

Het belang van wederkerigheid ...

... solidariteit gaat niet vanzelf



Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, maart 2013

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 3405060

Fax 070 3407575

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp:

Fotografie: Eveline Renaud

Druk:

Uitgave: 2013

ISBN:

U kunt deze publicatie downloaden via onze website (www.rvz.net).

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

We hebben in Nederland een solidair zorgstelsel waar we trots op mogen zijn. Het stelsel is vóór en ván iedereen. Die solidariteit gaat niet vanzelf, maar vraagt om meer wederkerigheid van alle betrokkenen, burgers, zorgverleners, zorgverzekeraars en zorginstellingen. Iedereen beperkt het beroep op formele solidariteitsoverdrachten en collectieve middelen tot het noodzakelijke. Er is ruimte om wederkerigheid ook informeel tot stand te laten komen. Solidariteit op die basis, ‘werkt’ en maakt het stelsel houdbaar.

Welk probleem lost dit advies op?

Dit advies draagt bij aan het vertrouwen in de solidariteit. De aanbevelingen maken werk van wederkerigheid en van een betere balans tussen rechten en plichten in het zorgstelsel. Dit doorbreekt de negatieve spiraal in vertrouwen en verantwoordelijkheid die het gevolg dreigt te worden van alsmaar stijgende zorguitgaven en -premies, een steeds hoger eigen risico en een toenemend zicht op oneigenlijke zorg, waarvan het eind nog niet in zicht is.

Wat zijn de gevolgen voor de burger?

De burger wordt zich meer bewust van zijn verantwoordelijkheid als medeproducent van een houdbaar stelsel. Hij kent de prijzen en kosten van het persoonlijk zorggebruik. Hij weet wat hij zelf kan doen aan leefstijl en zorg voor de oude dag, aan zelfzorg en deelname aan kleinschalige persoonlijke netwerken voor onderlinge uitwisseling van steun en zorg. Zijn gemeente, zorgverzekeraar en behandelaar zullen hem daarin stimuleren en op aanspreken. Zijn collectieve polis, waar de meeste Nederlanders gebruik van maken, wordt een vehikel voor gezondheidsbevordering. De accijnzen voor tabak en alcohol worden verhoogd.

Wat zijn de gevolgen voor de aanbieder en zorgverlener?

Ook de verantwoordelijkheid van de zorgverleners wordt aangesproken, want zij worden betaald uit publieke middelen. Dit betekent meer focus op de noodzakelijkheid van zorg. Zij kennen de prijzen van alternatieve behandelopties en voeren geen onnodige behandelingen uit buiten de aangewezen kos-

teneffectieve bandbreedte. Hun bekostiging wordt meer populatie- dan productiegericht en matigt kosten en inkomens. Vanuit het perspectief van preventie coachen en ondersteunen zij de burger bij het ontwikkelen van de eigen kracht.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?

Zorgverzekeraars houden zich verre van directe of indirecte risicoselectie voor het basispakket. Zij verantwoorden zich voor hun inspanningen om ongepast zorggebruik tegen te gaan en gebruiken spiegelinformatie om zorgaanbieders zo nodig ter verantwoording te roepen en zaken bij te sturen. Verzekeraars sturen op gezondheid, via de zorginkoop, via samenwerkingsverbanden met gemeenten waarvoor zij ook middelen reserveren (een gezondheidsfonds) en door de ontwikkeling van “gezonde” collectieve polissen. Dit kunnen ook collectieve contracten met werkgevers, gemeenten en patiëntencollectieven zijn.

Wat zijn de gevolgen voor de rijksoverheid?

De rijksoverheid is verantwoordelijk voor een houdbaar stelsel. Hij vult deze brede verantwoordelijkheid mede in door in dialoog met burger en zorgsector een visie te formuleren op goede, toegankelijke en betaalbare zorg in 2040.

Wat zijn de gevolgen voor gemeenten?

Voor de efficiënte uitvoering van hun toenemende verantwoordelijkheid voor ondersteuning, voeren gemeenten integraal beleid, in samenwerking met verzekeraars als het gaat om preventie en het bevorderen van gezondheid. Gemeenten zien de kanteling binnen de WMO als opdracht om samenwerkingsverbanden met burgers aan te gaan of te ondersteunen. Investeren in het sociaal kapitaal van burgers bevordert de redzaamheid van burgers. Het is belangrijk van geval tot geval de juiste afstemming van formele en informele voorzieningen te bezien.

Wat kost het?

Dit advies draagt bij aan het beperken van de voorspelde kostenstijging in de gezondheidszorg op de langere termijn.

Wat is nieuw?

Het invoeren van meer wederkerigheid in het zorgstelsel.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Inleiding	11
2. Balans tussen solidariteit en wederkerigheid	13
3. Case study: solidariteit en wederkerigheid in de sociale zekerheid, een wegwijzer voor de zorg?	19
4. Solidariteit en wederkerigheid in het Nederlandse zorgstelsel	22
5. Probleemanalyse en oplossingsrichtingen	32
6. Conclusies en aanbevelingen	45

Samenvatting

Solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel gaat uit van de gedachte: van iedereen, voor iedereen. Op enig moment dragen sommigen de premielasten zodat anderen een noodzakelijke voorziening kunnen ontvangen. Deze netto betalers weten dat de rollen op een later moment kunnen zijn omgekeerd; dan zijn zij de ontvangers geworden. Een soort uitgestelde ruil dus, die niet perse hoeft plaats te vinden, maar die wel zekerheden biedt als dat nodig is.

Door de aanhoudende stijging van de zorgkosten en verhoging van zorgpremies en het eigen risico in de afgelopen jaren, samen met economisch zwaar weer, wordt de Nederlandse bevolking onzekerder over het solidariteitsprincipe zoals hierboven omschreven. Het vertrouwen dat een bijdrage vandaag ook zekerheid biedt voor de toekomst, komt onder druk te staan. Daar komt bij dat er steeds meer mensen komen met chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld diabetes – met een toename van ongeveer een half miljoen patiënten in de komende twaalf jaar – en dat er tegelijkertijd steeds meer bekend wordt over de gedragscomponent van (vermijdbare) ziekten.

Het gaat bij solidariteit in het algemeen om overdrachten tussen burgers (verzekerden). Solidariteit en bijbehorende overdrachten kennen veel verschijningsvormen, uiteenlopend van kleinschalige informele arrangementen tot wettelijk geregelde arrangementen voor de hele bevolking. Voor deze laatste, ingrijpende variant wordt gekozen om te waarborgen dat alle burgers toegang hebben tot primaire levensbehoeften. Dit heeft geresulteerd in de bijstandswet, in sociale verzekeringen en in de collectieve zorgwetten (AWBZ, Zvw, WMO). Iedereen betaalt daaraan mee via wettelijke premies en belastingen. Want iedereen heeft kans op verlies van inkomen of behoefte aan zorg.

De kansen dat een beroep op collectieve solidariteit nodig is, zijn ongelijk over de mensen verdeeld. Verschillen in opleiding zijn een belangrijke indicator. Wie meer opleiding heeft is weerbaarder. Achter deze verschillen gaat een complex van oorzaken schuil. Bijna iedereen accepteert dat bepaalde groepen hierdoor netto ontvanger of netto betaler van het systeem zijn. Deze acceptatie is minder als de indruk bestaat dat individuen of groepen invloed hebben op wat zij van het systeem

ontvangen. Dit is één aspect. Een ander aspect is dat het beroep op de solidariteit toeneemt als gevolg van stijgende zorgkosten, het steeds grotere beslag op het besteedbaar inkomen en de steeds grotere moeite die mensen hebben om deze te betalen. Dit raakt een fundamentele kwetsbaarheid van systemen gebaseerd op solidariteit. Deelnemers kunnen ondoelmattig gebruik en misbruik van middelen maken of frauderen. Het gaat niet alleen om de burger/patiënt maar ook om zorgaanbieders en verzekeraars. Trekken we solidariteit wat ruimer dan inkomenssolidariteit, dan komen ook de gezondheidsverschillen tussen groepen in beeld en kan – met het oog op hogere AOW leeftijd bijvoorbeeld – ook meer op gezondheid voor laag opgeleiden worden ingezet. Dan hebben we het natuurlijk ook over informele oplossingen buiten het domein van de formele zorg.

Het voorkómen van oneigenlijk gebruik en het bevorderen van gezondheid door burgers/patiënten en de zorgsector dragen dus bij aan het vertrouwen van burgers in het solidariteitsprincipe en houdt de solidariteit levend. Solidariteit kan namelijk worden gezien als een collectieve prestatie, de solidariteit van mensen is afhankelijk van de solidariteit van anderen. Het kan in een samenleving dus de goede of de foute kant op gaan met de solidariteit, afhankelijk van het vertrouwen dat mensen hebben in de solidariteit van anderen. Er moet sprake zijn van wederzijds vertrouwen in wederkerige solidariteit. Alleen dan ‘werkt’ de solidariteit.

Oneigenlijk gebruik wordt voorkomen als alle betrokkenen zich verantwoordelijk voelen voor het zorgstelsel, dat iedereen laat zien dat het stelsel niet alleen vóór, maar ook ván hem of haar is. Dat is verre te verkiezen boven minutieus toezicht en controle, wat erop neerkomt dat het vertrouwen in de solidariteit alleen maar verder wordt ondermijnd en de solidariteit in een neerwaartse spiraal brengt. Het eigenbelang is gediend bij een bewustzijn van het algemeen belang, want alleen dan is de solidariteit voor ons allen houdbaar voor de toekomst.

Wie zijn dat, die betrokkenen? In de allereerste plaats is dat de burger, in zijn hoedanigheid van premiebetaler, van hoeder van gezondheid, van patiënt en zorgconsument. Maar de kring is veel breder. Ook de zorgsector moet verantwoordelijkheid nemen. Dit gaat over de regisseurs, namelijk de zorgverzekeraars en de gemeenten. Zij organiseren en bekostigen voorzieningen voor de gezondheid en het participatievermogen van hun verzekerden en burgers. De zorgaanbieders, de hoofd- en

onderaannemers in de zorg en de ondersteuning, hebben een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.

Het gaat dus om het organiseren van vertrouwen in wederkerige solidariteit door mensen meer bewust te maken van en verantwoordelijk te maken voor het algemeen belang.

Wederkerigheid betekent in dit kader: de verplichting voor alle betrokkenen om het beroep op formele solidariteitsoverdrachten te beperken tot het noodzakelijke en de collectieve middelen zo efficiënt mogelijk te besteden. Deze wederkerigheid zal veelal ook informeel tot stand komen. Om dat te bereiken en zo de solidariteit ook in de toekomst houdbaar te houden doet de Raad een aantal aanbevelingen om de wederkerigheid te versterken. Deze aanbevelingen zijn aanvullingen op eerdere adviezen van de Raad, over het pakketbeheer en recht op zorg, over gedrag en zorg, over een sluitend geheel van financiële prikkels waardoor centrale zorgrichtlijnen ook decentraal, bij de zorginkoop en in de behandelkamer worden vertaald in doelmatige zorg.

De nieuwe aanbevelingen zijn onder meer:

De Raad doet een krachtig appèl op alle partijen om verantwoordelijkheid te nemen voor houdbare collectieve zorg. Belangrijke voorwaarde daarvoor is meer transparantie met name over de kosten voor de patiënt en voor behandelaars over mogelijk alternatieve behandelingen.

Ook moet er meer transparantie komen over de inkomenssolidariteit en beloningen van bestuurders, medisch specialisten en zorgverzekeraars.

Wederkerigheid kan gestimuleerd worden door de verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid te vergroten. De Raad stelt voor dit in richtlijnen en wetgeving vast te leggen. Bovendien stelt de Raad voor dit in collectieve polissen te stimuleren: korting voor gezonde leefstijl op basis van bijvoorbeeld een periodieke conditietest. Tenslotte suggereert de Raad in dit verband systematische eigen betalingen die aanzetten tot gepast zorggebruik.

1 Inleiding

Crisis vraagt om
beheersing zorg-
kosten...

Ons solidaire zorgstelsel staat onder druk. De uitgaven lopen snel op en hebben nog lang niet hun top bereikt. Dit vergt veel van het besteedbaar inkomen, dat door de financiële en economische crisis al een paar jaar stagneert. De zorg krijgt hierdoor steeds meer aandacht in het maatschappelijk debat. Vaak gaat dit debat over de mogelijkheden om de kosten te beperken.

... met behoud van
balans tussen zorg nu
en zorg later.

Veel mensen vinden goede zorg een van de belangrijkste voorzieningen, die dus ook best veel geld mag kosten. Tegelijk vragen jongere generaties met een middeninkomen, die weinig zorg gebruiken maar veel premie betalen, zich af of er een juiste balans is tussen consumptie nu (zorgpremie betalen) versus consumptie in de toekomst (zorg gebruiken) (G500/JOVD). Waarom nu zoveel meebetalen voor een zorgstelsel dat steeds meer wordt uitgekleeft? Hoeveel zorg is er nog over als zij straks zelf tot de ouderen behoren?

Verantwoordelijkheid
en wederkerigheid ...

Kostenbeheersing is dus belangrijk, maar dit advies gaat over een andere voorwaarde voor een houdbaar stelsel, namelijk wederkerigheid. Het gaat erom dat mensen bewust en verantwoord gebruik maken van het zorgaanbod en daar waar mogelijk hun zorgvraag voorkomen of beperken. Dit geldt ook voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Naarmate mensen en deze organisaties meer die verantwoordelijkheid nemen, scheelt dat in de zorguitgaven die we collectief financieren. Bovendien vergroot dit het vertrouwen dat het zorggeld goed wordt besteed en dat het stelsel houdbaar is.

.. van iedereen ...

Onder wederkerigheid verstaat de Raad: de verplichting voor alle betrokkenen om het beroep op formele solidariteitsoverdrachten te beperken tot het noodzakelijke en de collectieve middelen zo efficiënt mogelijk te besteden. Deze kring van betrokkenen omvat primair de burger en zijn directe omgeving, de zorgverlener, de zorgverzekeraar en de zorginstelling.

... in brede zin.

Het vermogen tot wederkerigheid is bij de sterk afhankelijke patiënt/cliënt beperkt of afwezig, maar dat geldt vaak niet voor de omgeving van die patiënt/cliënt. Wederkerigheid zal immers veelal ook in informele relaties van zorg en ondersteuning met familie en vrienden tot stand kunnen komen. Is zorg voor leefstijlgerelateerde ziekten noodzakelijke zorg? Het ant-

woord op die vraag is uiteraard positief, maar de genoemde verplichting strekt zich uit tot het zo mogelijk voorkómen van deze, beïnvloedbare, zorgvraag. Deze verplichting rust eveneens op alle betrokkenen inclusief organisaties als de werkgever of uitkeringsinstantie.

Leeswijzer

Leeswijzer

Dit advies bestaat verder uit een begripsbepaling en weging van het belang van wederkerigheid (hoofdstuk 2). De basis hiervoor is gelegd met achtergrondstudies naar wetenschappelijke inzichten uit de antropologie, sociologie, neurowetenschappen en speltheorie. Ook de trends in de gevraagde en geboden wederkerigheid worden hier beschreven. In hoofdstuk 3 wordt een casestudy besproken, namelijk de historie van wederkerigheid in de sociale zekerheid. Dit leidt tot de conclusie dat wederkerigheid, als plicht voor alle betrokkenen, een noodzakelijke voorwaarde is om instorting van solidariteit te voorkomen, en dat de sociale zekerheid daar een goed voorbeeld van geeft.

Hoofdstuk 4 beschrijft de huidige solidariteit en wederkerigheid in de Zvw en AWBZ: de premieplicht, financiële overdrachten tussen burgers, eigen betalingen en zorg voor eigen rekening, gebruikelijke mantelzorg. Bij deze beschrijving hoort ook een blik op de uiteindelijke uitkomsten in termen van gezondheid en levensduur. Dit roept de lastige vraag op of de evidente ongelijkheid in die uitkomsten moet worden meegewogen bij de vormgeving van de solidariteit en de wederkerigheid.

Hoofdstuk 5 bevat de analyse van het probleem, die veelal wijst in de richting van de rechten en plichten die in de wet zijn vastgelegd, maar ook naar de cultuur die hierdoor is kunnen ontstaan. Dit raakt zowel de kant van de burger als de kant van de zorgsector. Hier worden tevens de mogelijke oplossingsrichtingen die de Raad in overweging heeft genomen genoemd.

Hoofdstuk 6 beschrijft welke concrete aanbevelingen dit oplevert.

2 Balans tussen solidariteit en wederkerigheid

Solidariteit maakt veel mogelijk

Solidair gedrag is een drijvende kracht voor een vitale samenleving. Met het gemeenschappelijke belang voor ogen kunnen mensen met elkaar grote prestaties voor elkaar krijgen. Dit gedrag is onmisbaar voor de aanleg van polders en deltawerken en voor het reilen en zeilen van de voetbalvereniging. Ook het zorgstelsel is zo'n grote prestatie.

Homo socio-economicus

Er zijn verschillende motieven voor solidair gedrag: het plezier van samenwerken, het eigen belang dat wellicht mede wordt gediend, de geruststelling als risico's kunnen worden gedeeld, een gevoelde morele verplichting, de wettelijke verplichting die in een aantal gevallen wordt opgelegd. Vaak zal sprake zijn van een mix van deze motieven, van algemeen en welbegrepen eigen belang: de mens als *homo socio-economicus*.

Veel motieven voor solidaire zorg ...

Ook voor solidair gedrag in de zorg is er een mix van motieven. Mensen zorgen - binnen verbanden (zoals familie) - voor elkaar omdat ze van elkaar houden, omdat ze hopen dat ze ook zelf zo nodig geholpen zullen worden, omdat ze een ander niet in de steek willen laten. Veelal wordt deze zorg op informele wijze geboden. Er is ook formeel opgelegd solidair gedrag in de zorg, met wettelijke rechten en plichten die zijn vastgelegd in de Zvw en de AWBZ. Maar deze wetten zijn gefundeerd op de algemene wens dat goede zorg voor iedereen bereikbaar is en waarvoor een betaalbaar offer van de burger kan worden gevraagd. Het doel is dat pechvogels op kosten van het collectief worden geholpen; iedereen moet meedoen want iedereen heeft een kans om zorgvrager te worden.

... maar kansen op ziekte en gezondheid zijn ongelijk verdeeld.

Een vraagstuk bij de vormgeving van dergelijke algemene risicodeling is de ongelijke verdeling van de kansen. De ene mens heeft voorspelbaar een bovengemiddelde zorgvraag, de ander heeft sterke schouders. Een belangrijk deel van de oplossing van dit vraagstuk is, zoals de informele zorg leert, wederkerigheid van zoveel mogelijk deelnemers. In de informele zorg is de steun die mensen vanuit de directe omgeving krijgen van veel factoren afhankelijk, zoals herkenning en identificatie met de groep. Het is onvermijdelijk dat in de informele sfeer ook willekeur en persoonlijke voorkeuren een rol spelen. Maar waar het hier om gaat is dat het, in die informele sfeer, in de rede ligt dat wie zich minder inspant om iets voor anderen te betekenen en ook minder voorzorg en eigen redzaamheid

Wederkerigheid is vanzelfsprekend bij informele onderlinge hulp ...

betracht, minder en later steun krijgt. De inspanning waar het om draait heet wederkerigheid.

... maar niet iedereen is daar, redelijkerwijs, lichamelijk, verstandelijk of psychisch toe in staat.

Een kanttekening daarbij is dat niet iedereen over evenveel hulpbronnen voor wederkerigheid beschikt. Toch is het interessant om te zien dat de sterk werkende kracht van wederkerigheid binnen informele vormen van solidariteit juist meer bereidheid creëert om rekening te houden met de leden die door omstandigheden niet of minder kunnen bijdragen. Zolang deelnemers het gevoel hebben dat de kosten en baten voor zover mogelijk (met uitzondering van nood- en pechsituaties) eerlijk worden verdeeld, is men bereid solidair te zijn met elkaar en minder of niets terug te verwachten. Dus wederkerigheid versterkt hier juist de basis voor (bereidheid tot) solidariteit.

Wederkerigheid werkt als hefboom voor solidariteit en sociale cohesie...

Een grote mate van wederkerigheid draagt er aan bij aan dat mensen meer plezier hebben in onderlinge hulp, daar meer het belang van inzien, er meer vertrouwen in hebben en meer morele verplichting voelen. Degene die helpt en degene die geholpen wordt werken immers samen en beide ontleneen daaraan voldoening. Dat stimuleert de bereidheid tot onderlinge hulp en beperkt de vraag zodat daar relatief gemakkelijk in kan worden voorzien; er is dan ook meer ruimte om mensen te helpen die fysiek of geestelijk niet in staat zijn tot wederkerigheid. Op die manier werkt de combinatie van solidariteit en wederkerigheid als het cement van de samenleving. Maar bij weinig wederkerigheid ligt dit precies omgekeerd; dan dreigt eerder verdeeldheid en uitsluiting. Solidair gedrag en wederkerigheid gaan gelijk op: veel van het een betekent veel van het ander terwijl een tekort aan wederkerigheid op den duur tot een tekort aan solidair gedrag leidt.

... maar bij een tekort aan wederkerigheid dooft de solidariteit uit.

En dit geldt ook voor formele solidariteit.

Deze les, dat er een balans moet zijn tussen het solidair gedrag van degene die helpt en de wederkerigheid van degene die geholpen wordt, is ook belangrijk voor de houdbaarheid van het formele zorgstelsel. Het expliciete oogmerk van de formalisering in ons zorgstelsel is om de toegang te borgen en selectie op risico of anderszins te voorkomen. Dit oogmerk vergt een breed draagvlak, dat niet uitsluitend kan worden afgemeten aan de opbrengst van de wettelijke premies.

Wederkerigheid in de zorg is opzettelijk beperkt om de toegang te waarborgen ..

Die wederkerigheid in de formele zorg komt tot stand in een spanningsveld. Om willekeur tegen te gaan en toegang te borgen is de solidariteit abstract en anoniem gemaakt. De sociale controle op gedrag en individuele verantwoordelijkheid en

.. waardoor mensen zich weinig met het zorgstelsel identificeren ...

eventuele andere drempels voor de toegang tot de zorg zijn bewust klein gehouden. Er wordt hierdoor systematisch weinig wederkerigheid gevraagd; de identificatie van de gebruiker en aanbieder van zorg met de publieke belangen van het zorgstelsel is gering. In dit verband kan onderscheid worden gemaakt tussen horizontale en verticale solidariteit.

Verticale solidariteit bestaat uit overdrachten tussen herkenbare groepen gevers en ontvangers, zoals tussen rijk en arm. Een verticaal stelsel is kwetsbaar omdat het afhankelijk is van de bereidheid van de gevers.

Horizontale solidariteit is samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van risicodeling, tussen gelijkwaardige deelnemers. Een voorbeeld van zuiver horizontale solidariteit is de onderlinge waarborg waar deelnemers risico's inbrengen die individueel niet zijn te dragen en premie betalen naar rato van het risico.

In de zorgverzekeringen is in verticale solidariteit voorzien om uitsluiting van zwakke groepen (chronisch ziek, laag inkomen) te voorkomen.

Onder andere de neurowetenschappen en de speltheorie, met name computersimulaties, voegen interessante wetenschappelijke inzichten toe. Bij de verschillende mechanismen voor samenwerking, die de basis vormen voor solidariteit, ontstaat geen stabiel evenwicht, maar een cyclisch patroon: de samenwerking c.q. solidariteit neemt toe totdat deze op een gegeven moment instort waarna de cyclus weer opnieuw begint. Dit 'natuurlijk beloop' zou ook voor de solidariteit binnen ons zorgstelsel kunnen optreden. De belangrijkste oorzaak van risico op de teloorgang van solidariteit is gelegen in de onmacht om deze te begrenzen. De continue kostenstijging van de zorg zou deze op een gegeven moment onbetaalbaar kunnen maken, waardoor de solidariteit instort. Om deze catastrofe te voorkomen is het noodzakelijk tijdig bij te sturen. Het doel van dit advies is om in dit spanningsveld oplossingen aan te reiken in de richting van meer wederkerigheid. De oplossingen tenderen niet naar minder, maar naar andere solidariteit op een basis van wederkerigheid; de belangen van volksgezondheid en zorg zijn immers groot.

Trends in wederkerigheid

In de vorige eeuw is in vrijwel alle rijke landen een formeel, collectief gefinancierd segment van medische zorg ingevoerd. Dit kwam voort uit rechtvaardigheid, omdat medische zorg net als voedsel en onderdak een primaire levensbehoefte is die voor iedereen toegankelijk hoort te zijn. Ook maatschappelijke

... met een serieus risico dat het stelsel op termijn ineens stort tot gevolg.

Collectieve zorg als primaire levensbehoefte

efficiency speelde mee. Zorg draagt bij aan een gezonde beroepsbevolking en bovendien kunnen collectief voorzieningen tot stand worden gebracht (zoals zorginfrastructuur, opleidingen en onderzoek) die niet particuliere te realiseren zijn. Als neveneffect kon de zorgsector flink groeien.

Beveridge versus Bismarck: publieke of private zorg?

De verschijningsvorm van deze formele stelsels verschilt per land. Sommige landen kozen voor het Beveridge-model: collectieve zorg als publieke dienst, gefinancierd uit belastingopbrengsten, en centraal (Engeland) of decentraal (Scandinavië) georganiseerd. Andere landen kozen voor het Bismarck-model: een verzekeringsstelsel, voor de beroepsbevolking (de voormalige ziekenfondsen) of de gehele bevolking (de huidige Zvw), buiten de directe invloed van de politiek. Een ander verschil tussen landen is de mate waarin behalve de medische zorg ook de maatschappelijke zorg (welzijn, verpleging en verzorging) op basis van formele solidariteit is georganiseerd. In sommige landen, zoals het onze, is de formalisering en monetarisering van deze zorg ver ontwikkeld en in omvang toegenomen.

Medische en maatschappelijke zorg

Checks en balances voor wederkerigheid

Het ontbreken van directe politieke grip op de formele zorg betekent dat checks en balances, in de vorm van wederkerigheid, decentraal tot stand moeten komen. Deze verplichting rust op alle betrokken partijen.

Meer vermijdbare ziekte, meer welvaart, meer tijd... meer wederkerigheid van de burger?

Wederkerigheid van burgers

De sterke groei van de zorg als economische sector heeft geleid tot een grote toename van de onderlinge overdrachten tussen burgers. Dit vraagt ook om steeds meer wederkerigheid tussen burgers. Relevante trends in dit verband zijn:

- het toegenomen inzicht in de vermijdbare oorzaken van ziekte, zoals in het milieu, op de weg, op de werkvloer en van consumptiegedrag, waardoor verantwoordelijkheden veranderen en verschuiven en nieuwe mogelijke toename van de inkomens en de welvaart voor veel mensen vergroot het keuzepalet en dus de eigen verantwoordelijkheid. Dit speelt bijvoorbeeld een rol bij het debat over de ouderenzorg
- de potentiële wederkerigheid in de groeiende groep vitale ouderen, met minder alleenstaande weduwen en meer *singles*:

Generaties zorgen in vele opzichten voor elkaar. Er zullen altijd materiële en immateriële overdrachten zijn tussen generaties. Hoe die overdrachten verlopen is mede afhankelijk van economische omstandigheden en overheidsbeleid. Om een voorbeeld te noemen: vroeger kregen ouders nog al eens geld van hun maatschappelijk opgeklommen kinderen, tegenwoordig zijn het vaker ouders die het gezinshuishoudboekje van hun kinderen kloppend maken (VK, 8/2/2013). De economische crisis versterkt dat nog. De armoede onder 65-plussers is veel lager dan onder de jongere leeftijdsgroepen (Van Dalen en Henkes, 2013).

Een ander voorbeeld: ouders van nu krijgen minder financiële compensatie voor formele kinderopvang dan enkele jaren geleden. Om de opvang van het gezin betaalbaar te houden wordt steeds vaker een beroep gedaan op informele opvang door familie en vrienden (34% in 2011, was 27% in 2009), waarvan het meest door grootouders (VK, 8/2/2013, SCP/CBS, 2012). Die actieve rol van grootouders is enerzijds een vergrijzingsfenomeen en heeft anderzijds te maken met de toegenomen arbeidsdeelname van vrouwen. Tot voor kort waren de meeste oppasopa's en oma's tussen de 65 en 69 jaar (Penninx, 2008; RVZ, 2008), maar het is voorstelbaar dat die leeftijd in de toekomst gaat oplopen, omdat ouderen steeds langer gezond en vitaal blijven en omdat grootouders zelf langer actief zijn op de arbeidsmarkt.

Ouderen zorgen in toenemende mate ook voor elkaar. Zo zijn er steeds meer (echt)paren waarvan de een voor de ander zorgt (SCP, 2012). In de toekomst zullen er echter ook meer alleenstaande ouderen zijn. En door een afnemend kindertal is er minder potentiële mantelzorg van kinderen te verwachten (Doorten, 2012). De aankomende generatie ouderen, de babyboomers, zal moeten nadenken hoe zij de (mantel)zorg op de oude dag voor zich ziet. Een oplossing kan gevonden worden in nieuwe woonzorgarrangementen, zoals urban villa's voor oudere vrouwen, een modern soort begijnhoven met een flexibel aanbod van diensten (Latten, 2011). Met boodschappenservices, tuinonderhoud en allerlei activiteiten, die naar behoefte kunnen worden afgenomen, mogelijk als virtueel verzorgingshuis (Doorten, 2012). Dat kan ook betekenen dat ouderen in toenemende mate voor elkaar gaan zorgen en zo de druk op aankomende generaties om mantelzorg te verlenen, verlichten. Meer *inter*-generationele solidariteit, door *intra*-generationele solidariteit dus.

Meer omzet, meer inkomen, meer druk op koopkracht en collectieve sector ... meer wederkerigheid van zorgsector?

Wederkerigheid van de zorgsector

Ook de wederkerigheid van de zorgsector ten opzichte van de premiebetaler wordt steeds belangrijker. De keuze voor het Bismarck model voor de formele solidariteit in de curatieve en de langdurende zorg is een blijk van vertrouwen in de zorgsector zelf. Met inmiddels 12% van het BBP te besteden aan verzekerde zorgaanspraken, met bovendien een sterke groei- verwachting tot 2040, is ook steeds meer wederkerigheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders noodzakelijk; zij moeten nog meer verantwoordelijkheid nemen voor alle publieke be-

langen van de zorg; niet alleen voor de kwaliteit en toegankelijkheid maar ook voor een beheerste groei en een hoge kosteneffectiviteit van deze uitgaven. Dat zal het vertrouwen versterken dat de zorggeuro's noodzakelijk waren en niet beter hadden kunnen worden geïnvesteerd. In de curatieve zorg gaat het dan bijvoorbeeld om meer kosteneffectiviteit; in de ouderenzorg zouden aanbieders meer de zeggenschap en verantwoordelijkheid voor zorg en kwaliteit van leven aan de burger/cliënt terug moeten geven (vraagsturing).

Curatieve zorg in Nederland nummer 1 van Europa!

De stand van zaken in de curatieve zorg kan misschien het best worden samengevat aan de hand van de uitkomsten van de jaarlijkse Euro Health Consumer Index. De meting 2012 bevestigt de consistente koppositie van ons land in twee opzichten. Nederland scoort de hoogste consumentenkwaliteit van de zorg. En Nederland scoort de hoogste uitgaven en de snelste uitgavenstijging. We mogen absoluut trots zijn op de goede uitkomsten; consumententevredenheid is een belangrijke uitkomst. Maar de opstellers van de index wijzen ook op de sterke groei van de uitgaven, die nog lang niet aan zijn einde is gekomen (pas in 2040 bereikt de vergrijzing zijn top en er is een continue medisch-technologische ontwikkeling).

Positie ouderen in Nederland zeer goed, vergeleken met de rest van Europa!

In de langdurende zorg is lange tijd vanuit het aanbod gedacht. Dat denken is nog steeds niet geheel verdwenen. Er is een grote intramurale capaciteit, die de exploitant graag benut ziet ook al is de trend richting extramuralisering. Ook wordt verzekerde langdurende zorg verkregen op basis van een indicatie die vaak mede is gebaseerd op informatie van de aanbieder. Het geboden product is bovendien vaak samengesteld uit zorg- en welzijnsonderdelen, met afstemmings- en schottenproblemen tot gevolg. Niettemin is de maatschappelijke uitkomst van de ouderenzorg, in termen van kans op armoede en sociale uitsluiting van ouderen in Nederland vergeleken met de rest van Europa zeer gunstig.

3 Case study: solidariteit en wederkerigheid in de sociale zekerheid, een wegwijzer voor de zorg?

Wat zou de gedaante van wederkerigheid in de formele zorg kunnen en moeten zijn? Deze vraag is eerder gesteld, maar dan in het kader van de formele sociale zekerheid. Dat heeft nuttige inzichten voor dit advies opgeleverd.

Wederkerigheid in de sociale zekerheid

Balans van rechten en plichten in sociale zekerheid

Van arbeidsongeschikt naar arbeidsvermogen

Baten van wederkerigheid, collectief en individueel

De politiek heeft sinds het eind van de jaren tachtig, onder druk van een sterk groeiend beroep op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, een aantal hervormingen in de sociale zekerheid doorgevoerd, gericht op een andere balans tussen rechten en plichten. Die werken toe naar een gerichte inzet van regelingen, terugdringen van oneigenlijk gebruik en een omslag van compensatie van sociale risico's naar activering. Vooral dat laatste zien we terug in de naamgeving van wetten: spraken we eerst over de Wet op de arbeidsongeschiktheid (WAO), hebben we het nu over de WIA¹, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Dat is een wezenlijk andere aanvliegeroute. En bij de Bijstandswet (gericht op compenseren) spreken we nu over de Wet werk en bijstand en zijn er plannen in de maak voor een Participatiewet (gericht op activeren), waarin de Bijstandswet, de Wajong en de WSW zouden moeten opgaan (met een na de val van het vorige kabinet gesneuveld wetsvoorstel voor een Wet werken naar vermogen). Steeds meer wordt de weerbaarheid van mensen aangesproken: er is geen sprake meer van eenzijdige compensatie, maar er wordt ook iets terug verwacht. En juist door meer wederkerigheid te verlangen is het idee dat mensen ook echt weerbaarder worden. Op de premie werkt dit twee keer gunstig uit: er is een tellereffect (minder uitkeringen) en een noemereffect (de last kan over meer schouders worden verdeeld). De mensen die weer aan het werk gaan, verwerven inkomen en eigenwaarde. De charme van de gemeentelijke bijstand is dat veel mensen tot enige vorm van wederkerigheid in staat blijken te zijn, is het niet met betaald werk, dan wel met een onbetaalde tegenprestatie in ruil voor een uitkering. Voor hen is "thuis op de bank zitten" geen optie meer.

¹ Per 29 december 2005 is de WAO opgevolgd door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).

Financiële en andere prikkels

In het stelsel van de sociale zekerheid is meer wederkerigheid aangebracht met financiële en andere prikkels. Voor werknemers en werkgevers zijn aanspraken stringenter geworden, zijn verplichtingen opgelegd en is meer nadruk gelegd op interventies gericht op activering zoals scholing. Een en ander is bijvoorbeeld geregeld met de in 2004 ingevoerde Wet uitbreiding loondoorbetalingverplichting bij ziekte (Wulbz) en de Wet verlenging loondoorbetalingverplichting bij ziekte (WLZ). Deze wetten regelen dat een werkgever bij ziekte van een werknemer het loon moet doorbetalen gedurende twee jaar. Bij de oorspronkelijke Ziektewet hadden werkgevers geen enkele verplichting op dit vlak. De Ziektewet bestaat nu nog wel, maar alleen als vangnetvoorziening voor een beperkt aantal gevallen. Voor werknemers is bepaald dat de eerste twee ziekte-dagen onbetaalde wachtdagen kunnen zijn, bedoeld om kortdurend ziekteverzuim te voorkomen. Relevant voor genoemde wetten is de in 2002 ingevoerde Wet verbetering poortwachter, met regels rond ziekteverzuim: zo moet de werkgever een bedrijfsarts inschakelen die binnen zes weken na ziekmelding een advies over werkhervatting moet geven, waarna werkgever en de werknemer een plan opstellen over hoe de werknemer weer aan de slag kan gaan.

Wederkerigheid in de formele zorg

Hier is een mooi sprongetje te maken naar de formele zorg. Ook hier spelen vraagstukken als de houdbaarheid van het stelsel en de vergrijzing. Hoe kan, net als in de sociale zekerheid, wederkerigheid in de formele zorg worden georganiseerd?

Overeenkomsten en verschillen tussen sociale zekerheid en zorg ...

De formele zorg lijkt in een aantal opzichten op de sociale zekerheid. Net als in de sociale zekerheid zijn er ook in de zorg mensen, zoals bijvoorbeeld Alzheimerpatiënten en mensen met een zware verstandelijke handicap, die niet tot wederkerigheid in staat zijn. Net als in de sociale zekerheid kunnen ook rond zorg veel mensen iets doen om gezondheid van henzelf en in hun omgeving te behouden of zoveel mogelijk weer te herstellen. En dit gedrag kan worden beïnvloed met de balans van rechten en plichten. Maar er kan ook een verschil zijn tussen zorg en sociale zekerheid, omdat ziektelast voor een individu iets wezenlijk anders is dan bijvoorbeeld werkloosheid en verlies van inkomen.

.. en maatschappelijke ondersteuning

Een parallel met de sociale zekerheid is te trekken als we kijken naar de WMO, uitgevoerd door de gemeenten. Hoewel de

balans in de sociale zekerheid wordt geregeld binnen een verzekering (zoals de sollicitatieplicht in de WW) zijn er aanwijzingen dat in het domein van zorg en ondersteuning ook de WMO hier veel en misschien wel meer mogelijkheden biedt. Compensatie is dan de tussenstap om van verzekerde aanspraken naar activeringsplicht (naar redelijkheid) te komen. Duidelijk is dat wederkerigheid de meeste kansen heeft als het concreet en persoonlijk is, dus als het zich afspeelt op decentraal of microniveau. Juist het gesprek met de gemeente of met een zorgverlener kan in positieve zin bijdragen aan de weerbaarheid van mensen. In vergelijking met werkgevers en het UWV strekt wederkerigheid in de zorg zich ook uit tot zorgverlener, zorginstellingen en verzekeraar.

4 Formele solidariteit en wederkerigheid in het Nederlandse zorgstelsel

Solidariteit door premies en overdrachten

Ons zorgstelsel is uniek door de gelijke toegang tot hoogwaardige zorg voor alle burgers. Dit wordt gerealiseerd met een verzekerings- en premieplicht voor alle volwassen burgers (18+). De verplichte premies houden wél rekening met financiële draagkracht maar niet met het individuele risico, zelfs als dit beïnvloed is door keuzes van het individu zelf. Dit gegeven wordt vaak opgevat als “de” solidariteit in de zorg. Door deze premiesystematiek dragen sommige groepen systematisch en voorspelbaar geld over naar andere groepen: rijk naar arm, jong naar oud, gezond naar ongezond. Deze overdrachten worden aangeduid met de begrippen inkomens- en risicosolidariteit. Specifieke vormen van risicosolidariteit zijn leeftijdssolidariteit en leefstijlsolidariteit. Leeftijdssolidariteit houdt in dat een hoge leeftijd het risico op zorguitgaven verhoogt zonder in de premie tot uitdrukking te komen. Leefstijlsolidariteit vloeit mutatis mutandis voort uit het gegeven dat mensen met een ongezonde leefstijl gemiddeld vaker zorg nodig hebben.

Vormen van solidariteit

Overige rechten en plichten

Dit is nog niet het hele plaatje van solidariteit en wederkerigheid in de Zvw en AWBZ. Burgers betalen ook eigen betalingen en hebben nog andere plichten dan de premieplicht. Ook kan worden gekeken naar de verdeling van de uitkomsten, in termen van gezondheid en levensduur, die mede door de zorg wordt gerealiseerd. Ten slotte hebben ook de zorgverzekeraars en de zorgsector zelf een aantal plichten op het gebied van doelmatigheid en rechtmatigheid.

Premie- en verzekeringsplicht

Verzekerings- en premieplicht

In 2010 had 0,8% van de verzekeringsplichtigen voor de Zvw geen verzekering afgesloten en had 1,9% een grote betalingsachterstand voor de nominale premie. Bij onverzekerheid en betalingsachterstand neemt het CVZ de incasso van de premie voor zijn rekening. De procentuele Zvw-premie en de AWBZ-premie zijn geïntegreerd met de heffing van sociale premies en loon- en inkomstenbelasting en worden door de belastingdienst geïnd.

Inkomenssolidariteit

Inkomenssolidariteit

Inkomenssolidariteit komt tot uitdrukking in het saldo van betaalde premie en gemaakte zorgkosten van verschillende inkomensgroepen. De zorg wordt gefinancierd met premies

Premiedruk verschilt in € maar minder in %

voor de AWBZ en de Zvw en met bijdragen uit de rijksbelastingen. De individuele bijdrage van burgers gemeten in euro's loopt op met het inkomen doordat premies en de inkomstenbelasting deels worden geheven als percentage van het inkomen (tot een maximum); de nominale Zvw-premie is de facto eveneens inkomensafhankelijk door de zorgtoeslag. De laagste inkomens betalen relatief veel BTW en accijnzen. Per huishouden hangt de bijdrage in euro's af van het aantal volwassenen (18+) en het inkomen. Tabel 1 geeft een overzicht van de totale druk van de collectieve lasten op het huishoudinkomen voor verschillende inkomensgroepen. In 2009 liep de bijdrage van gezinnen aan de zorgkosten uiteen van circa € 2.000 voor de huishoudens met de laagste inkomens (inkomensdecielen 1 en 2) tot meer dan € 12.000 voor het hoogste inkomensdeciel (zie regel 7 uit de tabel).

Tabel 3.1 Gemiddelde belasting- en premiedruk in procenten van het bruto-inkomen 2009; huishoudendecielen (730.000 hh per deciel)^{2,3}

1. Inkomensdeciel	Totaal	1+2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Bruto-hh-inkomen * €1.000		14,5	25,3	32,3	40,6	50	60,7	73,9	92,6	153,1
3. Premies AWBZ (%)	3,5	2,0	2,7	3,5	4,2	4,1	4,2	4,2	3,9	2,7
4. Premie ziektekosten (%)	6,9	10,2	9,1	9,1	8,7	8,3	7,9	7,4	6,5	4,2
5. Aandeel belastingen (%)	1,0	1,2	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,3
6. Totale druk Zvw en AWBZ	11,5	13,4	12,7	13,5	13,8	13,3	13,0	12,5	11,4	8,2
7. Idem in € * 1.000		1,9	3,2	4,3	5,5	6,6	7,9	9,2	10,6	12,7
8. Totale lastendruk (%)	41,5	42,1	36,5	38,8	41,5	41,5	42,9	42,7	42,1	41,2

... voor iedereen circa 40%.

In procenten van het brutogezinsinkomen zijn de verschillen in de bijdrage voor de zorg klein; elke inkomensgroep betaalt namelijk rond de 13%; alleen de hoogste groep betaalt een lager percentage (regel 6). Die positie van de hoogste inko-

² Afgeleid van Trimp en De Kam, ESB 25 november 2011. De premiedruk AWBZ (regel 3) is berekend als 12,15/31,15 deel van de totale premiedruk volksverzekeringen; de belastingdruk (regel 5) is berekend als 5% van de totale druk van directe en indirecte belastingen, omdat de rijksbijdrage ad € 12 mrd overeenkomt met 5% van de totale belastingopbrengsten (€ 240 mrd)

³ Het CPB berekent voor een specifieke huishoudenssituatie, namelijk 2 verdieners met een modaal en 50% modaal inkomen een totale kostendeckende premiedruk van 23,5% in 2010, 29% in 2020 en 47% in 2040

mens wordt overigens gecorrigeerd in de totale druk van belastingen en wettelijke premies (regel 8): die is laag voor de decielen 3 en 4 (progressie) maar ligt voor de hogere inkomens rond de 42%.

Zorggebruik verschilt tussen inkomensgroepen ...

De andere kant van de inkomenssolidariteit, het zorggebruik, vergroot in het algemeen nog de inkomenssolidariteit, omdat ongezondheid en ziekte vaker voorkomen bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Hierover zijn enige cijfers bekend⁴:

... in de curatieve ...

- De marktconforme risicopremie voor curatieve zorg (Zvw) ligt voor huishoudens met een laag inkomen (derde deciel) gemiddeld € 1.700 per jaar hoger dan voor huishoudens in de hoogste decielen (9 en 10); de overige groepen zitten daar tussen in. Naar opleidingsniveau loopt het netto gebruik per jaar over de hele levensloop bezien, uiteen van plus € 1.100 op VMBO-niveau tot -/- € 1.700 op HBO/WO-niveau (CPB 2013).

... en de langdurige zorg.

- In de thuiszorg en in de intramurale verpleging en verzorging zijn de zorguitgaven niet naar rato van de beperkingen verdeeld. Hoge inkomens ontvangen minder AWBZ-zorg, wanneer wordt gecorrigeerd voor de beperkingen in deze groep, dan lage en middeninkomens (tabel 2):

Tabel 3.2 Uitgaven Thuiszorg en intramurale V&V per 30% inkomensgroep, feitelijk en evenredig

	Thuiszorg (2007)		Intramurale V&V (2008)	
	Feitelijk profijt	Evenredig profijt	Feitelijk profijt	Evenredig profijt
Laag inkomen	€ 2.200	€ 1.700	€ 4.400	€ 3.650
Middeninkomen	€ 800	€ 1.000	€ 1.950	€ 2.150
Hoger inkomen	€ 250	€ 500	€ 400	€ 900

De uitkomsten van tabel 3.2 wijzen op een relatief kleine vraag van hoge en middeninkomens met een gegeven beperkingenniveau naar AWBZ-zorg; de oorzaken daarvan zijn vermoedelijk een actievare benutting van het sociaal netwerk en een voorkeur voor betere kwaliteit zorg voor eigen rekening.

⁴ RIVM: Kosten van ziekten in Nederland 2007 (2011)

Risicosolidariteit

Risicosolidariteit is het verschil tussen de feitelijke zorgpremies en de kostendeekkende premie die op een commerciële markt zou moeten worden betaald. Op de private markt zou de individuele kostendeekkende premie worden berekend op basis van leeftijd, geslacht en overige risicofactoren (aanwezige aandoeningen, overige gezondheid en leefstijl, feitelijke zorgkosten). Bij de premies Zvw en AWBZ worden deze factoren niet meegenomen. De kostendeekkende premie zou variëren van bijna nul, voor een gezonde jongvolwassene, tot tienduizenden euro's voor mensen met beperkingen en chronische multimorbiditeit met hoge behandelkosten of voor mensen met een aangeboren zware handicap. Voor de hele Nederlandse bevolking (18+) verschillen de gemiddelde uitgaven voor het zorggebruik (AWBZ, Zvw) in 2009 een factor 1000, namelijk van € 47 gemiddeld in de 5%-groep met het laagste zorggebruik tot € 41.500 in de duurste 5%-groep. De grootste verschillen zitten in het beroep op AWBZ-zorg (vooral intramuraal) en in de ziekenhuiszorg. Overigens worden de verschillen kleiner: in 2006-2008 vond een duidelijke toename van de lichte zorgvraag plaats (APE, 2010), die wellicht mede het gevolg is van het verdwijnen van een financiële drempel voor de huisarts voor voormalig particulier verzekerden.

Leeftijdsolidariteit

Leeftijdsolidariteit (tussen generaties) wordt ons haast letterlijk met de paplepel ingegoten. De zorg van ouders voor hun kinderen krijgt tegenwoordig vaak een vervolg van zorg van grootouders voor hun kleinkinderen. Maar daarna worden de rollen weer omgekeerd en ontvangen de ouderen weer meer zorg. Anders geformuleerd: in veel mensenlevens passeren alle fasen van zorggebruik de revu. De gemeten adhesie voor solidariteit van jong met oud is groot. Dit blijkt bijvoorbeeld uit ons zeer lage percentage ouderen (65 en ouder) met risico van armoede of sociale uitsluiting, vergeleken met andere Europese landen (Eurostat, 2013).

Tabel 3.4 presenteert de uitgaven per persoon per leeftijdscategorie (mannen en vrouwen) en de procentuele groei als gevolg van demografische ontwikkelingen (zoals vergrijzing) en de overige volumegroei. De gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei was in de beschouwde periode (1999-2010) 7,2%. Daarvan was 1,1% door de demografie, 3,5% door overige volumeorzaken (zoals welvaartsgroei, ruimere zorgaanspraken en factoren aan aanbod- en vraagzijde) en 2,6% prijsontwikkeling.

Premies differentiëren niet naar risico ...

... dus er is risicosolidariteit,

zoals tussen jong en oud ...

.. want zorguitgaven verschillen per leeftijdsgroep.

Weinig "overige" groei voor 65 plus

De tabel laat zien dat de zorgkosten per persoon sterk verschillen per leeftijdscategorie. Voor de groep van 1 tot en met 44 zijn de uitgaven ongeveer gelijk. Vanaf 45jaar gaan de uitgaven oplopen, tot ze voor de groep 85+ meer dan het 10-voudige zijn van de uitgaven voor jongvolwassenen. De demografische groei is ongelijk verdeeld; de vergrijzing is hier duidelijk zichtbaar. Opmerkelijk is dat de overige volumegroei relatief laag is voor mannen en vrouwen boven de 65.

Tabel 3.4 Uitgaven (aandeel in % in totale uitgaven 2007) en groei (% per jaar) van de zorguitgaven per geslacht en leeftijdsgroep, uitgesplitst in totaal en volumegroei agv demo en overig, 1999-2010

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	Uitgaven per persoon 2007 (index; 25-44=100)	Demogroei (%)	Overige volumegroei (%)	Uitgaven per persoon 2007 (index; 25-44=100)	Demogroei (%)	Overige volumegroei (%)
0	345	-0,9	4,2	263	-0,8	4,1
1-14	128	0,0	4,5	91	0,0	4,4
15-24	98	0,7	5,1	86	0,7	4,4
25-44	100	-1,1	3,5	100	-1,1	3,1
45-64	162	2,0	4,3	133	2,0	4,0
65-74	284	2,1	3,3	217	1,0	3,0
75-84	496	2,7	2,6	443	1,0	2,6
85+	1034	3,8	2,7	1058	2,5	3,4

Bron: RIVM (bewerking RVZ)

De komende paar decennia, tot 2040, zal de grijze druk en daarmee de leeftijdsolidariteit nog flink oplopen. Twee bijzondere aspecten hierbij zijn:

- de sterk oplopende levensverwachting, waardoor in de komende decennia de grijze druk extra oploopt
- de verwachte extra toename van de overdrachten ten behoeve van de vergrijzende generatie babyboomers omdat de geboortecohorten uit de jaren 1946 tot 1956 zo omvangrijk waren. Hierdoor waren tijdens hun werkzame leven de grijze druk en de zorgpremies laag (bovendien was het zorgstelsel aanmerkelijk geringer in omvang). Maar de opvolgende generaties krijgen met het omgekeerde te maken: een hoge grijze druk (tot een verdubbeling van de huidige druk) met

Babyboom-generatie heeft voordeel van grote omvang...

hoge zorgpremies ook voor de jongere generatie, vooral voor de relatief kleine geboortecohorten van de jaren na 1970.

Ouderen (baby-boomers) extra aanslaan?

Mede gelet op de concentratie van vermogen bij de baby-boomgeneratie, roept dit vragen over de noodzaak en rechtvaardigheid van deze overdrachten op. Op een aantal gebieden zijn of worden maatregelen getroffen om de verhouding tussen de jonge en de oudere generaties te herzien. De verhoging van de AOW-leeftijd raakt ook nog de staart van de generatie van na de tweede wereldoorlog. De voorgenomen maatregelen in de ouderenzorg beperken de toegang en verhogen de inkomens- en vermogensafhankelijkheid van de eigen betalingen.

Zorgpremies differentiëren niet naar leefstijl ...

Leefstijlsolidariteit

Leefstijlsolidariteit is een apart geval, omdat leefstijl tot op zekere hoogte een eigen keuze is en op zijn minst beïnvloedbaar. In commerciële verzekeringen staat de standaardbepaling dat schade door eigen toedoen niet tot uitkering leidt (geen verticale solidariteit). Omdat leefstijl effect heeft op de zorguitgaven maar geen invloed heeft op de zorgpremie, beïnvloedt leefstijl dus ook de overdrachten (verticale solidariteit).⁵ We weten vrij nauwkeurig wat de gezondheidseffecten van roken, alcoholgebruik, overgewicht en weinig bewegen gemiddeld zijn, maar volledig inzicht in de overdrachten die daar uit voortkomen is er niet. Een feit is de epidemie van welvaartsziekten zoals diabetes, COPD, hart- en vaatandoeningen en artrose, die in de komende decennia nog sterk zal uitdijen, en die voor een belangrijk deel aan leefstijl is gerelateerd. Alleen al het aantal diabetespatiënten neemt toe van 0,8 miljoen Nederlanders nu tot 1,4 miljoen in 2025⁶. De kosten van deze aandoeningen gaan veel verder dan de behandeling van bijvoorbeeld diabetes. De complicaties ervan (voor ogen, nieren, ledematen) veroorzaken eveneens zeer hoge kosten. Dit zou kunnen leiden tot een toename van de leefstijlsolidariteit. Metingen van de gevoelens over deze verticale solidariteit wijzen op minder bereidheid tot solidariteit van niet rokers en gematigde drinkers van alcohol voor rokers en zware drinkers. Hun premie mag worden verhoogd en zij zouden behandel-

.. dus is er risicosolidariteit.

Veel gezondheidsschade en hoge leefstijlkosten in de zorg ...

.. en minder bereidheid tot solidariteit bij overige bevolking

⁵ Het saldo van accijnzen op alcohol en tabak en de maatschappelijke kosten van meerooken, openbare dronkenschap en dergelijke blijft hier buiten beschouwing.

⁶ DVN 2012

kosten geheel of gedeeltelijk zelf moeten betalen⁷. De inkomenssolidariteit en andere vormen van risicosolidariteit staan minder bloot aan dergelijke kritiek.

Mensen betalen meer dan alleen premies ..

Overige aspecten van solidariteit en wederkerigheid tussen burgers

Veel zorg wordt geheel of gedeeltelijk door mensen betaald en/of zelf georganiseerd. Dit kan worden opgevat als wederkerigheid, die het beroep op formele zorg en overdrachten beperkt. De Zvw kent eigen betalingen in de vorm van eigen risico voor 18+ (met uitzondering van onder andere huisartszorg en verloskunde/kraamzorg) en eigen bijdragen voor onder andere kraamzorg, fysiotherapie, ziekenvervoer en GGZ. Voor AWBZ-zorg geldt een (ingewikkelde) systematiek van eigen bijdragen (periodebijdragen) op basis van het (gezamenlijk) verzamelinkomen waar sinds 2013 ook 8% van het vermogen bij op wordt geteld. Daarnaast besteden de meeste mensen ook geld aan niet-verzekerde zorg (zelfzorg) of kiezen zij voor alternatieven voor verzekerd zorgaanbod (zoals verzorging en verpleging).

.. en leveren bovendien veel mantelzorg.

Een belangrijke verplichting in dit verband is de levering van gebruikelijke zorg in de AWBZ. AWBZ-zorg wordt pas geïndiceerd als de zorgvraag groter is dan wat redelijkerwijs door de omgeving van de zorgvrager (meestal de partner of familie) kan worden opgebracht. Deze mantelzorg heeft in ons land een behoorlijke omvang en het potentieel neemt toe door de uittreding van de grote cohorten babyboomers uit de formele arbeidsmarkt.

Ongezondheid en levensverwachting zijn ongelijk verdeeld

Solidariteit in gezondheidsuitkomsten

Een heel andere invalshoek van solidariteit en wederkerigheid in de zorg is die van de gezondheidsuitkomsten. We beschikken sinds enige jaren over heldere cijfers over verschillen in gezondheid en levensduur tussen inkomensgroepen en opleidingsniveau's. Een mogelijke opvatting is dat de solidariteit met groepen die veel zorg gebruiken maar daar weinig gezondheid en levensduur aan overhouden, misschien mooi lijkt maar in feite toch te wensen overlaat. Deze opvatting is echter te ongenueanceerd. Gezondheid en levensduur van de burger zijn, nog afgezien van zijn primaire eigen verantwoordelijkheid, geen exclusieve opdracht voor de zorg. Naast erfelijke aanleg spelen allerlei factoren in de fysieke en sociale omge-

⁷ Kloosterman en Te Riele Meningen over de eigen bijdrage aan de gezondheidszorg (2012); Kloosterman: Solidariteit in de gezondheidszorg (2011)

Oorzaken en verantwoordelijkheid zijn brede maatschappelijke aangelegenheid.

ving van de mens daarin een grotere rol dan de zorg. De rol van de zorg kan daarom deels worden getypeerd als hersteller van gezondheidsschade die elders in de samenleving is veroorzaakt. De uitkomst van dit geheel van factoren, van genetica, omgeving en zorg, is een ongelijke spreiding van gezondheid en levensverwachting over de mensen. Meest treffend is dit beeld als wordt gekeken naar de ongelijkheid naar opleidingsniveau. Mensen met een lage opleiding profiteren het minst als je kijkt naar de gerealiseerde gezondheid, zijn het meest gevoelig voor leefstijlrisico's en brengen de hoogste zorgkosten met zich mee. Deze groep is sinds 2000 gekrompen van circa 40 tot circa 30% van de bevolking van 18 tot 65 jaar. Dat is positief, maar vermoedelijk is de resterende, nog altijd omvangrijke groep extra gevoelig. Van belang hierbij is dat de ongezondheid van deze mensen zich veelal manifesteert in het zevende levensdecennium, een levensfase die steeds meer op de arbeidsmarkt zal moeten worden doorgebracht. De vraag hoe we kunnen werken aan uitkomstensolidariteit is dus belangrijk, onder meer vanwege het belang van gezondheid voor het langer doorwerken bij een toenemende levensverwachting.

Omvang van de groep laagopgeleiden neemt af.

Ongezondheid laagopgeleiden is risico bij verhoging pensioenleeftijd

Plichten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders

De belangrijkste verplichtingen van de zorgverzekeraars (en zorgkantoren) zijn hun acceptatie- en zorgplicht.

Acceptatieplicht en risicoselectie.

De acceptatieplicht wordt mogelijk gemaakt door de risicoverevening, die een gelijk speelveld tussen de verzekeraars bewerkstelligt ongeacht de samenstelling van de verzekerdenpopulaties. Risicoselectie voor de basisverzekering komt daardoor praktisch niet voor, ook al zijn hiervoor in theorie wel mogelijkheden, bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering (zie ook V.d. Ven, 2012; commissie Don, 2012). Verzekeraars mogen de premies voor aanvullende verzekeringen naar eigen inzicht vaststellen en er geldt geen acceptatieplicht. Koppelverkoop van basis- en aanvullende verzekering is niet toegestaan, maar niet alle verzekerden zijn zich hiervan bewust.

Zorgplicht zorgverzekeraar

Verzekeraars voldoen aan de zorgplicht met de inkoop van voldoende, goede en doelmatige zorg. Ze voeren actieve regie, bijvoorbeeld door te sturen op schaalgrootte van behandeling in de ziekenhuiszorg. Het lastigste aspect hierbij is het bevorderen van een goede kosteneffectiviteit. Vooral nog hebben verzekeraars de zorguitgaven nog onvoldoende kunnen beheersen via selectieve of gedifferentieerde zorginkoop. Er is ook steeds vaker samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten gericht op uitwisseling van informatie en op afstem-

ming en gezamenlijke regie in de publieke gezondheid en eerstelijns.

Zorgaanbieders en
supply induced demand

Van zorgaanbieders mag verwacht worden dat zij niet overgaan tot aanbodgeïnduceerde vraag. Het CPB heeft op basis van onderzoek bij negen interventies sterke bewijzen gevonden dat dit toch plaatsvindt en dat een verband bestaat met de beloningswijze van de behandelaar (vrijgevestigd of loondienst). Het is de vraag in welke mate de gevonden verschillen kunnen worden gekwalificeerd als over-/onderbehandeling, of dat deze passen binnen de medische beslissingsruimte.

Fraude en misstanden

Zorgaanbieders dienen daarnaast aan kwaliteitseisen te voldoen. Voor misstanden in de zorg geldt een streng regime. Medische en bestuurlijke missers krijgen veel aandacht in de publiciteit en leiden tot grote reputatieschade. Aperte fraude en misdeclaratie wordt vervolgd.

Gereguleerde marktwerking disciplineert

De belangrijkste sanctie die zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan treffen is verlies van marktaandeel en omzet door de marktconforme prikkels in het stelsel. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders lopen dit risico als ze reputatieschade oplopen of als ze zich door inefficiënt werken uit de markt prijzen. Het sturende effect van dit mechanisme voert niet noodzakelijk naar meer wederkerigheid. In de huidige situatie is denkbaar dat een zorgaanbieder of zorgverzekeraar een uitstekende bijdrage levert aan gezondheid (als wederkerige prestatie), maar zich toch uit de markt prijst. Een voorbeeld hiervan is de manier waarop de collectieve verzekering wordt gebruikt. Twee op de drie verzekerden maken daarvan gebruik met als belangrijkste drijfveer de premiekorting. Om die reden is dit voor de verzekeraar een belangrijk instrument op de polis- en marktmarkt.

Conclusie

Het pakket van solidariteit en wederkerigheid van de burger wordt gedomineerd door de verzekerings- en premieplicht. Deze is helder gereguleerd en wordt strak gehandhaafd. De wederkerigheid die van de burger wordt gevraagd is daarmee vergeleken beperkt. Het meest zichtbaar is dit in het gegeven dat leefstijl geen rol speelt in de premiestelling en in de toegang tot de zorg.

Voor de zorgsector gelden eveneens beperkte formele eisen op het gebied van wederkerigheid. Voor deze partijen werkt echter wel het mechanisme van gereguleerde marktwerking als

stok achter de deur. Wie niet goed presteert loopt het risico zijn marktaandeel of inschrijving in het artsenregister kwijt te raken. In de praktijk gebeurt dat ook. Een belangrijk tekort van dit mechanisme in het licht van wederkerigheid is de richting waarin de geregleerde marktwerking stuurt, namelijk de richting van cliënttevredenheid: goede en toegankelijke zorg tegen een redelijke prijs. Wederkerigheid zoals hier gedefinieerd kan daardoor echter in de verdrukking komen.

5 Probleemanalyse en oplossingsrichtingen

In de vorige hoofdstukken werd achtereenvolgens een schets gegeven van enerzijds het toenemende belang van wederkerigheid en van anderzijds de te beperkte mate waarin ons zorgstelsel daartoe nu nog uitnodigt. Bij de verdere analyse van het probleem en formulering van oplossingsrichtingen worden de volgende schakels in het formele zorgstelsel onderzocht:

- a. De burger: premiebetaler, zorggebruiker en verzekerde
- b. Het verzekerde pakket
- c. De praktijk van de zorgverlening “in de spreekkamer”
- d. De rol van de zorgverzekeraar
- e. Informele solidariteit en de gemeente

Probleem: te weinig betrokkenheid van de burger bij het stelsel

Zorg in ons land op zeer hoog niveau ...

.. maar wordt als vanzelfsprekend ervaren; persoonlijke verantwoordelijkheid neemt af.

a. de burger: premiebetaler, zorggebruiker en verzekerde

De gewenste kruisbestuiving tussen solidariteit en wederkerigheid aan de kant van de burger (in zijn diverse rollen) wordt belemmerd door de onpersoonlijkheid van het zorgstelsel (AWBZ en Zvw). Die is met opzet gecreëerd om ieders toegang tot de medische en langdurende zorg te borgen. De Nederlandse curatieve zorg scoort vanuit dit perspectief van de zorggebruiker zeer hoog in vergelijking met andere landen (Euro Health Consumer Index 2012). Ook de Nederlandse ouderen verkeren, vergeleken met de andere EU-27 landen, waar gemiddeld drie keer zoveel ouderen worden bedreigd met armoede of sociale uitsluiting, in een zeer gunstige positie (Eurostat, 2013). Persoonlijke omstandigheden die de toegang tot zorg kunnen belemmeren zijn zoveel mogelijk weggenomen. Er is in de medische zorg een ruim en modern aanbod waaruit de verzekerde in de praktijk vrij kan kiezen; door tegemoetkomingen voor laag inkomen en voor hoge ziektekosten zijn de financiële drempels beperkt; andere voorwaarden voor de toegang, zoals therapietrouw, zijn verregaand gereduceerd (therapietrouw wordt nauwelijks bevorderd). Het eigen risico heeft maar een beperkt remmend effect en dit is nul bij groot zorggebruik; de incidentele zorggebruiker ziet daarentegen relatief weinig zorgkosten door zijn verzekeraar vergoed.

Het is niet vreemd dat burgers deze luxe per saldo als vanzelfsprekend gaan ervaren en de persoonlijke verantwoordelijkheid naar de achtergrond verplaatsen. De langdurende zorg verschilt hier in een aantal opzichten van. De eigen betalingen kunnen hoog oplopen en er is een drempel in de vorm van

gebruikelijke zorg. Na een steeds verdere uitbreiding van de verzekerde aanspraken, worden deze nu weer beperkt (PGB, ouderenzorg). Bovendien wordt veel mantelzorg geboden. Niettemin is er geen ander land ter wereld waar de ouderenzorg in dergelijke mate is gecollectiviseerd en geanonimiseerd en waarin vanuit het formele stelsel zo weinig beroep wordt gedaan op eigen verantwoordelijkheid en sociaal netwerk.

Systematiek premieheffing draagt bij aan afstand ...

De systematiek van de premieheffing versterkt het onpersoonlijke karakter. Alle risicoelementen zijn uit de premiestelling verwijderd; de burger wordt via de nominale premie voor de Zvw feitelijk geconfronteerd met een hoofdelijke omslag. Het grootste deel van de financiering verloopt via het bruto netto traject van de loonstrook; deels zichtbaar als werkgeverspremie voor de Zvw, deels onzichtbaar als onderdeel van de loonbelasting. Ook de bezuinigingen op andere overheidstaken, noodzakelijk geworden door de grote kostenstijgingen in de collectieve zorg, onttrekken zich aan het oog van de premiebetaler. Achterstanden in de premiebetaling leiden niet tot beperking van de aanspraken op zorg.

.. net als complexiteit van het systeem: de risicoselectie ...

Voor de burger is het stelsel ook ongrijpbaar geworden. De samenhang tussen de onderdelen is schimmig en het is onduidelijk hoe de geldstromen lopen; dat is met opzet zo geregeld om verzekeraars te weerhouden van risicoselectie. De kostenstijging is enorm, zoveel is wel duidelijk. Maar de oorzaken daarvan zijn deels onafwendbaar (de vergrijzing) en deels voor iedereen, ook experts, onduidelijk (de component “overige groei”).

... en de besluitvorming over de inkomenssolidariteit.

De besluitvorming over de premiestelling in de Zvw draagt bij aan de onduidelijkheid over de inkomenssolidariteit. De hoogte van de premies wordt voor een belangrijk deel bepaald door de raming van de zorgkosten door het CPB. Het CPB kijkt daarbij naar demografische, epidemiologische, prijs- en budgettaire effecten en berekent daarop de verwachte zorgkosten. De financiering daarvan is in de Zvw vastgelegd: 50% wordt via de procentuele premie opgebracht door werkgevers. De andere 50% komt uit de nominale premie (die door elke verzekeraar wordt verhoogd met een opslag voor beheersuitgaven en vorming van reserves). Met deze systematiek is de beslissing over een onderdeel van de collectieve lastendruk - de procentuele Zvw-premie - niet expliciet politiek en niet transparant. De resultaten van verzekeraars op het gebied van zorginkoop en kostenbeheersing komen op deze manier ook maar beperkt tot uitdrukking in de nominale premies.

<p>Meer informatie voor de burger over de kostengevolgen van zijn zorggebruik, vooraf en achteraf...</p>	<p>- <i>oplossingsrichtingen</i> 1) Transparantie over kosten, premies en houdbaarheid De zorgverzekeringen kunnen in de eerste plaats persoonlijker worden gemaakt. De burger kan in alle rollen meer worden geïnformeerd over de totale zorguitgaven en zijn persoonlijke aandeel in de financiering daarvan, alsmede over de zorgkosten voor hem persoonlijk. Dat laatste kan achteraf gebeuren, via een periodiek overzicht van de verzekeraar, maar ook vooraf, als de burger het behandel- of zorgplan met de zorgaanbieder bespreekt. Het is in dit verband ook wenselijk om de eigen betaling directer te koppelen aan het persoonlijke zorggebruik (zie ook punt c. hieronder).</p>
<p>... ook voor ouderenzorg.</p>	<p>Een aandachtspunt in deze oplossingsrichting is de transparantie ten behoeve van bijzondere risicogroepen. De Raad heeft in zijn advies Redzaam ouder (2012) aangegeven welke voorlichting en voorzorg, ook op het gebied van leefstijl, gewenst is. In zijn advies Preventie van Welvaartsziekten (2011) is aangegeven dat de overheid heldere boodschappen over bijvoorbeeld roken en alcoholgebruik dient af te geven en de regels op gebied van tabak en alcohol goed moet handhaven. Ook dat is een vorm van transparantie, waar het kabinet terecht voorrang aan geeft.</p>
<p>Heldere boodschappen over leefstijl</p>	<p>De beslissing over de inkomensafhankelijke van de Zvw kan transparanter worden gemaakt door het automatisme van de 50/50 verdeling van de Zvw-uitgaven te vervangen door een politiek besluit over de procentuele premie. De verzekeraars zijn vervolgens verantwoordelijk voor de nominale premie, op basis van hun eigen ramingen. De verschillen tussen de nominale premies geven een betere indruk van de relatieve prestaties van verzekeraars. De compensatie van inkomensgevolgen via de zorgtoeslag kan vervolgens eveneens op politieke gronden worden vastgesteld.</p>
<p>Meer transparantie bij inkomenssolidariteit.</p>	<p>Transparantie kan ook worden gegeven over de lange termijn houdbaarheid van het zorgstelsel. Er zijn wel scenario's gemaakt over de ontwikkeling van de zorguitgaven tot 2040, en wat dat kan betekenen voor de premies voor het gemiddelde gezin, maar het is niet duidelijk hoe de wereld er dan uitziet. Betekent dit dat het modale gezin fors op de uitgaven moet besparen? Of moeten ouderen hun zorg helemaal zelf gaan regelen? Hoe cumuleert dit met elkaar? Mensen willen dat nu al weten, want de toekomst komt snel dichterbij.</p>
<p>Vraag aan kabinet: hoe ziet de zorg er uit in 2040?</p>	

2) Prikkel voor wederkerigheid

Wederkerigheid is iets waar we aan moeten wennen, wat vanzelfsprekend moet worden. Belangrijke vormen van wederkerigheid door burgers, gericht op beperking van het beroep op formele zorg, zijn

- verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid van zichzelf en van zijn omgeving (gezin, familie, leerlingen, collega's, klanten, burens en buurtbewoners)
- zorg en aandacht geven aan mensen in de omgeving met verminderde redzaamheid.

Een collectief verzorgde oude dag is niet meer helemaal van deze tijd ..

Ook bij wederkerigheid geldt: jong geleerd, oud gedaan. Van ouderen kan in het licht van de demografische trend iets extra's worden verwacht. Het perspectief van een zorgeloze oude dag in het bejaardenhuis was gerechtvaardigd toen de bevolking minder vergrijsd was, de afhankelijkheidsratio laag en de gemiddelde levensverwachting bij pensionering hooguit een paar jaar. Met de dubbele vergrijzing, die zich nu ontwikkelt, kunnen we ons de luxe van een dergelijke collectief gefinancierde oude dag niet meer veroorloven. Denkbare opties zijn dat ouderen meer kosten voor eigen rekening nemen, mantelzorg en vrijwilligerswerk op zich nemen en e-vaardigheden ontwikkelen.

... ook van de ouderen wordt wederkerigheid gevraagd.

Leefstijl meer in behandelplan; hogere accijnzen.

Bij leefstijl is de vraag aan de burger om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen. In het advies Preventie van welvaartsziekten is aangegeven dat de zorgsector, uit eigen beweging of daartoe gestimuleerd door de verzekeraar en de lokale overheid, meer kan doen om leefstijl bij het behandelplan te betrekken; voorts is het instrument van de accijnzen bewezen effectief. Aan de vraag naar beïnvloeding van leefstijl kleven verschillende ethische vragen (CEG, 2013).

Ethische aspecten bij leefstijl

In het signalement 'Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering: een overzicht van ethische argumenten' van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid worden de ethisch relevante argumenten in het debat over financiële differentiatie naar leefstijl in de basiszorgverzekering geordend en gewogen. Er worden vier discussiepunten behandeld:

- Het eerste gaat over de uitvoerbaarheid van leefstijldifferentiatie.
- Het tweede betreft de vraag of preventie een overtuigend motief is voor leefstijldifferentiatie.
- Het derde is de vraag of leefstijldifferentiatie een rechtvaardiger verdeling van kosten oplevert.
- Het vierde discussiepunt is de kwestie of leefstijldifferentiatie de solidariteit bevordert.

Goed om in te zetten op pakketbeheer...

b. formele aanspraken op solidariteit: het pakket

Mensen zijn geneigd tot meer solidariteit, wanneer er alleen voor gepaste zorg een beroep gedaan wordt op de collectieve zorgverzekering. Zorg is gepast wanneer deze noodzakelijk, effectief en doelmatig is (Brouwer en Rutten, 2004). Een belangrijk instrument om dit bereiken is het centraal pakketbeheer. Door de stijgende zorguitgaven, en de druk op de solidariteit die hier vanuit gaat, is het goed dat er kritisch naar het collectieve pakket wordt gekeken. De RVZ heeft zich in de adviezen Zinnige en Duurzame zorg (2006) en Rechtvaardige en duurzame zorg (2007) gebogen over het pakketbeheer. Een belangrijke aanbeveling binnen deze adviezen was om pakketbeslissingen transparant te nemen, op basis van gegevens over noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit. Met het invoeren van stringent pakketbeheer lijkt het kabinet deze weg ingeslagen. Zo wordt noodzakelijkheid bij pakketbeheer een apart voorliggend criterium en zal kosteneffectiviteit wettelijk verankerd worden (Regerakkoord Rutte II). Hoewel dit een goede ontwikkeling is, zal moeten blijken of dit in de praktijk veel zoden aan de dijk zet. Eerdere ervaringen met de lage ziektelastbenadering, en pogingen om medicijnen uit te sluiten vanwege beperkte kosteneffectiviteit, geven aan dat dit maatschappelijk weerstand kan oproepen en uiteindelijk weinig praktische consequenties heeft. De kosteneffectiviteit van de verleende zorg is geen groot issue; voorstellen voor generieke beperking van het pakket op grond van kosteneffectiviteit kunnen rekenen op een kritisch onthaal (discussie Pomp/Fabry).

..., maar dit kent beperkingen.

Naast de vraag of het stringent pakketbeheer wel op voldoende maatschappelijk draagvlak kan rekenen, kent centraal pakketbeheer ook zijn beperkingen. Zo kan via pakketbeheer wel gepoogd worden om alleen gepaste zorg onderdeel te laten zijn van het verzekerde pakket, maar via dit instrument is niet af te dwingen dat deze zorg vervolgens ook gepast gebruikt wordt. Doordat we te maken hebben met een heterogene populatie kan slechts op het niveau van de individuele patiënt bepaald worden of zorggebruik gepast is. Het pakket bevat veel interventies die bij een deel van de patiënten uiterst kosteneffectief zijn, maar bij ander deel van de populatie niet (Chandra en Skinner, 2011). Bekende voorbeelden zijn het knippen van amandelen en het plaatsen van stents.

- oplossingsrichtingen

Het Regerakkoord bevestigt het onverminderde belang van stringent pakketbeheer, op basis van kosteneffectiviteit, voor de legitimatie van de Zvw. De nauwkeurigheid van het criteri-

um kosteneffectiviteit neemt toe bij een koppeling aan indicatiegebieden, die vervolgens ook in de behandelrichtlijnen worden opgenomen. Kosteneffectieve interventie doen vaak ook een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in de sfeer van voorzorg, zelfzorg en leefstijl, eventueel met ondersteuning van een gemeente, werkgever of zorgverzekeraar, en dit maakt dus een vanzelfsprekend onderdeel van deze richtlijnen.

In de langdurende zorg is behalve de (kosten)effectiviteit ook de vraag aan de orde welke zorg voor eigen rekening kan komen. De Raad ondersteunt het streven van het kabinet naar meer eigen verantwoordelijkheid voor de oude dag. In het advies Redzaam ouder (RVZ, 2012) heeft de Raad aanbevolen om burgers te stimuleren om meer privaat te investeren en hun netwerk in te zetten voor hun oude dag.

c. De praktijk van de zorginkoop en de zorgverlening “in de spreekkamer”

Daarom nodig ook instrumenten in te zetten op een lager niveau, zoals: zorginkoop op populatieniveau en gezondheidsuitkomsten door zorgverzekeraars...

Gezien de beperkingen van centraal pakketbeheer is het nodig om ook instrumenten op een lager niveau, in de zorginkoop en in de behandel- of spreekkamer, in te zetten om gepast zorggebruik te bevorderen. Het belangrijkste instrument hiervoor is de contractering en bekostiging door zorgverzekeraars van zorgaanbieders. Deze vindt voor de tweedelijns curatieve zorg plaats op basis van Diagnose Behandel Combinaties. Deze bekostiging op basis van verrichtingen zorgt voor stevige productieprijken bij zorgaanbieders en kan zo oneigenlijk zorggebruik in de hand werken (de kat op het spek binden). Het is de taak van zorgverzekeraars om hier voldoende tegenwicht aan te bieden. Dit hebben zij in het verleden nog onvoldoende gedaan, waarschijnlijk ook omdat zij de uitgavenrisico's konden afwentelen op de overheid. Het is daarom goed dat zorgverzekeraars na de afbouw van de ex-postcompensaties volledig risicodragend gaan worden. Deze risico's kunnen zij verminderen door zorgaanbieders te dwingen doelmatiger te werken en ongepast zorggebruik tegen te gaan. Bekostigingsmodellen op basis van gezondheidsuitkomsten op het niveau van patiënt (*capitation*) of populatie lenen zich hier meer voor dan bekostiging per DBC's. Hierbij is het van belang dat zorgverzekeraars middels spiegelinformatie sturen en kwaliteit in termen van uitkomst betrekken bij de afrekening van zorgaanbieders. Dit om onderbehandeling uit te sluiten en kwaliteit van zorg te borgen.

Doelmatigheid kan op verschillende manieren worden uitgelegd. Doelmatigheid in de productie (“technische efficiency”) leidt tot lage kosten per behandeling, zodat ook de prijs laag kan zijn. Doelmatigheid door meer allocatieve efficiency leidt tot meer gezondheid (QALY) per zorgeuro en een hogere kosteneffectiviteit. Deze allocatieve efficiency kan tot gevolg hebben dat een verzekerde niet de behandeling krijgt waar hij om vraagt, namelijk als zijn zorgvraag niet binnen de kosteneffectieve bandbreedte ligt. Dit “nee-verkopen” levert de verzekeraar het risico op van reputatieschade en verlies van verzekerden.

.....en het inzetten van slimmere eigen betalingen

Een ander belangrijk instrument voor gepast zorggebruik zijn eigen betalingen. Doordat mensen een deel zelf moeten betalen zullen zij kritischer naar hun zorggebruik kijken, en zal het zorggebruik afnemen. Daarnaast zal de aanwezigheid van eigen betalingen, ook los van dit gedragseffect, solidariteit versterken. Mensen zijn eerder bereid om via overdrachten aan het systeem deel te nemen, als zij weten dat ook van de gebruikers van zorg een bijdrage wordt gevraagd voor gepast gebruik. Het risico bestaat dat door eigen betalingen niet alleen ongepaste zorg vermindert, maar ook gepaste zorg. Op dit moment kennen we voor de curatieve zorg een verplicht eigen risico van €350,-. Vanaf 2015 wordt dit een inkomensafhankelijk verplicht eigen risico van grofweg €180,- voor het laagste inkomen, €350,- voor middeninkomens en €595, voor de hogere inkomens. Het nadeel van een eigen risico aan de voet is dat mensen al snel hun eigen risico vol hebben en daarna geen enkele drempelwerking meer ervaren voor zorggebruik. Een alternatief is om te werken met procentuele eigen bijdragen gekoppeld aan een (evt. inkomensafhankelijk) plafond, waardoor meer mensen langer een remweg ervaren. Het CPB heeft een rapportage in voorbereiding over de effectiviteit van de verschillende vormen van eigen betalingen.

Opties voor eigen betalingen

De Taskforce Beheersing Zorguitgaven heeft geadviseerd om het huidige verplichte eigen risico aan te vullen met een specifieke eigen bijdrage van 10% (Taskforce beheersing zorguitgaven). Zij geeft als voorbeeld aan een eigen risico van €350,- gecombineerd met een procentuele eigen bijdrage van maximaal € 150,-. In dit systeem zou zeker driekwart van de mensen gedurende het hele jaar een remweg blijven ervaren. Ook zijn er interessante gedachten om eigen bijdrage te differentiëren op basis van toegevoegde waarde van de interventie (Van Kleef en Van de Ven, 2012). Zo zou de wettelijke eigen betaling gedifferentieerd kunnen worden op kosteneffectiviteit.

Denk bijvoorbeeld aan een lager percentage voor heel kosteneffectieve zorg, zoals preventie. Ook zouden het eigen risico en de specifieke eigen bijdrages ingezet kunnen worden om gedrag, zoals therapietrouw, te bevorderen. Binnen al deze varianten zou vanuit politieke overwegingen met een inkomensafhankelijk plafond gewerkt kunnen worden, waarbij het risico dat patiënten met een lager inkomen afzien van noodzakelijke zorg, beperkt wordt.

- oplossingsrichtingen

De Raad heeft in een reeks eerdere adviezen aandacht gegeven aan het functioneren van de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en hun onderlinge relatie. Nodig is een sluitend geheel van financiële prikkels in de toedeling van middelen aan de verzekeraar en de bekostiging van zorgaanbieders. Dit leidt op basis van de hiervoor beschreven richtlijnen voor kosteneffectieve zorg, tot doelmatige zorg.

d. de zorgverzekeraar

Binnen het zorgstelsel hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol in het borgen van publieke belangen. Zij moeten voor hun verzekerden doelmatige en toegankelijke zorg inkopen. In het vorige punt is al gewezen op het belang van kosteneffectiviteit bij de zorginkoop. Door middel van zorginkoop geven zij ook, als zorgregisseur, vorm aan het zorglandschap, en zorgen ze voor spreiding en concentratie van zorgfuncties. Om ze hiertoe te stimuleren krijgen ze steeds meer risico. Zo worden de ex-postcompensaties stapsgewijs afgebouwd. Dit risico kunnen verzekeraars beheersen door doelmatige zorg in te kopen. In de Zvw komt de zorginkoop langzaam maar zeker uit de kinderschoenen. Er komen steeds meer voorbeelden waarbij de verzekeraar duidelijke eisen stelt; bijvoorbeeld om de patiëntveiligheid via behandelvolumina in de kankerzorg te vergroten. Hoewel dit de goede kant op gaat kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de aspecten risicoselectie voor de basisverzekering, preventie, collectieve polissen en de macro kostenbeheersing.

Verzekeraars: steeds meer risico en initiatief

Risicoselectie?

- Er bestaat mogelijk het gevaar dat verzekeraars hun risico gaan beheersen door ongewenst gedrag als het toepassen van risicoselectie. Binnen het stelsel kennen we de nodige regulering om dit gevaar te beperken. Zo is er een acceptatieplicht, is er een ex-ante risicoverevening en hebben zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht. Ondanks deze waarborgen heeft de commissie risicoverevening onlangs aangegeven dat het voor

zorgverzekeraars nog steeds kan lonen om bepaalde groepen aan zich te binden of juist te weren. In dit kader heeft zij de overheid geadviseerd om dit systeem continue te monitoren. Er zijn op dit moment geen aanwijzingen dat risicoselectie daadwerkelijk plaatsvindt.

Preventie in achterstandpositie

- De verevening is geheel gericht op het verevenen van kosten van op genezing gerichte zorg. Het is onmogelijk om met dit instrument andere prioriteiten, zoals preventie, te realiseren. Dit plaatst preventie in een achterstandpositie ten opzichte van curatie.

Collectieve Zvw-polissen aantrekkelijk door premiekorting

- Collectieve polissen voor de basiszorg zijn voor veel burgers een trekpleister omdat hiermee een forse premiekorting kan worden verdiend. De opbrengst van deze korting wordt in eht algemeen uitgekeerd als contante premiekorting of in natura, bijvoorbeeld een (korting op een) aanvullende polis. Omdat twee op de drie Nederlanders bij een collectiviteit zijn aangesloten, en het verschil met de premie voor de individuele polis in 2012 € 74 bedraagt (NZa 2012), is hiermee een bedrag gemoeid in de orde van € 0,6 miljard⁸. Deels is deze korting te herleiden tot een kostenbesparing voor de verzekeraar; ongetwijfeld vindt ook kruissubsidiëring door verzekerden met een individuele polis plaats. Het belang voor de verzekeraar bij collectieve polissen is dat in één slag een groot verzekerdenbestand wordt binnengehaald.

Zorgverzekeraars hebben belang bij macrokostenbeheersing

- Zorgverzekeraars dragen verantwoordelijkheid voor doelmatigheid, maar niet voor de betaalbaarheid van de totale zorguitgaven. Toch hebben ook zij een groot belang bij houdbaarheid. Naarmate het beslag van de zorgkosten op het BBP toeneemt, neemt het politieke gewicht er van (koopkracht, concurrentiepositie, beheer collectieve sector) toe en kan uiteindelijk het model van een private zorgsector die wordt betaald uit collectieve middelen, onder druk komen te staan. Het openeinde financieringsmodel via nominale en procentuele premies speelt hierbij een rol. Dit wijkt af van de redenering die bij andere publieke sectoren wordt gevolgd. Zo wordt het onderwijsbudget niet bepaald door het aantal docenten dat scholen in dienst hebben en hun salarissen.

Risicoselectie voorkómen; met de risicoverevening maar ook patiëntenverenigingen kunnen dit tegengaan.

- *oplossingsrichtingen*

Ten aanzien van risicoselectie is alles er aangelegen om deze te voorkomen. Omdat deze zich vermoedelijk vooral zal richten

⁸ Op basis van 8 miljoen deelnemers aan een collectiviteit.

tegen patiënten met hoge zorgkosten zou dit de ervaren solidariteit zeker schaden. Tegelijk verdient de oplossing om het vereveningsmodel zo onvoorspelbaar mogelijk te maken niet de schoonheidsprijs; deze oplossing betekent immers een *rat race* van twee partijen die elkaar te slim af proberen te zijn. Hier ligt ook een belangrijke opdracht voor patiëntenverenigingen.

Preventie wordt in het Zvw-stelsel ondergewaardeerd (RVZ-advies Preventie van welvaartsziekten, 2011). Nu blijkt dat een prominentere positie voor preventie niet binnen de risicovereeniging kan worden gerealiseerd, is het des te belangrijker dat op enige wijze buiten de risicovereeniging om geld wordt geoormerkt voor preventie, zoals via een preventiefonds.

Benut de collectieve polis voor gezondheidsdoelen ...

Er is veel voor te zeggen om de collectieve polis te benutten als vehikel voor wederkerigheid. Dit houdt in dat verzekerden en de organisatie die namens hen de polis afsluit een tegenprestatie leveren voor de ontvangen korting, in de vorm van bevordering van gezondheid en voorkomen van zorgvraag. Op die manier ontstaan reëlere mogelijkheden voor kostenbesparing en is geen of minder kruissubsidiering meer nodig. Organisaties die hiervoor, namens de betrokken verzekerden, verantwoordelijkheid kunnen nemen zijn werkgevers en gemeenten, maar bijvoorbeeld ook patiëntenverenigingen. Zij hebben immers belang bij gezondheid. Zij werken samen met de betrokken verzekeraar, die hiervoor ook producten ontwikkelt. Het voorbeeld in onderstaande box betreft de VS, waar de werkgever een andere rol heeft dan in ons stelsel. In Nederland is de zorgverzekeraar een noodzakelijke partij in een business case voor dergelijke initiatieven.

... werkgevers, gemeenten en patiëntenorganisaties doen dit samen met de verzekeraar.

De nieuwe zorgverzekeringswet in de VS bevat een clause die werkgevers de mogelijkheid geeft om tot 30% van de zorgverzekeringspremies die zij voor hun werknemers betalen te gebruiken voor financiële prikkels om een gezonde leefstijl te belonen. Werkgevers kunnen dit gebruiken om werknemers met een gezonde leefstijl een lagere zorgverzekeringspremie of lagere eigen bijdragen te bezorgen (Volpp et al 2011). Dit is geïnspireerd door de ervaringen van de Amerikaanse supermarktketen Safeway. Bij Safeway kunnen werknemers zich vrijwillig laten testen op tabaksgebruik, gezond gewicht, bloeddruk en cholesterolniveau. Werknemers krijgen een premiekorting voor elke test waarvoor ze slagen. Iemand die voor alle vier de testen slaagt, krijgt een korting van \$ 780 op de zorgverzekering voor een alleenstaande en \$ 1560 op de premie voor een gezin. Als een werknemer niet slaagt voor de test kan hij de test na 12 maanden opnieuw doen. Als je slaagt voor de test of voldoende vooruitgang hebt gemaakt op bijvoorbeeld het verminderen van obesitas ontvangt de werknemer een premieruggaaf (Burd 2009). Safeway claimt door dit beleid de stijging van de zorgverzekeringspremie te hebben bedwongen, hoewel deze claim door anderen wordt betwist (Hilzenrath 2010). (Groot en Van Sloten, jaarboek KVS 2012)

Effect van afschaffen 50/50 op de doelmatigheid en zorguitgaven

Hiervoor is besproken hoe de transparantie van de Zvw-premie zou toenemen als de 50/50 verdeling van de zorguitgaven zou worden vervangen door een expliciet politiek besluit over de procentuele premie. De (verschillen in) de nominale premies worden daardoor belangrijker in de concurrentie tussen verzekeraars en dit zal een extra prikkel zijn tot doelmatigheid en beheersing van de zorguitgaven.

Kanteling in de WMO biedt veel mogelijkheden ...

e. informele solidariteit en de gemeente

Interessant aan de WMO is wat gemeenten op dit moment 'de kanteling' noemen: burgers hebben niet automatisch toegang tot een voorziening, maar er wordt eerst gekeken wat zij zelf kunnen doen, bijvoorbeeld met hun eigen netwerk. Zelfs bij de patiënt met Alzheimer zou kunnen worden gekeken wat het netwerk van deze patiënt zelf kan oppakken. Ook als de patiënt zelf niet tot wederkerigheid in staat is, is zijn of haar omgeving dat misschien wel. In het advies Redzaam ouder (RVZ, 2012) pleit de RVZ ervoor dat mensen een zorgverklaring opstellen, waarin zij aangeven hoe zij op hun oude dag verzorgd willen worden. Mensen kunnen op die manier gerichte voorzorgsmaatregelen nemen, wat ook een vorm van wederkerigheid is.

...maar vraagt forse cultuurverandering bij de burger, de gemeente en de zorgaanbieder.

De kanteling binnen de WMO brengt echter een aantal uitdagingen en dilemma's met zich mee. Allereerst vraagt deze benadering om een totaal andere cultuur en zienswijze bij zowel het aanbod als de vraag naar zorg en ondersteuning. De burger wordt een andere rol gegeven dan slechts die van een consument. Hij wordt bewust gemaakt van en verantwoordelijk gehouden voor de eigen gezondheid en een gezonde leefomgeving. De burgers krijgen hiermee de rol van medeproducenten in plaats van afhankelijke actoren, niet alleen voor zichzelf maar ook voor hun omgeving. Uit onderzoek (SCP, 2009) blijkt dat de komende jaren het aanbod van mantelzorg/-ondersteuning sterker zal groeien dan de vraag. Door de kanteling in de WMO zal deze vraag toenemen en het beroep op het aanbod dus ook. Voor sommige potentiële mantelzorgers zal dit beroep als een ingrijpende inbreuk in hun dagelijks leven kunnen worden ervaren; we zijn immers gewend aan verzekerde zorganspraken. Maar daar staat tegenover dat er veel meer kansen komen voor participatie en zingeving voor potentiële mantelzorgers.

Bij de gemeente en aan de aanbodzijde moet nog de cultuur ontstaan om steeds meer los te laten en burgers op een nieuwe manier, met vertrouwen op hun kunde en bekwaamheden, tegemoet te treden.

Dilemma's	<p>Naast de nodige cultuurverandering blijft ook de vraag bestaan wat een goede gradatie is tussen formele en informele zorg. Waar kan de (lokale) overheid de zorgverlening loslaten en waar moet zij vanwege eventuele risico's betrokken en verantwoordelijk blijven? En accepteren we daarbij verschillen tussen gemeenten?</p> <p>Deze onderwerpen vragen om een nadere uitwerking buiten het bestek van dit advies. Hier wordt onderzocht welke concrete instrumenten in het kader van de kanteling kunnen worden ingezet.</p>
Elementen van een nieuwe aanpak	<p>Overwogen kan worden om een eigen bijdrage 'in natura' (wederkerigheidsbeginsel) bij de WMO te introduceren (RVZ, 2011). Gemeenten hebben de mogelijkheid een eigen bijdrage te vragen van personen die een beroep doen op de WMO. De mogelijkheid om naast een financiële eigen bijdrage een eigen bijdrage in natura te introduceren verdient nadere overweging. Deze optie biedt niet alleen mogelijkheden om gemeenten tegemoet te komen in de kosten, maar kan tevens bijdragen aan het realiseren van de doelstelling 'bevorderen van de maatschappelijke participatie'. Een voorbeeld ter verduidelijking: een gepensioneerd accountant heeft ernstige loopbeperkingen en vraagt bij de gemeente om een vervoersvoorziening op grond van de WMO. De gemeente kan hiertoe een eigen bijdrage vragen (mits dit in de plaatselijke verordening is geregeld), maar hij kan ook bewerkstelligen dat deze voormalige accountant het penningmeesterschap van een lokale sportvereniging op zich neemt.</p>
Mantelscan en virtuele agenda	<p>Een tweetal andere voorbeelden van hoe de kanteling binnen de WMO de weg naar informele solidariteit opent, is de "mantelscan" en de "virtuele agenda". Bij de mantelscan brengt een professional uit de gemeente allereerst het sociaal kapitaal van de aanvrager in kaart. Dus de familieleden en eventueel andere betrokkenen binnen de eigen kring van de aanvrager worden in beeld gebracht. Vervolgens wordt er gekeken in welke mate ieder actief is betrokken bij de ondersteuning of zorgverlening. Op deze wijze wordt ieder voor zijn aandeel een spiegel voorgehouden. Deze transparantie, in kaart gebracht door een</p>

derde (een professional uit de gemeente) stimuleert de familieleden om de taken op een verantwoorde wijze onderling te verdelen. Door dit preventieve optreden wordt tevens voorkomen dat de druk vooral op een mantelzorger komt te liggen. Ook een virtuele agenda, bijgehouden door een professional, leidt vaak tot een betere taakverdeling tussen mantelzorgers. Deze methode sluit wederom goed aan bij het gedachtegoed van preventie, namelijk het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers.

- oplossingsrichtingen

In de WMO wordt in eerste instantie een beroep gedaan op de mogelijkheid van burgers om hulpbronnen te mobiliseren uit de sociale netwerken waar men deel van uitmaakt. Ook stimuleren gemeenten kleinschalige lokale initiatieven van informele solidariteit en ondersteunen deze eventueel. Daar waar nodig komen zij tot een goede mix op het gebied van formele WMO-voorzieningen enerzijds en informele zorg en ondersteuning anderzijds. Gemeenten zien zich daarbij steeds gesteld voor de vraag wat zij tot hun taak moeten rekenen en wat de samenleving zelf kan oppakken.

6 Conclusies en aanbevelingen

Eerdere adviezen en aanbevelingen

In veel van zijn eerdere adviezen heeft de RVZ aanbevelingen gedaan die relevant zijn voor de vraagstelling van dit advies over solidariteit. Met name kunnen hier worden genoemd de adviezen of signaleringen over houdbare solidariteit, pakket-beheer en AWBZ. Kernpunten in die adviezen is dat het kabinet prioriteit geeft aan de uitontwikkeling van een volledig sluitend stelsel van financiële en andere prikkels voor risicodeling voor alle betrokken partijen in de zorg. Perverse prikkels in de bekostiging worden weggenomen. Als voorbeelden worden hier genoemd dat verzekeraars volledig risicodragend worden en dat productieprikkels voor medisch-specialistische hulp worden weggenomen. De zorg wordt ingekocht op basis van richtlijnen voor kosteneffectieve zorg met expliciete gezondheidsdoelen. Dit wordt gestimuleerd met bekostiging op basis van patiëntenpopulatie, met gebruik van spiegelinformatie en in combinatie met gezondheidsresultaten, en minder op basis van verrichtingen. Bij preventie ligt de focus op welvaartsziekten en een aanpak op basis van accijnzen, duidelijke regels over alcohol en tabak en de handhaving daarvan en preventieve inspanningen op het raakvlak van gemeente en zorg.

In lijn met deze eerdere adviezen komt de Raad in dit advies tot de volgende aanbevelingen:

Een algemeen appèl

1. De RVZ doet een appèl op alle partijen om verantwoordelijkheid te nemen voor houdbare collectieve zorg. Dit appèl is gericht tot burgers, patiënten en verzekerden, tot zorgaanbieders en behandelaars, tot zorgverzekeraars, gemeenten en werkgevers.

Transparantie

2. Dit appèl wordt ondersteund met een aanbeveling voor meer transparantie. Elke burger wordt waar mogelijk vooraf geïnformeerd over de kosten van de zorg die via eigen betalingen voor zijn rekening zullen komen. Achteraf ontvangt hij een periodiek een helder overzicht van de kosten die de verzekeraar voor hem heeft betaald. De directe behandelaar heeft inzicht in de kosten van de alternatieve behandelmogelijkheden. De verzekeraar legt verantwoording af voor zijn inspanningen ter bestrijding van on gepaste zorg. Verzekeraars gebruiken hun spiegel-

informatie om de relatieve prestaties van hun gecontracteerde zorgpartijen te laten zien en aan te geven hoe zijn dit vertalen in het inkoopbeleid.

Transparantie in inkomenssolidariteit

3. Vergroot de transparantie van de besluitvorming over inkomenssolidariteit in de Zvw. Maak van de procentuele premie een politieke besluit waarin de weging van de inkomensafhankelijke lastendruk tot uitdrukking komt. Dit besluit komt in de plaats van de huidige 50/50 verdeling van de Zvw-uitgaven over de nominale en de procentuele premie.

Transparantie in topinkomens

4. Transparantie is ook nodig waar het gaat om gepaste beloningen. De Raad adviseerde eerder tot het verminderen van perverse prikkels in de bekostiging. Dit zal on gepaste levering van zorg verminderen, de beloning van medisch specialisten en bestuurders matigen en daarmee de bereidheid tot solidariteit versterken. Zorgverzekeraars kunnen in hun Gedragscode goed verzekeraarschap gedragsrichtlijnen met betrekking tot een gepaste beloning opnemen.

Visie kabinet op houdbaarheid tot 2040

5. De rijksoverheid draagt verantwoordelijkheid voor het stelsel, dat voor een belangrijk deel gefundeerd is op vertrouwen. Het kabinet versterkt dit vertrouwen door, in samenspraak met alle partijen, voorwaarden voor en een visie op houdbare kwaliteit, toegang en betaalbaarheid van de zorg tot 2040 te formuleren.

Wederkerigheid burger vastleggen in richtlijnen

6. Stimuleer wederkerigheid in het stelsel, door zowel in de curatieve als de maatschappelijke zorg een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid voor leefstijl en zorg op leeftijd, de redelijke mate van zelfzorg en de benutting van sociaal netwerk van de burger. Stel hiervoor handreikingen op. Wetenschappelijke verenigingen verwerken dit in richtlijnen; zorgverzekeraars geven dit een prominente plaats bij de zorginkoop. Vertaal dit ook in de regelgeving (Zvw en AWBZ).

Maak beter gebruik van de premiekorting in de collectieve polissen

7. De verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid kan voorts worden gestimuleerd als werkgevers, gemeenten en patiëntencollectieven, in samenwerking met de zorgverzekeraar, de collectieve polis in de Zvw gaan gebruiken om deelnemers voor een gezonde leefstijl te belonen. Een voorwaarde om in aanmerking

te komen voor de korting kan zijn dat deelnemers bijvoorbeeld jaarlijks meedoen aan bewezen effectieve vormen van preventie of conditietest. Het is cruciaal dat een deelname aan dergelijke collectiviteiten op basis van vrijwilligheid plaatsvindt. Verzekeraars faciliteren dergelijke collectieve polissen.

Kies voor slimmere vormen van eigen betalingen

8. Het verantwoordelijkheidsgevoel van de burger voor de curatieve zorg moet worden versterkt door eigen betalingen slimmer vorm te geven dan nu gebeurt via het eigen risico. Kies voor vormen van eigen bijdragen die liefst bij elke zorgvraag effectief prikkelen tot gepast zorggebruik. Binnen dit systeem geldt vervolgens een (evt. inkomensafhankelijk) maximaal plafond.

Laat informele zorg en ondersteuning via de lokale overheid ontstaan.

9. Laat informele arrangementen voor zorg en ondersteuning ontstaan via de lokale overheid. Die kan voorwaarden scheppen, afstand bewaren en zo nodig een faciliterende rol vervullen. Een voorwaarde is bijvoorbeeld voorzien in vanzelfsprekende ontmoetingsruimten (RMO, 2005). Faciliteren kan door zo nodig, op verzoek van burgers, knelpunten en risico's in de onderlinge samenwerking te helpen oplossen. Goede voorbeelden hiervan zijn de "Buurthulp" en de "mantelscan". Gemeenten kunnen specifiek ouderen en babyboomers aanspreken op meer *inter*generationele solidariteit richting opvolgende generaties. Dat kan ook indirect door in de toekomst meer *intra*generationele solidariteit te organiseren in de informele sfeer: ouderen helpen ouderen.