technologie, is het veel geld waard. Bij onvoldoende beveiliging kan deze zeer persoonlijke gezondheidsinformatie op straat komen te liggen en in verkeerde handen komen – bijvoorbeeld die van verzekeraars, werkgevers en commerciële partijen.<sup>68</sup> Het ondoorzichtige karakter van sommige AI-toepassingen vormt ook een uitdaging voor de toegang tot, het gebruik van en de controle over persoonsgegevens door patiënten.<sup>69</sup> Daarnaast verzamelen AI-toepassingen in de ouderenzorg veel zeer persoonlijke gegevens over het leven van ouderen. Deze ‘gezondheidssurveillance’ kan ertoe leiden dat ouderen hun gedrag aanpassen en dus niet in vrijheid hun leven kunnen vormgeven.<sup>70</sup> Dit heeft directe gevolgen voor de bescherming van het recht op privacy, en uiteindelijk ook voor de menselijke waardigheid.

---

67 G. Malgieri & J. Niklas, ‘Vulnerable Data Subjects’, *Computer Law & Security Review* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.clsr.2020.105415>.

68 L.K. Ramasamy e.a., ‘Secure Smart Wearable Computing Through Artificial Intelligence-Enabled Internet of Things and Cyber-Physical Systems for Health Monitoring’, *Sensors* 2022, <https://doi.org/10.3390/s22031076>.

69 A. McNeill e.a., ‘Functional Privacy Concerns of Older Adults about Pervasive Health-Monitoring Systems’, *PETRA* 2017, <https://doi.org/10.1145/3056540.3056559>.

70 L.F. Carver & D. Mackinnon, ‘Health Applications of Gerontechnology, Privacy, and Surveillance: A Scoping Review’, *Surveillance & Society* 2020, <http://dx.doi.org/10.24908/ss.v18i2.13240>.



#### 4.5 *Zelfbeschikking en menselijke waardigheid*

Hoewel AI-toepassingen positieve effecten kunnen hebben op de autonomie van ouderen (bijvoorbeeld langer zelfstandig thuis blijven wonen), kan het gebruik van AI in de ouderenzorg ook risico's opleveren voor het zelfbeschikkingsrecht van ouderen, zoals beschermd in het EVRM en het Handvest. Ouderen hebben vaak al verminderde zelfbeschikking over hun leven en gezondheid, en AI-systemen kunnen dit verergeren. Dit komt ten eerste doordat AI-systemen vaak niet transparant zijn in hoe ze tot besluiten komen. Hierdoor is het lastig om resultaten of conclusies die voortvloeien uit een AI-systeem aan patiënten uit te leggen.<sup>71</sup> De rechten van patiënten op informatie en geïnformeerde toestemming voor een medische behandeling kunnen hierdoor onder druk komen te staan, waarbij groepen in een kwetsbare positie een hoger risico lopen op gezondheidsschade.<sup>72</sup> Ook zijn het meestal niet de patiënten zelf, maar de hulpverleners of mantelzorgers die de keuze maken voor het gebruik van AI-toepassingen. Daarnaast kunnen AI-systemen ook inbreuk maken op de lichamelijke integriteit, bijvoorbeeld als zorgrobots ingezet worden ten behoeve van fysieke ondersteuning. Ten slotte raken deze inmengingen in het persoonlijke leven van ouderen aan de bescherming van de menselijke waardigheid, bijvoorbeeld als verregaande digitalisering leidt tot een grote vermindering van menselijk contact. Met het toenemend gebruik van AI in de ouderenzorg ten behoeve van kostenbesparing lopen we het risico op dehumanisering van de zorg.<sup>73</sup>

### 5 Een voorstel voor een verplichte patiëntenrechtentoets voor AI in de zorg

#### 5.1 *Een Europees juridisch kader in ontwikkeling*

AI-toepassingen in de ouderenzorg moeten voldoen aan het 'reguliere' juridisch kader voor medisch-technologische producten. Bepaalde AI moet voldoen aan de

---

71 I. Glenn Cohen, 'Informed Consent and Medical Artificial Intelligence: What to Tell the Patient?', *Georgetown Law Journal* 2020, <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3529576>.

72 T. Seedsman, 'Aging, Informed Consent and Autonomy: Ethical Issues and Challenges Surrounding Research and Long-Term Care', *OBM Geriatrics* 2019, doi:10.21926/obm.geriatr.1902055.

73 K. Pfeifer-Chomiczewska, 'Intelligent Service Robots for Elderly or Disabled People and Human Dignity: Legal Point of View', *AI & Society* 2023, <https://doi.org/10.1007/s00146-022-01477-0>; L. Zardiashvili & E. Fosch-Villaronga, 'AI in Healthcare Through the Lens of Human Dignity', in: M.F. Bollon & A.B. Suman (eds.), *Legal, Social and Ethical Perspectives on Health & Technology*, Chambéry: Savoie Mont Blanc University Press 2020, p. 45-64.

kwaliteits- en veiligheidseisen van de VMH en kan alleen op de markt worden gebracht met een veiligheidskeurmerk (CE-markering). De VMH moet echter gezien worden als een veiligheids- en kwaliteitstoets, en legt voornamelijk regels op aan de ontwikkelaars van medische technologie. De VMH bevat geen expliciet patiëntenrechtelijk toetsingskader en biedt dus geen directe oplossing voor voornoemde bezwaren van AI-producten in de ouderenzorg.<sup>74</sup> Daarnaast is de VMH voor een groot aantal AI-producten niet van toepassing, namelijk voor de producten die niet als ‘medisch’ worden gezien, maar bedoeld zijn om het ‘welzijn’ te verbeteren (bijv. veel domotica). Voor deze categorie is op Europees niveau alleen het reguliere consumentenrecht van toepassing.

AI-toepassingen in de ouderenzorg moeten ook voldoen aan het regime van de AVG, die Europese regels stelt voor verwerking van persoonsgegevens. Er is echter veel kritiek op de compatibiliteit van de AVG met AI-toepassingen die persoonsgegevens verzamelen, verwerken of bewaren. Omdat de AVG is opgesteld vóór de opkomst van geavanceerde AI-toepassingen, is er geen rekening gehouden met de specifieke eigenschappen van AI. Een van de kernprincipes van de AVG is bijvoorbeeld het principe van gegevensminimalisatie: het beperken van de hoeveelheid persoonsgegevens die wordt verzameld, verwerkt of bewaard, zodat er geen onnodige of overmatige gegevensverzameling plaatsvindt. Dit principe is vaak niet verenigbaar met de praktijk van AI-toepassingen, waarbij gegevens vaak op grote schaal worden verzameld en geanalyseerd zonder dat het uiteindelijke doel volledig bekend is op het moment van verzameling. Aan de andere kant gelden de individuele rechten van de AVG ook als persoonsgegevens worden verwerkt door een algoritmisch systeem: betrokkenen hebben bijvoorbeeld recht op gegevenswissing en op inzage van persoonsgegevens.<sup>75</sup> Het verdient opmerking dat lidstaten een ruime beleidsvrijheid hebben wat betreft de regulering van gezondheidsgegevens, en er in sommige lidstaten ruime uitzonderingen bestaan voor het gebruik hiervan voor wetenschappelijke of medische doeleinden.<sup>76</sup>

---

74 H.B. van Kolschooten, ‘The AI Cycle of Health Inequity and Digital Ageism: Mitigating Biases Through the EU Regulatory Framework on Medical Devices’, *Journal of Law and the Biosciences* 2023, <https://doi.org/10.1093/jlb/lad031>.

75 Autoriteit Persoonsgegevens, ‘Regels bij gebruik van AI & algoritmes’, te vinden op [www.autoriteitpersoonsgegevens.nl](http://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl) (laatst geraadpleegd op 31 oktober 2023).

76 F. Molnár-Gábor e.a., ‘Harmonization after the GDPR? Divergences in the Rules for Genetic and Health Data Sharing in Four Member States and Ways to Overcome Them by EU Measures: Insights from Germany, Greece, Latvia and Sweden’, *Seminar in Cancer Biology* 2022, <https://doi.org/10.1016/j.semcancer.2021.12.001>.

Er worden vanuit de EU steeds meer voorstellen gedaan om AI te reguleren. Zo wordt er gewerkt aan een AI Act, een nieuwe Richtlijn productaansprakelijkheid en een Richtlijn AI-aansprakelijkheid. Ook deze voorstellen zien echter meer op kwaliteits- en veiligheidseisen ten behoeve van het stroomlijnen van de interne Europese markt, en creëren niet direct nieuwe rechten of aanspraken voor patiënten die geconfronteerd worden met AI-toepassingen. Het is de vraag of de nieuwe risico's die het gebruik van AI in de zorg met zich meebrengt daardoor voldoende beperkt en onder controle gehouden worden.<sup>77</sup> Tegelijkertijd heeft de EU nog steeds relatief weinig bevoegdheden op het gebied van regulering en ordening van de zorg, en wordt dit vooral in de lidstaten geregeld. In Nederland geldt bij onvrijwillige zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking bijvoorbeeld de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, waardoor sommige AI-zorgtechnologieën een toetsing moeten doorlopen voordat ze ingezet kunnen worden in de thuis- of verpleeghuiszorg.<sup>78</sup> Deze wet is echter niet van toepassing op alle ouderen die onderworpen worden aan AI-technologie in de thuis- of verpleeghuiszorg. Daarnaast hebben niet alle Europese lidstaten dergelijke wetgeving – en worden ouderen in de meeste lidstaten enkel beschermd door het algemeen Europees mensenrechtenkader.<sup>79</sup> De onduidelijkheid van het huidige juridische toetsingskader bemoeilijkt de bescherming van patiëntenrechten van ouderen in de praktijk.

## 5.2 *Het belang van een expliciet patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument*

Met de push vanuit de overheid voor 'technosolutionisme' staan zorginstellingen, zorgprofessionals en mantelzorgers steeds vaker voor de moeilijke vraag of een AI-toepassing in een specifiek geval een goede oplossing is. Gelet op het hoge abstractieniveau van het huidige juridische toetsingskader in combinatie met de spreiding over een veelheid van wetten, verdragen en richtlijnen, is het voor zorginstellingen en mantelzorgers vrijwel onmogelijk om te beoordelen of een concrete AI-toepassing in de praktijk voldoende bescherming biedt aan de rechten van de oudere patiënt. Hierdoor ontstaat het risico dat de normerende werking

77 H.B. van Kolfschooten, 'Eerste stappen in Europese regulering van artificiële intelligentie: algoritmes en patiëntenrechten', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (45) 2021, afl. 4, p. 381-389.

78 B.J.M. Frederiks e.a., 'Rol en wensen van de familie bij de inzet van toezichthoudende domotica in de ouderenzorg', *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2019, afl. 1, p. 14-22.

79 A. Sowa-Kofta e.a., *Ageing Policies – Access to Services in Different Member States* (publication for the committee on Employment and Social Affairs, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, European Parliament, Luxembourg), 2021.

van dit kader in de praktijk beperkt is, en de toepassing van AI-technologie in de ouderenzorg onbedoeld kan leiden tot inbreuken. Door het gebrek aan eenduidig beleid en regelgeving over gebruik van AI in de zorg is het voor zorginstellingen moeilijk om te bepalen hoe zij AI op een manier kunnen inzetten die bijdraagt aan de goede zorg van patiënten en tegelijkertijd voldoende bescherming biedt aan patiëntenrechten. Ook voor artsen en andere gebruikers is het ingewikkeld om een keuze te maken voor een passende AI-toepassing, nu er weinig transparantie is over de patiëntenrechtelijke waarborgen van de verschillende AI. Als zorginstellingen AI-toepassingen inzetten in de ouderenzorg, moeten zij kunnen garanderen dat dit niet afdoet aan de bescherming van patiëntenrechten van ouderen.

Het is daarom van belang dat er voorafgaand aan de implementatie van een specifieke AI-toepassing onderzoek wordt gedaan naar de bedoelde én onbedoelde gevolgen van deze toepassing voor de mensenrechtensituatie van de zorgbehovende oudere. Een Europees patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument voor het gebruik van AI-toepassingen in de zorg ontbreekt momenteel. Dergelijke beoordelingsinstrumenten bestaan wél voor bijvoorbeeld medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, en in Nederland ook voor vrijheidsbenemende maatregelen in de jeugdzorg. Zowel zorginstellingen als artsen, patiënten en andere consumenten (bijv. mantelzorgers) zouden baat hebben bij een dergelijk beoordelingsinstrument bij het maken van hun beslissingen – met name als het gaat om kwetsbare groepen zoals ouderen.

In het commerciële bedrijfsleven zijn voorafgaande ‘impact assessments’ inmiddels gemeengoed, zoals het uitvoeren van de VN-verplichting van een ‘human rights due diligence’ om de impact van bedrijfsactiviteiten op mensenrechten in kaart te brengen.<sup>80</sup> Een ander voorbeeld is de ‘data protection impact assessment’ (DPIA) – een instrument om vooraf de privacyrisico’s van een bepaalde gegevensverwerking te analyseren, wat in sommige gevallen verplicht is onder de AVG.<sup>81</sup> Het Europees Parlement heeft voorgesteld om ook in de AI Act een ‘fundamental rights impact assessment’ verplicht te stellen voor bepaalde categorieën AI-producten met een hoog risico.<sup>82</sup> Ook de Nederlandse overheid committeert zich aan mensenrechtentoetsing met het toetsingsinstrument ‘Impact Assessment Mensen-

---

80 United Nations, *Guiding Principles on Business and Human Rights. Implementing the United Nations ‘Protect, Respect and Remedy’ Framework*, HR/PUB/11/04, 2011.

81 Art. 35 AVG.

82 L. Bertuzzi, ‘AI Act: MEPs Want Fundamental Rights Assessments, Obligations for High-Risk Users’, te vinden op [www.euractiv.com](http://www.euractiv.com) (laatst geraadpleegd op 31 oktober 2023).

rechten en Algoritmes' als zij algoritmes inzet voor bestuurlijke besluitvorming.<sup>83</sup> Een patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument voor AI in de zorg past in deze ontwikkelingen.

Potentiële risico's voor rechten kunnen beter ondervangen worden als zij per geval worden beoordeeld aan de hand van een patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument dat toegespitst is op een specifieke context. Vanuit deze gedachte wordt in deze bijdrage een voorstel gedaan voor de hoofdlijnen van een patiëntenrechtelijk toetsingskader voor AI in de gezondheidszorg. Het kader zoals uiteengezet in paragraaf 5.3 kan in de hele gezondheidszorg worden toegepast, maar geeft expliciete aanknopingspunten voor gebruik van AI in de ouderenzorg. Het voorgestelde instrument bevat op het moment weinig materiële beoordelingsnormen, maar dient meer om mogelijke risico's in kaart te brengen. Het is aan de politiek om te bepalen welke risico's aanvaardbaar zijn – en of er wellicht AI-toepassingen zijn die niet ingezet mogen worden in de ouderenzorg.

### 5.3 *De hoofdlijnen van een patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument voor AI in de ouderenzorg*

Deze bijdrage stelt een patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument voor bij het geval van gebruik van AI in de gezondheidszorg. Het doel van een patiëntenrechtelijk beoordelingsinstrument is het bieden van houvast bij de implementatie en het gebruik van AI-toepassingen met inachtneming van de rechten van individuen. Voor het ontwerp van het instrument is inspiratie ontleend aan het VN-verdrag Handicap,<sup>84</sup> de proportionaliteitstoets van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens,<sup>85</sup> de DPIA van de AVG<sup>86</sup> en de Impact Assessment Mensenrechten en Algoritmes van de Nederlandse overheid.<sup>87</sup> Het instrument incorporeert het bestaande internationaalrechtelijk mensenrechtelijk kader. Deze toets dient te worden doorlopen in drie fases. Fase 1 heeft betrekking op het doel, de werking en de kwaliteit van een specifieke AI-toepassing, Fase 2 betreft de implementatie van waarborgen in de praktijk, en Fase 3 betreft de rechten van gebruikers van de specifieke AI-toepassing. Hierna worden de specifieke onderdelen van het

83 J. Gerards e.a., 'Impact Assessment Mensenrechten en Algoritmes', te vinden op [www.dspace.library.uu.nl](http://www.dspace.library.uu.nl) (laatst geraadpleegd op 31 oktober 2023).

84 Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, 13 december 2006.

85 J. Gerards, 'How to Improve the Necessity of the European Court of Human Rights', *International Journal of Constitutional Law* 2013, <https://doi.org/10.1093/icon/mot004>.

86 Art. 35 AVG.

87 J. Gerards e.a., 'Impact Assessment Mensenrechten en Algoritmes', te vinden op [www.dspace.library.uu.nl](http://www.dspace.library.uu.nl) (laatst geraadpleegd op 31 oktober 2023).

beoordelingsinstrument kort toegelicht. De toelichting is toegespitst op de implementatie van AI in de ouderenzorg in alle Europese zorginstellingen.

Wie moet deze patiëntenrechtentoets gaan uitvoeren? Omdat ouderenzorg over het algemeen op verschillende plekken wordt verleend (thuis, in verpleeghuizen en in ziekenhuizen), is het niet altijd dezelfde actor die de keuze maakt voor de inzet van een specifieke AI-toepassing. Het ligt voor de hand om, als een patiënt in een zorginstelling verblijft (verpleeghuis dan wel ziekenhuis), de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de patiëntenrechtentoets te beleggen bij het bestuur van de zorginstelling. In Nederland is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de kwaliteit en veiligheid van ingekochte producten expliciet belegd in de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze verantwoordelijkheid zou ook belegd kunnen worden bij degene die verwerkingsverantwoordelijke is in de zin van de AVG: de actor die bepaalt voor welk doel persoonsgegevens worden verwerkt en hoe dit gebeurt.<sup>88</sup> Hetzelfde principe kan worden gehanteerd voor thuiszorginstellingen die gebruik maken van AI-toepassingen bij patiënten thuis. Indien AI-toepassingen worden voorgeschreven door de hulpverlener, kan er ook gedacht worden aan zelfregulering vanuit de beroepsgroep, bijvoorbeeld door middel van een richtlijn en een specifiek toetsingskader voor de toezichthouder.

Als de AI-producten door de patiënt of mantelzorger zelf worden gekozen en aangeschaft voor thuisgebruik, is het moeilijker om te bepalen wie de patiëntenrechtentoets zou moeten doorlopen. In Nederland zou dat de zorgverzekeraar kunnen zijn die op grond van de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering bepaalde technologische hulpmiddelen vergoedt, bijvoorbeeld door vergoeding van een hulpmiddel af te wijzen indien uit de patiëntenrechtentoets onaanvaardbare gevolgen voor mensenrechten, waaronder goede zorg, volgen. Om dit mogelijk te maken is het in veel Europese lidstaten wel noodzakelijk om dit bij wet te regelen. Als het gaat om hulp en ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, worden technologische hulpmiddelen in Nederland vergoed door de gemeente op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning. In dat geval zouden de gemeenten de patiëntenrechtentoets kunnen uitvoeren. Voor AI-toepassingen die worden gebruikt voor ouderenzorg buiten deze kaders, zou een keurmerk een optie kunnen zijn: ontwikkelaars van AI-toepassingen krijgen alleen een keurmerk als ze de patiëntenrechtentoets hebben doorlopen en de resultaten publiek toegankelijk zijn. Patiënten of mantelzorgers kunnen dan een beter geïnformeerd besluit nemen over de keuze voor een bepaalde AI-toepassing.

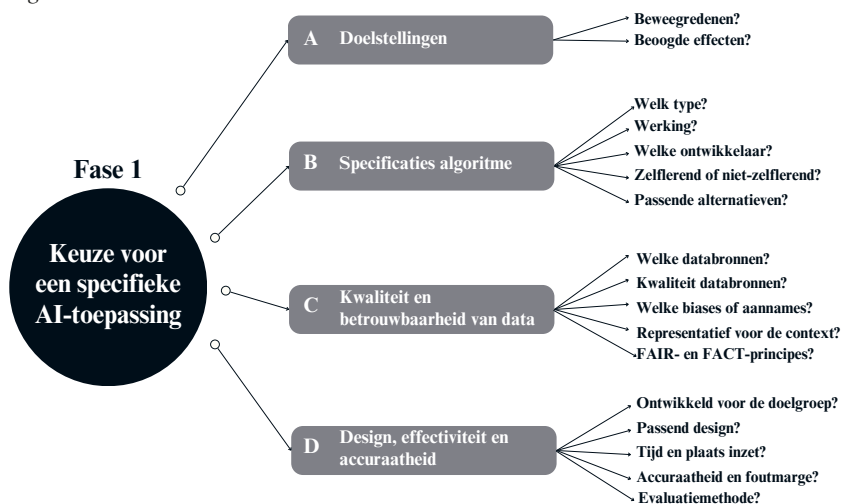
---

88 Art. 4 onder 7 AVG.

## Patiëntenrechtelijk toetsingskader voor AI in de zorg

### Fase 1. Keuze voor een specifieke AI-toepassing

Figuur 1



#### A. Doelstelling van de AI-toepassing

A.1 Wat zijn de beweegredenen om te kiezen voor de inzet van deze AI-toepassing? Wat is het beoogde effect van het gebruik van de AI-toepassing?

*Toelichting.* Een doel kan bijvoorbeeld zijn het verhogen van de productiviteit van personeel ten behoeve van arbeidsbesparing, verminderen van eenzaamheid van patiënten of het verhogen van de accuraatheid van medische diagnoses. Er kunnen ook verschillende doelen naast elkaar bestaan. Het is belangrijk om alle doelen in kaart te brengen, nu een bepaalde toepassing positieve effecten kan hebben op het ene doel, maar tegelijkertijd risico's kan opleveren voor het behalen van een ander doel (bijv. gezondheidswinst met betrekking tot percentage botbreuken vs. kwaliteit van leven van gebruiker).

#### B. Specificaties van het type algoritme

B.1 Om welke AI-toepassing (type, ontwikkelaar) gaat het en hoe werkt de AI-toepassing?

*Toelichting.* Omschrijf de productspecificaties en geef een samenvatting van de werkzaamheden van de AI-toepassing. Beschrijf hoe de toepassing ingezet wordt in het zorgproces.

B.2 Is het algoritme van de AI-toepassing zelflerend of niet-zelflerend?

*Toelichting.* Niet-zelflerende AI-algoritmes zijn geprogrammeerd om specifieke taken uit te voeren op basis van vooraf gedefinieerde regels en instructies. Ze veranderen niet in reactie op nieuwe gegevens en leren niet van ervaring (bijv. traditionele expertsystemen en rule-based systemen). Zelflerende AI-algoritmes zijn ontworpen om te leren en verbeteren vanuit gegevens. Ze passen zich aan nieuwe informatie aan en kunnen hun prestaties verbeteren naarmate ze meer gegevens verwerken (bijv. neurale netwerken en deep learning-modellen).

B.3 Waarom is er specifiek voor deze AI-toepassing gekozen om het gestelde doel te bereiken? Welke alternatieven zijn er, en waarom zijn die minder passend of bruikbaar?

*Toelichting.* Het is niet altijd noodzakelijk om voor een technologische oplossing te kiezen om hetzelfde doel te bereiken. Daarnaast zijn er ingrijpende en minder ingrijpende AI-toepassingen. Ook werken sommige AI-toepassingen beter voor de context van ouderenzorg dan andere.

C. *Kwaliteit en betrouwbaarheid van data in de ontwikkelfase*

C.1 Van welke databronnen is gebruik gemaakt bij de ontwikkeling van de AI-toepassing? Zijn deze databronnen betrouwbaar?

*Toelichting.* De output van de AI-toepassing is afhankelijk van de trainingsdata die gebruikt zijn. Het is belangrijk dat deze data van hoge kwaliteit zijn (bijv. geen slechte kwaliteit CT-scans), accuraat (bijv. niet enkel zelfgerapporteerde symptomen) en representatief voor de context of bevolkingsgroep waarin de AI-toepassing wordt ingezet (bijv. een AI-toepassing die getraind is met data van overwegend studenten geeft niet per definitie dezelfde resultaten voor patiënten van hoge leeftijd).

C.2 Welke biases of aannames liggen mogelijk besloten in de gebruikte databronnen?

*Toelichting.* Biases kunnen voorkomen in alle databronnen die gebruikt zijn voor het ontwikkelen, trainen en evalueren van AI-toepassingen. Het is met name van belang dat er wordt gekeken naar de representatie van verschillende bevolkingsgroepen in de databronnen, om bijvoorbeeld culturele bias, etnische bias en leeftijdsgebonden bias te identificeren.



### C.3 Zijn de data representatief voor de context van ouderenzorg?

*Toelichting.* Om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de data te kunnen beoordelen voor een specifieke context is het belangrijk dat er bij het ontwikkelen van de toepassing gebruik is gemaakt van databronnen die de doelgroep representeren, zowel in de trainingsdata als in de evaluatiedata.

### C.4 Voldoen de data aan de FAIR- en FACT-principes?

*Toelichting.* De FAIR- en FACT-principes zijn principes voor datamanagement. Het is gebruikelijk dat organisaties kunnen aantonen dat hun dataset aan deze vereisten voldoet. Het gaat dan om principes van traceerbaarheid, toegankelijkheid, interoperabiliteit, herbruikbaarheid, eerlijkheid, nauwkeurigheid, vertrouwelijkheid en transparantie.

### D. Design, effectiviteit en accuraatheid

#### D.1 Is het design van de toepassing passend voor gebruik door ouderen?

*Toelichting.* Er zijn vaak grote verschillen in digitale geletterdheid tussen bevolkingsgroepen. Het is bijvoorbeeld nuttig om te bekijken of er ouderen zijn betrokken in de ontwikkeling van de toepassing.

#### D.2 Onder welke omstandigheden wordt de AI-toepassing ingezet?

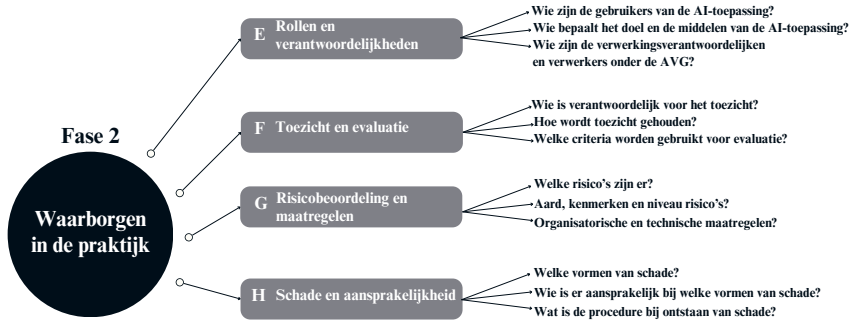
*Toelichting.* De effectiviteit van AI hangt in grote mate af van de context waarvoor de toepassing is getest en ontwikkeld, en de context waarin de toepassing wordt ingezet. Specificeer de context waarin de toepassing zal worden ingezet. Beschrijf hierbij de doelgroep waarvoor de toepassing zal worden gebruikt, de locatie waarop de toepassing zal worden ingezet, en voor welke periode.

#### D.3 Hoe accuraat is de AI-toepassing?

*Toelichting.* Geef de nauwkeurigheidsscore van de toepassing. Beschrijf de samenstelling van de test-dataset die gebruikt is om de kwaliteit en geschiktheid van het model te evalueren. Beschrijf welke criteria zijn gebruikt om de AI-toepassing te evalueren.

## Fase 2. Waarborgen in de praktijk

Figuur 2



### E. Rollen en verantwoordelijkheden

#### E.1 Wie zijn de gebruikers van de AI-toepassing?

*Toelichting.* Omschrijf zowel de gebruikers (bijv. verpleegkundigen, mantelzorgers) als de eindgebruikers (bijv. patiënten in verpleeghuizen, oudere patiënten die gebruik maken van thuiszorg).

#### E.2 Wie bepaalt het doel en de middelen van de AI-toepassing?

#### E.3 Wie zijn de verwerkingsverantwoordelijken en verwerkers onder de AVG?

*Toelichting.* Zie artikel 4 AVG.

### F. Toezicht en evaluatie

#### F.1 Wie is er verantwoordelijk voor het toezicht?

#### F.2 Hoe wordt toezicht gehouden?

*Toelichting.* Omschrijf de instrumenten die aanwezig zijn voor evaluatie en toezicht, en beschrijf de criteria die worden gebruikt. Geef ook aan of er sprake is van 'a human in the loop' bij het nemen van geautomatiseerde besluiten.

### G. Risicobeoordeling en maatregelen

#### G.1 Welke risico's zijn er?

*Toelichting.* Identificeer de risico's die een organisatie zouden kunnen verhinderen haar doelstellingen te bereiken. Denk hierbij ook aan de DPIA onder de AVG.

G.2 Wat zijn de aard, de kenmerken en het niveau van de risico's?

*Toelichting.* Omschrijf de aard van de risico's en de kenmerken ervan, waaronder het risiconiveau.

G.3 Welke organisatorische en technische maatregelen worden er genomen om de risico's te beperken?

*Toelichting.* Omschrijf hier ook welke afspraken zijn gemaakt over het beheer van de toepassing, updates en beveiliging.

### H. Schade en aansprakelijkheid

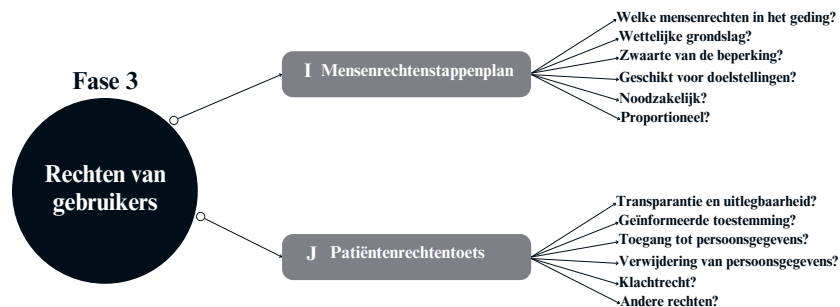
H.1 Welke vormen van schade kunnen er ontstaan?

H.2 Wie is er aansprakelijk bij welke vormen van schade?

H.3 Wat is de procedure bij het ontstaan van schade?

## Fase 3. Rechten van gebruikers

Figuur 3



### I. Mensenrechtenstappenplan

I.1 Welke mensenrechten zijn in het geding bij de inzet van de AI-toepassing?

*Toelichting.* Er kunnen verschillende mensenrechten in het geding zijn bij de inzet van de AI-toepassing. Er moet in ieder geval worden gekeken naar de effecten voor: het recht op privacy en gegevensbescherming, het discriminatie-

verbod, het recht op gezondheid, het recht op informatie, het zelfbeschikkingsrecht en lichamelijke integriteit.

I.2 Is er een wettelijke grondslag voor een beperking van bepaalde mensenrechten?

*Toelichting.* Zie ook de zorgspecifieke wetgeving over geneeskundige behandelingen en de Wzd.

I.3 Hoe zwaar wordt het grondrecht geraakt?

*Toelichting.* Er moet bekeken worden of de kern van de privacyrechten bijvoorbeeld is gelegen in de waarden van autonomie, menselijke waardigheid en geestelijke en lichamelijke integriteit.

I.4 Wat zijn de doelen en is deze specifieke AI-toepassing geschikt om deze doelen te bereiken?

I.5 Is deze specifieke AI-toepassing noodzakelijk om deze doelen te bereiken?

*Toelichting.* Zijn er andere maatregelen mogelijk? Kunnen er mitigerende maatregelen worden getroffen? Is er ook een niet-algoritmische oplossing mogelijk? Zijn er andere – minder beperkende – AI-toepassingen beschikbaar?

I.6 Is de inzet van deze specifieke AI-toepassing proportioneel aan de gestelde doelen?

*Toelichting.* Wegen de doelen dermate zwaar dat zij een beperking rechtvaardigen? Is er een redelijk evenwicht tussen de doelen en de mate waarin mensenrechten beperkt worden?

#### *J. Patiëntenrechtentoets*

J.1 Welke waarborgen zijn er omtrent transparantie en uitlegbaarheid van de AI-toepassing?

*Toelichting.* Is het voor de gebruiker (bijv. arts, verpleegkundige, mantelzorger) duidelijk hoe de AI-toepassing werkt? Hoe wordt dit aan de patiënt uitgelegd?

J.2 Welke waarborgen zijn er omtrent geïnformeerde toestemming van de patiënt voor het gebruik van de AI-toepassing?

*Toelichting.* Hoe ziet het proces omtrent geïnformeerde toestemming eruit? In hoeverre wordt de patiënt betrokken bij de besluitvorming over een specifieke AI-toepassing? Kan de patiënt de AI-toepassing weigeren en wat is dan het alternatief? Hoe wordt er omgegaan met het betrekken van wilsonbekwamen bij de besluitvorming?

J.3 Welke waarborgen zijn er omtrent het recht van de patiënt op toegang tot persoonsgegevens die worden verwerkt door de AI-toepassing?

J.4 Welke waarborgen zijn er omtrent het recht van de patiënt op verwijdering van persoonsgegevens die worden verwerkt door de AI-toepassing?

J.5 Welke waarborgen zijn er omtrent het klachtrecht indien de patiënt ontevreden is over de AI-toepassing?

J.6 Heeft de patiënt andere rechten met betrekking tot de AI-toepassing?

## 6 Conclusie

De toenemende inzet van AI in de ouderenzorg, gedreven door dubbele vergrijzing, schaarste en technosolutionisme, maakt gedegen onderzoek naar de implicaties voor het recht op goede zorg van ouderen noodzakelijk. Het gebrek aan duidelijke beleidsrichtlijnen en regelgeving voor het gebruik van AI in de zorg maakt het voor zorginstellingen, artsen en mantelzorgers moeilijk om weloverwogen beslissingen te nemen. Dit is een onwenselijke situatie, aangezien AI-technologie in de ouderenzorg aanzienlijke implicaties kan hebben voor zowel de kwaliteit van de zorg als de bescherming van patiëntenrechten.

Het in deze bijdrage voorgestelde beoordelingsinstrument is bedoeld om richtlijnen te bieden voor de implementatie en toepassing van AI-systemen in de kwetsbare context van de ouderenzorg met inachtneming van patiëntenrechten. Verschillende actoren in de zorg zouden gebruik kunnen maken van het instrument om de implicaties van een specifieke AI-toepassing te evalueren, afhankelijk van wie verantwoordelijk is voor de keuze en inzet van specifieke vormen van zorg. In het geval van ouderenzorg is het de vraag wanneer de inzet van AI-technologie gerechtvaardigd is in het licht van de tekorten. In deze uitdagende context kan een patiëntenrechtenbeoordelingsinstrument dienen als een waardevol kompas om de juiste beslissingen te nemen. Het verdient aanbeveling dat de beroepsgroep op korte termijn om tafel gaat om het instrument verder te ontwikkelen en te implementeren in de praktijk. Het recht loopt immers altijd achter de technologische feiten aan.

Een dergelijk beoordelingsinstrument kan niet in een vacuüm bestaan; er zullen daarnaast ook robuuste, wettelijke reguleringsinstrumenten ontwikkeld moeten worden die de veiligheid en kwaliteit van patiënten bij het gebruik van AI-technologie vooropstellen. Bovendien rijst de vraag of het huidige mensenrechtenkader voldoende is in een samenleving waarin AI een steeds grotere rol speelt. Het is mogelijk dat er behoefte is aan nieuwe mensenrechten die specifiek gericht zijn op de bescherming van individuen tegen de risico's van AI. Is het bijvoorbeeld tijd voor 'een recht op mentale zelfbeschikking' of 'een recht op betekenisvol menselijk contact'? Hierover zal eerst een maatschappelijk debat gevoerd moeten worden. Gezien de snelle invoering van slimme technologie voor kwetsbare groepen in de samenleving, kan regulering echter niet te lang op zich laten wachten, en zal de wetgever zich klaar moeten maken voor codificatie van een patiëntenrechtenbeoordelingsinstrument voor AI in de zorg.

**Deel 5**  
**Nabeschuwing**  
**Perspectief van de zorgaanbieders**

Frank de Haan\*

---

\* Mr. F.H. (Frank) de Haan, manager Kenniskern Strategie en Bestuur bij Amphia ziekenhuis Breda. Hij dankt de preadviseurs voor al hun voetnoten. In hun bronnen heeft hij menige hier geponeerde stelling bevestigd gezien.





## 1 Inleiding

Nu nagenoeg iedereen wel in de gaten heeft dat de zorg zo niet kan doorgaan, door de oorzaken zoals die in de bijdragen al vaker zijn genoemd, is het ook interessant het perspectief van de zorgaanbieders over het voetlicht te brengen. Daarbij kijk ik met een flink minder dan schuin oog ook naar het recht dat op het zorgstelsel van toepassing is.

Van de zorgaanbieders is er in de huidige tijd, binnen het vigerende zorgstelsel, een vijftal te onderscheiden, waarbij het stelsel grotendeels op financiële inzichten is geschoeid: zorg onder de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid.<sup>1</sup> De laatste jaren is daarnaast een groeiende zesde soort zorgaanbieder te onderkennen, ongereguleerd en niet publiek gefinancierd: mantelzorgers. Over de laatste groep maak ik me ook ernstige zorgen,<sup>2</sup> maar toch zal ik hier niet namens hen schrijven, aangezien ze formeel niet tot het zorgstelsel behoren.

Met man en macht proberen we als samenleving het tij te keren of wijder wordende kloven te dichten, waarin sprake is van twee soorten die aan de gezondheid van de bevolking raken: die tussen de toenemende zorgvraag en het zorgaanbod dat geen gelijke tred kan houden, en die tussen de sociaal-economisch minder bedeelde en hen die het sociaal-economisch beter hebben getroffen.

Wie de oorzaken van die verschillen beschouwt, waarbij in het maatschappelijke debat vooral wordt gewezen op de oorzaken van de zorgkloof, en minder op die van de gezondheidskloof, komt al snel uit bij de in dit preadvies eerdergenoemde dubbele vergrijzing van de bevolking, toenemende technologische zorgmogelijkheden en een krimpend aantal zorgverleners.

Binnen het huidige zorgstelsel is het voor zorgaanbieders vooral een uitdaging de snelgroeiende zorgvraag te accommoderen. Kan dat in een stelsel waarin sinds 2006 sprake is van marktwerking, ook al is die gereguleerd? En als we op die vraag ja of misschien antwoorden, wat staat zorgaanbieders dan te wachten en te doen?

De collega's in de instelling voor medisch-specialistische zorg waar ik werk, hoor ik steeds vaker verzuchten dat het 'niet meer te doen is', waarbij de worsteling met de hoeveelheid zorg, ziek uitgevallen zorgcollega's (hoe krijgen we de roosters nog rond?) en een aantal steeds luidruchtiger op hun rechten staande

---

1 Zie o.a. [www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel).

2 Ze vallen (bijna) om: Haga, VieCuri, Zuyderland.

patiënten/cliënten of hun naasten noodgedwongen tot de hoogste vorm van jongleren wordt verheven.

Ik vraag ze dan wel eens of ze de tv-serie M\*A\*S\*H<sup>3</sup> kennen. Alleen bij de ouderen lukt dat een blik van herkenning uit. Kijk maar eens, zeg ik dan. Want de tijd is aangebroken dat je net als Hawkeye, Trapper John en de rest lol moet hebben in de chaos die ontstaat of er bij menige zorgaanbieder al is.

## 2 Effecten van de ontwikkelingen in en rond de zorg op de zorgaanbieders

De opkomst van de codificatie van patiëntenrechten<sup>4</sup> ligt alweer enkele decennia achter ons en ook de eerste kwaliteitswetten voor de zorg kennen al een lange geschiedenis. Die luxe van een relatieve eenzijdige aandacht voor de positie van de patiënt of cliënt is intussen rap achterhaald door de dagelijkse praktijk. Dat vindt voor een deel zijn oorzaak in de in 2006 geïntroduceerde marktwerking in de zorg,<sup>5</sup> onder welk regime al snel de betaalbaarheid onder druk kwam te staan. Dat leidde ertoe dat alle zorgkoepels met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (of de voorganger ervan) afspraken maakten over maximale omzetten, om maar niet geconfronteerd te hoeven worden met het gevreesde macrobeheersinstrument van het ministerie van VWS.<sup>6</sup> Liever onderwierpen de zorgpartijen zich aan vooraf zelfgekozen restricties dan achteraf door het ministerie van VWS gekort te worden (met alle onzekerheid van dien). De welbekende hoofdlijnenakkoorden beheersten jarenlang het financiële makro kader voor de zorg. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is de meest recente variant, waarin de waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg (maar ook duurzaamheid) vooropstaan.

Terwijl de druk op de zorgaanbieders (maar ook op de zorgverzekeraars) toenam, nam de professionalisering van veel zorgaanbieders ook sterk toe. Dat bracht verschillende effecten met zich mee, zoals schaalvergroting (fusies), bureaucratie, toenemende kwaliteit(seisen) en meer inzet van technologische middelen, zoals ICT. De grotere organisaties kregen ook te maken met de zogenoemde profes-

3 Zie [https://nl.wikipedia.org/wiki/M\\*A\\*S\\*H\\_\(televisieserie\)](https://nl.wikipedia.org/wiki/M*A*S*H_(televisieserie)).

4 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): 1995; voormalige Kwaliteitswet zorginstellingen: 1996; Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG): 1997.

5 De MvT bij de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is bijzonder informatief inzake de redenen van introductie ervan: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30186-3.html>.

6 Zie als bijvoorbeeld <https://wetten.overheid.nl/BWBR0046844/2023-01-01>.

sionaliseringsparadox.<sup>7</sup> Daarin voelen zorgverleners zich vaak beknot in hun professionele autonomie en minder betrokken bij de organisatie. Zij krijgen het gevoel te zijn onderworpen aan allerlei regels van bovenaf en verliezen het plezier in hun werk.<sup>8</sup>

Maar ook patiënten/cliënten hebben niet stilgezeten. Niet alleen heeft de marktwerking hen gevormd tot zorgconsumenten, hun medezeggenschap is ook wettelijk verankerd.<sup>9</sup> Zorgaanbieders merken dat een deel van hun patiënten/cliënten veeleisender is geworden. Het gegroeide zorgaanbod van de professionele zorgaanbieders wekt verwachtingen die vaak niet uitkomen (door wachtlijsten bijvoorbeeld), en ondertussen vertrouwt de zorgconsument enkel nog op professionele zorg en niet meer op zichzelf of op informele hulp.<sup>10</sup>

De rek is er wel uit. Wat we nu zien is dat het verwachtingspatroon in de samenleving maar mondjesmaat reëler wordt. Mensen blijven hoge verwachtingen houden. De hoeveelheid zorg, zowel in de vraag als aan de aanbodzijde, blijft stijgen, de kosten ervan ook en het aantal zorgmedewerkers groeit niet voldoende snel mee of neemt zelfs af. Veel jongeren zien een baan in de zorg niet zitten. In het IZA wordt de sleutel gezocht in 'passende zorg'.<sup>11</sup> Een lovenswaardige poging om van de nood een deugd te maken? Ik vrees dat het zo niet gaat werken, maar dat er sprake is van een utopische visie van de opstellers. Sommige van de voornemens helpen ongetwijfeld de gangbare zorg nog efficiënter te maken, zoals meer gebruik van informele zorg of inzet van zorg op afstand met gebruik van bijvoorbeeld digitale middelen. Maar andere vergen juist meer persoonlijke inzet van zorgverleners, opdat zij 'waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen'.<sup>12</sup> Ook van de IZA-werkagenda heeft slechts een beperkt aantal afspraken de potentie in zich de druk van de schaarste te lenigen (digitalisering en gegevensuitwisseling, ontzorgen van zorgprofessionals, gezond leven en preventie), maar de overige niet (regionale samenwerking, samenwerking in het sociale domein,

7 G. Hutschemaekers, *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg* (oratie Nijmegen), Nijmegen: SUN 2001.

8 Dat heeft bijv. iemand als Jos de Blok geïnspireerd tot zijn Buurtzorg: [https://nl.wikipedia.org/wiki/Jos\\_de\\_Blok](https://nl.wikipedia.org/wiki/Jos_de_Blok). Anderen worden zzp-er, wat de zorgkosten opdrijft.

9 In de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).

10 J.W.J. van der Gulden, 'Professionalisering heeft paradoxale effecten', *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* (10) 2002, afl. 1, p. 9-12.

11 Zie [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg).

12 Zie [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg), p. 9, punt 1.

huisartsenzorg en ggz, en versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg), althans niet genoeg.

De schaarste in de zorg is een veelkoppig monster. Aan zorgaanbieders liggen niet slechts direct zorggerelateerde vraagstukken voor, zij hebben te maken met normen die gelden voor alle gebieden waarvan zij normadressaat zijn. Die normen zijn van velerlei aard en indirect raken zij de zorg. Ze bestaan niet enkel uit verdragen, wetten of besluiten. Een enorme hoeveelheid normen komt uit ‘het veld’ zelf: zelfregulering. Denk aan zoiets als een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling, maar ook aan een Convenant Medische Technologie. Alles bijeen zijn het er nogal wat. Alleen al voor de ziekenhuizen (steeds vaker aangeduid als medische centra of medisch-specialistische instellingen, omdat en doordat we mensen die iets mankeren tegenwoordig, als het even kan, liever niet meteen ziek noemen – denk aan de introductie van positieve gezondheid) bestaat de database LORENZ, die door de NVZ wordt beheerd, uit meer dan 2200 documenten van wet- en regelgeving. Dat normenkader laat zien dat zorgaanbieders niet alleen met patiënten/cliënten/zorgconsumenten te maken hebben – en zich volledig kunnen richten op hun belang (zoals kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid) –, maar ook met huisvesting, energie, techniek, informatietechnologie, administratie, werkgeverschap, medezeggenschap, wetenschap, opleiden enzovoort. Al die gebieden zijn gereguleerd met normen die bedoeld zijn voor de bovenliggende waarden. En op al die gebieden moeten zorgaanbieders verantwoording afleggen en is staatstoezicht van toepassing.

Dat is de setting van elke dag, waarin zorgaanbieders moeten proberen hun afspraken met de zorgverzekeraars na te komen. Ik geef het je te doen.<sup>13</sup> Ruimte voor innovatie is nauwelijks aanwezig door de krappe marges (als er al marges zijn).

### 3 Waarden en normen

Het vigerende normenkader (het recht) is een vertaling van hoe de wetgever en hoe maatschappelijke partijen denken, aannemen, dat de bovenliggende waarden het beste kunnen worden nagestreefd. Het recht loopt dus altijd achter bij het ethische debat, omdat er eerst bepaald moet worden wat de samenleving te doen

---

13 Dat dit niet (goed) meer lukt, wordt geïllustreerd door o.a. de forse (miljoenen)verliezen die een aantal medische centra optekent over 2023, zoals VieCuri, Isala, HagaZiekenhuis en Zuyderland, zie bijv. [www.skipr.nl/nieuws/ook-viecuri-in-financiele-problemen-vraagt-zorgverzekeraars-om-hulp](http://www.skipr.nl/nieuws/ook-viecuri-in-financiele-problemen-vraagt-zorgverzekeraars-om-hulp). De voorgestelde oplossing? Meer efficiëntie en minder mensen. Zie ook [www.nrc.nl/nieuws/2023/12/14/zorgstelsel-hapert-grootste-sectoren-presteren-slecht-a4184397](http://www.nrc.nl/nieuws/2023/12/14/zorgstelsel-hapert-grootste-sectoren-presteren-slecht-a4184397).

staat, als zij bepaalde waarden van belang vindt.<sup>14</sup> Zo is de gezondheid van de bevolking als waarde onder andere vertaald in de grondwettelijke taak van de overheid deze te bevorderen door maatregelen hiertoe te treffen.<sup>15</sup> Het gaat dus om de gezondheid van de bevolking als waarde. Zorg voor de gezondheid is echter iets geheel anders dan (zorg voor de) gezondheidszorg.<sup>16</sup> Daarnaast is er nog een groot scala aan andere waarden die evenzeer het nastreven waard zijn, vandaar dat uitgebreide normenkader. Afweging van die waarden, waaronder de gezondheid van individuele mensen, is bij de zorgaanbieders aan de orde van de dag, op verschillende niveaus. Op het niveau van de individuele interactie tussen zorgverlener en patiënt (voorbeeld: wat laat ik voorgaan: mijn veiligheid of de zorg voor deze agressieve patiënt?), op het niveau van de zorgverlener op meerdere terreinen (voorbeeld: investeer ik in nieuwe apparatuur, dus kwaliteit van zorg, in vitaliteitsprogramma's voor de medewerkers of in een back-up van de software, dus bedrijfscontinuïteit?), en op het niveau van de zorgkoepels (voorbeeld: zetten we de middelen in voor de ondersteuning van de aangesloten zorgaanbieders, uit solidariteit of gemak, of voor de ontwikkeling van centralisatie en spreiding van het zorgaanbod, met het oog op de kwaliteit van het zorgaanbod?).

Inzicht in de beste wijze waarop de waarden die prioriteit behoren te hebben, op grond van wat de samenleving van belang acht, kunnen worden gerealiseerd, is van fundamenteel belang voor het te voeren beleid. Als we namelijk als samenleving een lang en gezond leven van belang vinden (waarde), met welke waarden komt dat dan mogelijk in conflict? En op welk niveau? De maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders speelt hierbij een grote rol, maar ook andere verantwoordelijkheden. Denk op het gebied van de zorg naast zorgzaamheid en gezondheid onder andere aan: vertrouwen en betrouwbaarheid, veiligheid, kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, gastvrijheid, menswaardigheid, werkzaamheid, verdelende rechtvaardigheid, individuele autonomie, vrijheid en gelijkwaardigheid.<sup>17</sup>

De vraag is dus hoe de waarden die prioriteit moeten hebben het beste zijn na te streven zonder de andere waarden die in het geding zijn te zeer tekort te doen. Daarvoor ontkomen we niet aan een feitenonderzoek naar welke variabelen de meeste invloed hebben op die waarde, in dit geval gezondheid. Op het gebied van

---

14 Zie vooral in dit preadvies Schut en Varkevisser.

15 Art. 22 lid 1 Gw.

16 Wat ook aan de orde komt in de bijdrage van Sluijs en Van der Kamp aan dit preadvies.

17 Er zijn nog vele andere waarden te bedenken. Waarden overlappen elkaar ook vaak, zoals integriteit, openheid, betrouwbaarheid en eerlijkheid.

de gezondheid zijn er wel enkele bekend. Welvaart is een belangrijke variabele.<sup>18</sup> Natuurlijk is ook de mate van welvaart afhankelijk van weer andere variabelen, zoals (genetische) aanleg, de omgeving waarin men opgroeit en het opleidingsniveau dat men heeft genoten. Een belangrijke levenswijsheid is: jong geleerd is oud gedaan. Wat je van jongs af aan meekrijgt in je gedrag, beklift meestal het beste. Effectieve preventie begint (eigenlijk) al vóór de conceptie.<sup>19</sup> Je zou dus verwachten dat de samenleving uit het oogpunt van een gezonde bevolking vol inzet op opvoeding en onderwijs. Bij onze jeugd kunnen we de basis leggen waarop we verder kunnen bouwen.

En wat doen we? We besteden het meeste geld aan zorguitgaven, het koekoeksjong in de overheidsbegroting. Past dat wel bij een rechtvaardige verdeling van de middelen? En sluit dat aan bij het doel? Gunnen we wel iedereen een zo veel mogelijk gelijke kans op een lang en gezond leven? Of vinden we toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg voor iedereen belangrijker? We blijven denken in oplossingen voor gezondheid door middel van zorg, maar volgens mij is zorg voor gezondheid fundamenteel iets anders dan gezondheidszorg. In dit 'omdenken' is voor de Nederlandse bevolking nog veel te winnen qua gezondheid. Dat kost tijd.

Intussen zien we de zorg langzamerhand volledig vastlopen in de hoeveelheid normen waaraan zorgaanbieders en hun medewerkers moeten voldoen én waarover zij verantwoording schuldig zijn aan hun patiënten in de eerste plaats, maar ook aan interne en externe toezichthouders.

#### 4 Nieuwe uitdagingen

De gesignaleerde toename van de problemen in de zorg zal niet of nauwelijks worden verkleind door de tot nu toe geopperde oplossingen: meer digitalisering en inzet van kunstmatige intelligentie (AI), meer samenwerking in de zorgsector tussen zorgaanbieders, meer regie en zelfredzaamheid van patiënten, al dan niet in samenwerking met het sociale systeem (mits aanwezig of beschikbaar<sup>20</sup>), of de tot nu toe gebruikelijke vormen van preventie (ter bevordering van een gezonde

---

18 Zie [www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bovenaan-welvaartsladder-bijna-25-jaar-langer-in-goede-gezondheid](http://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bovenaan-welvaartsladder-bijna-25-jaar-langer-in-goede-gezondheid).

19 Zie [www.nrc.nl/nieuws/2022/05/22/investeer-in-preventie-en-die-begint-al-bij-de-kinderwens-a4125180](http://www.nrc.nl/nieuws/2022/05/22/investeer-in-preventie-en-die-begint-al-bij-de-kinderwens-a4125180).

20 Dagelijks zijn er in medische centra patiënten die geen sociaal netwerk hebben. En dat aantal groeit, wat o.a. af te lezen valt aan het groeiend aantal eenzamen: [www.vzinfo.nl/eenzaamheid/leeftijd-en-geslacht#eenzaam-volwassenen](http://www.vzinfo.nl/eenzaamheid/leeftijd-en-geslacht#eenzaam-volwassenen).

leefstijl).<sup>21</sup> De gemiddelde Nederlander zal eerder te weinig bewegen, te ongezond eten en drinken en vooral het gemak van nieuwe techniek omarmen dan zich realiseren dat zij of hij meestal zelf verantwoordelijk is voor een betere kans op een langer en gezonder leven.

Maar zelfs als we, ook als zorgaanbieders, inzetten op alle ideeën van het Kader Passende Zorg en het IZA, krijgen we te maken met nieuwe uitdagingen.<sup>22</sup> Zijn alle nieuwe technische snuffjes, zoals domotica, veilig genoeg? Kunnen de zorgverleners dan nóg meer patiënten/cliënten voor hun verantwoordelijkheid nemen? Moeten dan minder zorgverleners over meer patiënten verantwoording afleggen? Zijn zij wel bekwaam om met de nieuwe techniek om te gaan? Hoeveel extra stress brengt dat met zich mee? Hoe zit het met hun eigen gezondheid (nu al is de samenleving grotendeels letterlijk naar het toetsenbord aan het groeien)? Vergen al die samenwerkingsafspraken nieuwe richtlijnen/protocollen, samenwerkingsovereenkomsten? Wie gaat die monitoren? Welke verplichtingen brengen nieuwe technieken van diagnostiek of behandeling met zich mee, zodra de beroepsverenigingen deze tot professionele standaard hebben verheven en het Zorginstituut Nederland daarin meegaat? Hebben de zorgaanbieders voldoende ruimte, tijd en middelen om werkelijk passende zorg te bieden? Is passend dan ook het bijvoeglijk naamwoord dat geldt voor de zorgaanbodzijde? Ofwel: moet het ook passen bij wat de zorgaanbieders aan mogelijkheden hebben? Wie controleert de uitkomsten van AI? In hoeveel talen gaan we communiceren? Blijven we dezelfde eisen stellen aan de kwaliteit van zorg? Hoeveel medewerking aan de uitvoering van de behandeling mogen we vergen van de patiënt/cliënt? Hoeveel tijd ga je besteden aan de via internet en AI goed geïnformeerde patiënt, die jou bestookt met vragen en mogelijke antwoorden? Enzovoort enzovoort.

Zolang we de oplossingen met name in de zorg zelf blijven zoeken, zal mogelijk wel de efficiëntie nog wat toenemen, maar de grenzen zijn snel bereikt.

## 5 De rol van het recht

Nu het normenkader voor de gezondheidszorg zo enorm is gegroeid, wordt het tijd om de oude bekenden, zoals de beginselen van redelijkheid en billijkheid, in

21 Natuurlijk geeft het Nationaal Preventieakkoord een belangrijk signaal af, maar we kunnen ons niet te vroeg rijk rekenen. Zie als voorbeeld [www.nrc.nl/nieuws/2023/10/23/lichaamsbeweging-mag-geen-luxeproduct-zijn-a4178148](http://www.nrc.nl/nieuws/2023/10/23/lichaamsbeweging-mag-geen-luxeproduct-zijn-a4178148).

22 Verantwoording over duurzaamheid is de jongste loot aan de stam: op 4 december 2023 kregen alle werkgevers met meer dan 100 werknemers te maken met het Besluit CO<sub>2</sub>-reductie werkgebonden personenmobiliteit met rapportageverplichting, dat op 1 juli 2024 ingaat. Wat volgt?

het licht van de omstandigheden van het geval ook toe te passen op het functioneren van zorgaanbieders. De verantwoordelijkheid voor elkaar dragen we allemaal. Is het nog wel redelijk om zorgaanbieders af te rekenen op hun verantwoordelijkheid om aan alle aan hen gestelde normen te voldoen?<sup>23</sup> Rechtsregels zijn vormen van gestolde ethiek, die logischerwijze meestal het maatschappelijke debat volgen.

Gedacht vanuit de grondrechten en grondbeginselen kunnen juristen echter ook het maatschappelijke debat aanjagen over hoe de Staat op een effectievere manier aan het bevorderen van de gezondheid van de bevolking kan werken. Door niet te mogen discrimineren bijvoorbeeld wordt de zorg op slot gezet in individuele gevallen. ‘Wie het eerst komt, het eerst maalt’ wordt dan de regel.

Vanwege artikel 1 van de Grondwet (Gw) zou je verwachten dat discriminatie op grond van leeftijd verboden is, omdat zij te scharen valt onder het verbod op discriminatie ‘op welke grond dan ook’. Maar op vele terreinen van overheidsbeleid is leeftijdsdiscriminatie logischerwijze en op goede gronden aan de orde van de dag. De leerplicht houdt op bij 18 jaar. Een 50-jarige kan geen recht doen gelden op AOW. Belastingvrij een grote schenking aan je kinderen doen kan tot en met hun 40ste. Studiefinanciering krijgt men tot maximaal zijn 30ste. En ga zo maar door. Niemand zal beweren dat hier geen logica achter zit. Zodra het echter om (basis)zorg gaat, moet deze voor iedereen toegankelijk, betaalbaar en van voldoende kwaliteit zijn. Het is dan ook geen wonder dat in medische centra dagelijks tientallen ouderen een plaats in beslag nemen, terwijl zij andere zorg nodig hebben dan medisch-specialistische, omdat er gewoonweg geen plaats is in een instelling waar ze wel de juiste zorg kunnen bieden. Mijn oproep is om in elk geval eens na te denken over leeftijdsdiscriminatie in de zorg en dit expliciet te doen. Want nu de wal het schip keert, gebeurt het al onbenoemd.<sup>24</sup> Twee verzorgenden die verantwoordelijk zijn voor veertig (of nog meer) verpleeghuisbewoners<sup>25</sup> is geen uitzondering meer. Het is gewoon niet eerlijk om te doen alsof dat best nog beter en efficiënter kan, gezien de demografische ontwikkelingen.

Langetermijnvisie is wat we nodig hebben en graag snel. Als voor iedereen in de samenleving dezelfde verwachtingen gelden (gelijkheidsbeginsel), accepteren

---

23 Aan de hand van incidenten in de zorg verschuift telkens de focus binnen het normenkader: het kan vandaag gaan om te veel valincidenten, maar morgen om de inbraakgevoeligheid van de ICT-systemen.

24 Zie [www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/07/13/aanpassing-wet-langdurige-zorg-dringend-nodig](http://www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/07/13/aanpassing-wet-langdurige-zorg-dringend-nodig).

25 Persoonlijke mededeling van een verpleeghuismedewerker, in lijn met de persoonlijke mededeling van een verpleeghuisdirecteur dat zij makkelijk ruimte heeft voor 500 extra medewerkers, vanwege het zorgaanbod.



mensen dat meestal het beste. Vanuit die gedachte geef ik de overweging mee na te denken of er grenzen gesteld kunnen worden aan het recht op (bepaalde vormen van) zorg boven een bepaalde leeftijd. Met het daarmee bespaarde geld kunnen we dan investeren in onze jeugd. Al eerder werd die suggestie tijdens de jaarvergadering van de VGR in 2011 door mij geopperd. We bleven echter vasthouden en vastzitten aan het stelsel van marktwerking in de zorg, dat inderdaad misschien nog wel tot enige kwaliteitswinst heeft geleid, maar de gezondheidskloof deed groeien, zoals voorspeld.<sup>26</sup>

Welke samenleving willen we? Een samenleving waarin het vanzelfsprekend is dat je opgroeit in een omgeving die je leert hoe je met je gezondheid om kunt gaan, of een samenleving waarin je merkt dat als je wat gaat mankeren, je heel de dag in de gaten gehouden wordt door de techniek aan je en om je heen?

## 6 Wat mogen we verwachten van de zorgaanbieders?

We zullen eerlijker moeten zijn in de verwachtingen die we scheppen over de (on)mogelijkheden in de zorg, zowel naar patiënten en cliënten, als ook onderling en naar de samenleving als zodanig. Het idee van de eigen verantwoordelijkheid van de burger, als een van de ankerpunten van het huidige stelsel, heeft aantoonbaar niet gebracht wat in 2006 gehoopt werd. Natuurlijk horen de zorgaanbieders netjes hun afspraken uit het IZA zo goed mogelijk na te komen. Verwacht echter geen resultaat, maar een inspanning. Zolang we aan dit stelsel van marktwerking vastzitten, zullen ook de andere partijen hier hun aandeel in moeten nemen. Zorgverzekeraars zullen hun verzekerden moeten voorbereiden op wat hun te wachten staat.

Kunnen de zorgaanbieders de kwaliteit van zorg nog blijven bieden zoals we die gewend zijn? Komen zij nog toe aan een kloppende verantwoording van de geboden zorg? Deregulering is een must. Zeker voor al degenen die nieuw in de zorg komen werken en moeite hebben met een hooggespecialiseerde omgeving.<sup>27</sup> Maar dat de kwaliteit van zorg op een aantal gebieden al aan het afnemen is, is iets dat je in de huidige en komende omstandigheden zonder meer de zorgaanbieders kunt verwijten.

---

26 Mr. E. Luijendijk, 'Verslag jaarvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2011', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2011, aflevering 7, p. 572.

27 Laageletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden van potentiële zorgverleners belemmeren ontwikkelingen aan de zorgverlenerskant. Onderwijsuitkomsten anno 2023 stellen niet gerust.

## 7 Slot

Ik merk dat ik met meer vragen kom dan met antwoorden. Een mens zou er moedeloos van worden. Maar dit is de huidige wereld van de gezondheidszorg. Daarin leven al deze vragen en ze leiden tot morele stress bij hen die erin werken.<sup>28</sup> Het werken in de zorg zal sterker op M\*A\*S\*H gaan lijken als er niet fundamenteel wordt nagedacht en ingegrepen.

---

28 Zie [www.nrc.nl/nieuws/2023/12/14/nationaal-nestor-alarm-a4184215](http://www.nrc.nl/nieuws/2023/12/14/nationaal-nestor-alarm-a4184215).

## **PREADVIEZEN (1968-2023) VAN DE VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT**

Jaarlijks publiceert de Vereniging voor Gezondheidsrecht (VGR) een preadvies waarin een of meer auteurs een belangwekkend gezondheidsrechtelijk thema bespreken. Vanaf 2023 ontvangen de VGR-leden geen preadvies in boekvorm meer, maar krijgen direct na het verschijnen van het preadvies een speciale link en hebben kosteloos de beschikking over een digitale versie van het VGR-preadvies van dat kalenderjaar. Een half jaar na het verschijnen van het preadvies is het document via de VGR-website vrij te downloaden.

Het jaarlijkse preadvies is (vanaf 2023) na verschijningsdatum tegen kostprijs in boekvorm te bestellen via [www.boom.nl/juridisch/gezondheidsrecht](http://www.boom.nl/juridisch/gezondheidsrecht). De fysieke VGR-preadviezen van 2019-2022 zijn bij de Sdu klantenservice (070-378 98 80) of [www.sdu.nl/shop/juridisch/gezondheidsrecht.html](http://www.sdu.nl/shop/juridisch/gezondheidsrecht.html) te koop.

Alle uitgebrachte VGR-preadviezen (1968-2023) kunt u digitaal raadplegen op de VGR-website. Deze zijn te vinden op [www.vereniginggezondheidsrecht.nl/index.php?page=overige-preadviezen](http://www.vereniginggezondheidsrecht.nl/index.php?page=overige-preadviezen).

### **Word VGR-lid!**

Tot het lidmaatschap van de VGR kunnen worden toegelaten personen (juristen en anderen, dus ook studenten) met belangstelling voor het gezondheidsrecht (zie artikel 3 Statuten). De hoogte van de contributie wordt jaarlijks in de jaarvergadering vastgesteld. Na de jaarvergadering krijgt u een verzoek om de contributie te voldoen. Als tegenprestatie organiseert het bestuur een tweetal wetenschappelijke vergaderingen per jaar en ontvangt u een digitaal exemplaar van het jaarlijks uit te brengen preadvies.

Voor aanmelding van het VGR-lidmaatschap en de actuele hoogte van de contributie zie [www.vereniginggezondheidsrecht.nl/index.php?page=lidmaatschap](http://www.vereniginggezondheidsrecht.nl/index.php?page=lidmaatschap).

