

# SPANNING



ZORG  
VOOR  
IEDEREEN



# ZORG VOOR IEDEREEN

De SP is een landelijke zorgcampagne gestart (zie voor meer informatie: [www.nationaalzorgfonds.nl](http://www.nationaalzorgfonds.nl)). Doel van deze campagne is om met een zo breed mogelijke coalitie van partijen en organisaties van patiënten en zorgwerkers het eigen risico af te schaffen en een nationaal zorgfonds in te voeren. In dit speciale nummer van *Spanning*, dat volledig in het teken staat van de zorg, legt Tweede Kamerlid Renske Leijten uit waar het idee vandaan komt en waarom het haalbaar, betaalbaar en rechtvaardig is.

In 2006 werd een nieuw zorgstelsel ingevoerd waarin marktwerking centraal staat. Sindsdien zijn er door zorgwerkers en de SP veel acties gevoerd tegen de negatieve gevolgen van dit systeem. Rob Janssen geeft een overzicht van aansprekende acties en initiatieven.

Hoogleraar Maatschappelijke Gezondheidszorg Johan Mackenbach maakt zich net als de SP zorgen over de steeds verdere verhoging van het eigen risico, waardoor de toegang tot zorg onder druk komt te staan. Mackenbach doet onderzoek naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen en stelt dat vooral rookgedrag voor grote verschillen zorgt in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleid.

Gelijkheid is beter voor iedereen. Dat is de belangrijkste boodschap uit het boek *The Spirit Level*, van gezondheidswetenschappers Richard Wilkinson en Kate Pickett. *Spanning* sprak met Wilkinson over de relatie tussen ongelijkheid en gezondheid en over wat wij kunnen doen om ongelijkheid en de daarmee samenhangende maatschappelijke problemen te bestrijden.

Ook Denemarken kent een zorgstelsel met veel financiële prikkels. Tot ongenoegen van zorgwerkers. Zij mogen nu op een aantal ziekenhuisaf-

delingen hun eigen doelen stellen zonder financiële druk. Bestuurskundige Nina van Loon, die als enige buitenlander meewerkt aan dit experiment, legt uit wat het onderzoek inhoudt en in hoeverre het een voorbeeld kan zijn voor Nederland.

Een belangrijke vraag die in deze *Spanning* terugkomt is waar en bij wie de macht in de zorg ligt en hoe we deze macht kunnen terugpakken. In verschillende artikelen wordt hier op ingegaan, onder meer in een interview met Peter Gøtzsche, die een bestseller schreef over de wanpraktijken van de farmaceutische industrie.

Verder in *Spanning* vertelt huisarts en oud SP-senator Tineke Slagter over haar ervaringen in politiek en praktijk en wijst financieel geograaf Ewald Engelen in gesprek met Renske Leijten op het grote belang van zorg voor onze economie.

Sandra Beckerman en Herman Beekers stellen in hun slotbeschouwing dat het winnen van de campagne voor een nationaal zorgfonds, zonder eigen risico de opmaat kan zijn voor een zorgstelsel waarin de SP-beginselen menselijke waardigheid, gelijkwaardigheid en solidariteit centraal staan.

Het boek *Alternatief voor de zorg* geeft alvast een aantal inspirerende voorbeelden van hoe de zorg beter en menselijker georganiseerd kan worden.

## INHOUD

- 3 **NATIONAAL ZORGFONDS IS DRIE KEER BETER**
- 8 **SCHOUDER AAN SCHOUDER**
- 11 **'ALS JE EEN GROOT EFFECT WILT BEREIKEN, MOET JE ECHT IETS AAN HET ROKEN DOEN'**
- 14 **ONGELIJKHEID IS SLECHT VOOR DE GEZONDHEID**
- 16 **DEENS EXPERIMENT MET 'PRIKKELVRIJ' WERKEN IN DE ZORG**
- 18 **DE NEDERLANDSE ZORG IS EEN LOBBYCRATIE**
- 20 **'BREEK MACHT WINSTGERICHTE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE'**
- 22 **GOEDE EN BETAALBARE MEDICIJNEN ZIJN IN ONS ALLER BELANG**
- 23 **DE VRIJE ZORGMARKT IS EEN ONVRIJ ZORGKARTEL**
- 25 **'MET EEN ZORGFONDS LOS JE HET SAMEN OP'**
- 28 **'LATEN WE HET IN HEMELNAAM WEER SIMPEL MAKEN'**
- 30 **ONZE ZORG**
- 32 **ZORG MOET WEER OVER MENSEN GAAN**

## COLOFON

*Spanning* wordt uitgegeven door het Wetenschappelijk Bureau van de SP. Een abonnement kost 12 euro per jaar voor SP-leden en 25 euro voor niet-leden. De betaling gaat per incasso.

Abonnementenadministratie

Snouckaertlaan 70

3811 MB Amersfoort

T (088) 243 55 40

E [administratie@sp.nl](mailto:administratie@sp.nl)

Redactieadres

Snouckaertlaan 70

3811 MB Amersfoort

T (088) 243 55 35

E [spanning@sp.nl](mailto:spanning@sp.nl)

Redactie

Tijmen Lucie

Sandra Beckerman

Herman Beekers

David Hollanders

Tekstredactie

Daniël de Jongh

Beeldredactie

Nynke Vissia

Redactieraad

Tiny Kox

Ronald van Raak

Hans van Heijningen

Basisontwerp

Thonik en BENG.biz

Vormgeving

Robert de Klerk

Gonnie Sluijs

Illustratie cover

Nynke Vissia

**DE SP ZET ZICH IN VOOR MENSELIJKE WAARDIGHEID, GELIJKWAARDIGHEID EN SOLIDARITEIT**



Tenzij anders vermeld, is op de inhoud van deze publicatie de Creative Commons Naamsvermelding-Niet Commercieel-Geen Afgeleide Werken 3.0 Nederland licentie van toepassing. [creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/nl](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/nl)



# NATIONAAL ZORGFONDS IS DRIE KEER BETER

Tekst: Renske Leijten Illustratie Len Munnik© Foto's: Nynke Vissia

Dit jaar viert ons zorgstelsel zijn 10-jarig bestaan en velen zullen zich afvragen of dit reden is voor een feestje. Zeker is dat de minister en de zorgverzekeraars dit jubileum zullen aangrijpen om te vertellen dat dit het beste zorgstelsel is en dat verbeteringen het nog beter zullen maken. Maar zijn de beloften waarmee dit zorgstelsel ingevoerd werd wel waargemaakt? De zorg is niet goedkoper, efficiënter en beter geworden. De prijs van ons stelsel is wel veel te hoog, zowel in financiële zin als vanuit democratisch oogpunt. Want we zijn de zeggenschap kwijt over iets wat van ons allemaal is: de zorg. Daarom stelt de SP een nationaal zorgfonds voor, zonder eigen risico. Daarmee wordt de zorg weer onder democratische controle gebracht, besparen we erg veel geld op bureaucratie, marketing en overhead, en maken we de zorg weer toegankelijk voor iedereen.

## HUIDIG STELSEL

Met de inwerkingtreding van de zorgverzekeringswet veranderde er in één keer heel veel in de zorg. Private zorgverzekeraars kregen de sleutelrol om zorg in te kopen en kwaliteit af te dwingen. De inkoop gebeurt via producten – de zogenaamde diagnose-behandelcombinaties – en de gedachte is dat kwaliteit wordt afgedwongen door concurrentie. Is

het bij de ene zorgaanbieder niet goed genoeg, dan lopen de zorgverzekeraars naar een ander. De verzekeraar zou op deze manier optimaal resultaat bereiken voor zijn verzekerden: goede zorg voor een zo laag mogelijke prijs. En de verzekerde zou die verzekeraar belonen door bij de verzekeraar te blijven. Sinds de invoering en de stelselmatige verhogingen van het eigen risico hebben we de introductie

gezien van de budgetpolis: een polis waarbij de zorgverzekeraar slechts een beperkt aantal contracten sluit, zodat de verzekerde niet meer naar het ziekenhuis of arts van zijn of haar keuze kan.

Uiteindelijk is het de zorgverzekeraar die beslist. Krijgt iemand wel of niet de medicatie vergoed, krijgt iemand wel of niet het gewenste hulpmiddel of incontinentiemateriaal? Blijft een

apotheek of spoedeisende hulp open? Krijgt een ziekenhuis wel of geen contract voor bepaalde specialismen?

Onze zorg zucht onder de bureaucratie die voortkomt uit het inkopen zoals dat nu werkt. Elk ziekenhuis en iedere praktijk moet contracten sluiten met meerdere verzekeraars. Die hebben allemaal andere voorwaarden en verschillen vaak per polis. De administratie die dit met zich meebrengt is zeer groot. De overhead van de Nederlandse ziekenhuizen is 4 procent hoger dan bij ziekenhuizen in Canada en het Verenigd Koninkrijk. Dat komt grotendeels door deze inkoop, onderhandelingen vooraf en de verantwoording van die inkoop achteraf.

Ook huisartsen zuchten onder de bureaucratie. Vorig jaar werd binnen een paar weken tijd bijkans de hele beroepsgroep hiertegen gemobiliseerd via Het Roer Moet Om. Ze dwongen veranderingen af, maar nog steeds is het zo dat de zorgverzekeraar beslist.

Zorgverzekeraars hebben in de afgelopen jaren veel winst gemaakt, of zoals minister Schippers het noemt 'positief resultaat' geboekt. Over 2014 was dat 1,9 miljard en in de jaren daarvoor 1,4 miljard. De verwachting is dat de winst over 2015 weliswaar lager zal uitvallen, maar de gedachte dat zorgverzekeraars alles zouden doen voor een lage premie, blijkt niet te kloppen. Zij bouwden in tien jaar tijd een reserve op van meer dan 10 miljard. Dit geld is ingelegd door de premiebetalers: alle burgers van 18 jaar en ouder. Zorgverzekeraars hebben gelijk wanneer ze stellen dat reserves verplicht zijn in verband met regels voor de financiële sector. Toch weten we dat de reserves te hoog zijn, veel hoger dan wat vereist is.

Zogenaamd heeft de patiënt in het Nederlandse zorgstelsel keuzevrijheid. Maar die behelst niet de vrije keuze van arts of ziekenhuis; deze staat meer en meer onder druk. In het huidige stelsel staat de vrijheid van keuze van een zorgverzekeraar centraal. Ieder jaar mag een verzekerde overstappen en dat kunnen we merken. Zorgverzekeraars en inmiddels ook de vergelijkers van zorgverzekeraars adverteren erop los. Een overgestapte verzekerde



**Cobie Groenendijk - Psychiater bij het NPI & in de vrijgevestigde praktijk in Amsterdam**

Voor mij als zorgverlener is de marktwerking in de zorg een kwelling. De cultuur van wantrouwen met bijkomende excessieve controle-bureaucratie richting zorgverleners is geestdodend en zet de intrinsieke motivatie ernstig onder druk. Patiënten lijden onder het vercommercialiseren van de zorg doordat deze neoliberale regering mensen die gebruik moeten maken van zorg wegzet als een "schadelast". Zo'n regering is schadelijk voor onze gezondheid en welzijn. Nederland heeft niet minder maar meer solidariteit en verbinding nodig, juist in de zorg, juist in tijden van crisis en kwetsbaarheid.

**Jaap van den Heuvel - directievoorzitter Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk)**

Marktwerking heeft de zorg niet goedkoper, beter of toegankelijker gemaakt. We kunnen dus stoppen met die onoverzichtelijke zorgpolissen, het eigen risico en onbegrijpelijke facturen. Laat zorgverleners vooral goed samenwerken en de juiste zorg op de juiste plek leveren. Daar wordt de patiënt echt beter van.

**Jan van Dijk - traumachirurg in Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede)**

Het idee van een publieke basisverzekering maakt in één klap duidelijk, dat er wél een alternatief is voor de niet te controleren marktwerking in de zorg. We moeten als Nederlandse burgers ervoor opkomen, dat de zorg zo snel mogelijk van de private markt wordt gehaald, en dat we de zorg gewoon weer in de publieke sfeer gaan aanbieden. Daarmee keert de rust en de zekerheid terug in de samenleving, dat als het nodig is, dat dan ook zinnige en zuinige zorg beschikbaar is voor iedereen.



kost ongeveer 150 euro aan marketing, dat kan provisie zijn of reclamekosten. De kosten om mensen te overtuigen van een merk worden natuurlijk niet alleen in de overstap-tijd gemaakt, juist ook buiten die periode probeert een verzekeraar zijn klanten te binden en zijn naamsbekendheid te vergroten. Met sponsoring, met mooie acties, met promotiemateriaal. De totale kosten van klantenbinding en klantenwerving bedragen naar schatting van de Consumentenbond ongeveer 450 miljoen per jaar.

Overstappen doen de meeste mensen niet. Voor 2016 stapte maar 5,2% over naar een andere verzekeraar. Sinds de invoering van het zorgstelsel is twee derde nog nooit overgestapt. Verschillende partijen in de Tweede Kamer en de minister willen nu een stimuleringscampagne beginnen om mensen te laten overstappen. Wij stellen een heel andere overstap voor: naar één nationaal zorgfonds.



1 mei 2016, Amsterdam. Henk van Gerven (l) in gesprek over het nationaal zorgfonds.

## NATIONAAL ZORGFONDS

De SP wil de basisverzekering in zijn geheel overhevelen naar een nationaal zorgfonds. Dat zorgfonds neemt de uitvoering van de basisverzekering over van de zorgverzekeraars. De inkoop van zorg zal plaatsvinden op basis van samenwerking in de regio en op basis van de geraamde behoefte. De burger die zorg nodig heeft, mag zelf bepalen waar hij of zij zich laat behandelen. Uiteraard wordt goed gekeken welke zorg op welke plek met goede kwaliteit kan worden gegeven. Het is altijd zo geweest dat topklinische behandelingen niet in elk ziekenhuis kunnen worden gedaan. De verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen gaat gewoon door. Het nationaal zorgfonds maakt geen onderscheid tussen hoge en lage inkomens in het verzekerde pakket. Het is dus niet mogelijk om voorrang te kopen als er wachttijden zijn. Wachttijden kunnen alleen ontstaan door een tekort aan artsen, niet

doordat er tekort is aan ingekochte zorg.

Met een nationaal zorgfonds komt er één inkooporganisatie in plaats van negen zorgverzekeraars. Ook vervalt het verschil tussen polissen. Dit scheelt enorm veel bureaucratie. Een werkgroep van het ministerie van Financiën schatte de kosten daarvan op 800 miljoen in 2010.

Doordat iedereen voor de basisverzekering bij ziekte een beroep doet op één fonds, is het overstapcircus verleden tijd.

Met een nationaal zorgfonds is het niet meer nodig dat er winst wordt gemaakt om de reservepositie te verbeteren. Het fonds zal namelijk niet onder de Europese financiële regels vallen. De premie die overblijft, kan worden teruggegeven aan de burgers of worden geïnvesteerd in initiatieven die voor de midden en lange termijn zorgkosten besparen. Het geld dat we besparen door via één



### Alan Ralston, psychiater bij GGZ Dijk en Duin/Parnassia Groep in Castricum

Het huidige concurrentiemodel benadeelt sommige patiëntengroepen wederom vanwege financiële redenen. De groep die ik behandel, mensen met ernstige en complexe psychiatrische problemen, is voor de verzekeraar niet aantrekkelijk, en dit vertaalt zich onherroepelijk naar de kwaliteit van zorg. Kortom, dit model kan niet voldoen aan de publieke taak die de zorg gegeven is. De publieke basisverzekering zet de zorg weer op de juiste plaats.

### Lewi Vogelpoel - radioloog in het Waterland Ziekenhuis (Purmerend)

Gezien het gewenste sociale en solidaire karakter van de zorg is goed samenwerken meer in belang van de patiënt dan concurreren. Het is niet verstandig om een private, financiële instelling op alle stoelen van de zorg te laten zitten. Een private zorgverzekeraar voegt niets toe aan wat de NZa, de Inspectie en het ministerie samen al konden. Alle zaken, die zelf niet essentieel zijn voor het leveren van de zorg, vallen bij een beperkt budget en met gezond verstand als eerste onder het kopje verspilling.

### Hannie van Leeuwen – “Moeder van het CDA”

Alleen met een publieke basisverzekering én solidariteit, een eerlijke verdeling van de lasten, kan het zorgstelsel overeind worden gehouden en ontvangt iedere Nederlander dezelfde zorg.

### Paul de Beer – wetenschappelijk directeur van het Wetenschappelijk Bureau voor de Vakbeweging

De kosten van de zorg worden niet noemenswaardig beperkt door deze te verschuiven naar het individu, en dus wordt ook de betaalbaarheid van het stelsel er niet door vergroot.

nationaal zorgfonds de zorgmiddelen te verdelen, zetten we in voor het afschaffen van het eigen risico.

## ZONDER EIGEN RISICO

De toegang tot gezondheidszorg is een basisrecht en mag nooit afhankelijk zijn van iemands financiële situatie. Waarschijnlijk zijn er maar weinig mensen in Nederland die deze stelling zullen betwisten. Toch hebben we inmiddels een eigen risico van 385 euro voor de zorg. Meer dan zes miljoen mensen betalen jaarlijks 385 euro extra premie, simpelweg omdat ze ziek zijn of zijn geworden. Hiermee wordt de premie voor gezonde mensen laag gehouden. Sterker nog: mensen die het zich kunnen veroorloven om een extra hoog eigen risico te nemen, krijgen een lagere premie. Dit wordt uiteindelijk betaald door diegenen die dat risico niet kunnen dragen. Zorgverzekeraars geven al jaren aan dat de grens van het eigen risico bereikt is. Zij sloten met meer dan 800.000 mensen betalingsregelingen voor het betalen van het eigen risico.

De gedachte dat het goed is dat mensen even nadenken voordat ze naar de dokter gaan, gaat in ons gezondheidsstelsel niet op. De huisarts is bewust uitgezonderd van het eigen risico om te voorkomen dat mensen met klachten niet naar de huisarts gaan. Het is – met uitzondering van acute zorg – in ons zorgstelsel niet mogelijk zonder verwijzing in de specialistische zorg terecht te komen, of dat nu lichamelijke of geestelijke zorg betreft. De huisarts heeft dus de verwijzende functie en dáár vindt de beoordeling plaats of iemand verwezen wordt. Remgeld (eigen risico, eigen bijdragen) heffen bij de patiënt slaat dus nergens op; de huisarts remt. Wanneer blijkt dat een huisarts wel erg veel en onnodig doorverwijst, dan moet dáár actie op worden ondernomen.

De gevolgen van het eigen risico worden door minister Schippers bewust niet in kaart gebracht, maar wie zijn oren te luisteren legt bij huisartsen en apothekers hoort dat zij vaak zien dat mensen zich niet laten doorverwijzen naar het ziekenhuis voor noodzakelijk onderzoek, of dat noodzakelijke medicatie niet wordt

opgehaald. We weten dat 1 op de 5 Nederlanders wel eens zorg mijdt om financiële redenen. Te laat zorg krijgen kan letterlijk dodelijk zijn. Maar ook kunnen kosten oplopen, omdat de behandeling intensiever is in een later stadium van een ziekte dan bij vroegtijdig ingrijpen. Het remgeld pakt dus volkomen verkeerd uit.

Goede zorg wordt verleend door goed opgeleid personeel en door een stelsel dat uitgaat van samenwerking en samenhang, niet door een stelsel dat uitgaat van marktwerking en concurrentie. Bij samenwerking en samenhang is informatie delen en fouten erkennen en analyseren gemakkelijker dan bij concurrentie. Het is niet nodig dat zaken wegens dreigende imago-schade onder de pet worden gehouden; dat medische missers worden weggemoffeld omdat het ziekenhuis zijn naam niet beschadigd wil zien. In een stelsel waarbij de inhoud en zorgbehoefte voorop staan, zal geen selectie plaatsvinden op winstgevend of verliesgevend patiënten, en hoeft ook geen productie gedraaid te worden ook al is de behandeling schadelijk voor de patiënt.

Met een nationaal zorgfonds wordt het mogelijk om met elkaar te beslissen welke investeringen in de samenleving nodig zijn om zorgkosten op de midden en langere termijn te voorkomen via preventie. Nu zien we dat zorgverzekeraars niet of nauwelijks investeren in de gezondheid van de samenleving of hun verzekerden op midden en langere termijn. Want het is zeer wel mogelijk dat de preventieve investeringen die een verzekeraar doet in zijn 'klanten' uiteindelijk ten goede komen aan een andere verzekeraar.

Goede en toegankelijke zorg, dat is een wens van iedereen. Met het voorstel om te komen tot een nationaal zorgfonds, zonder eigen risico slaan we drie klappen ineen: het zorgstelsel wordt weer onder democratische controle gebracht, we besparen enorm veel kosten op bureaucratie en concurrentie en we maken de zorg weer toegankelijk door geen remgeld meer te vragen aan hen die ziek worden of ziek zijn.



### **Koen Caminada – hoogleraar Empirische analyse van sociale en fiscale regelgeving aan de Universiteit Leiden**

Een verschuiving van publieke naar private bijdragen leidt per saldo tot hogere zorgkosten (meer vraaggestuurd zoals in de VS) en zet de inkomenssolidariteit onder druk.

### **Agnes Kant – Directeur van het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb**

Het is helemaal niet leuk om achteraf gelijk te krijgen. Want dat betekent dat op het beslissende moment de politiek niet geluisterd heeft naar je argumenten. Zo hebben we helaas gelijk dat de zorg juist duurder zou worden door het nieuwe stelsel. En dat concurrentie zou gaan leiden tot afnemende bereidheid tot samenwerking. En dat laatste is toch juist echt niet wat je wilt in de zorg.

### **Sweder van Wijnbergen - hoogleraar Economie aan de Universiteit van Amsterdam:**

Alle verbeteringen en innovaties in de zorg hebben ons gemiddeld tien extra gezonde levensjaren opgeleverd. Dat is wat mensen willen; ze zijn bereid daar veel geld voor te betalen. De stijging van zorgkosten heeft een geweldig rendement.

### **Sineke ten Horn – was bijzonder hoogleraar zorgmanagement in de psychiatrie**

De zogenoemde remkracht van het verplichte eigen risico is vrijwel nul-komma-nul en is wel erg duur, vooral voor burgers met een smalle beurs. Verplicht individueel eigen risico hoort niet in een solidaire, duurzame samenleving. De tweedeling in de zorg is erdoor vergroot.

## MAG HET EN KAN HET?

Bij veel vraagstukken omtrent de ordening van onze samenleving zijn er Europese regels die de richting dicteren. De interne Europese markt legt vele regels voor concurrentie en eigendomsbescherming op. Als het gaat over de inrichting van de gezondheidszorg, is het duidelijk dat de Europese lidstaten hun eigen autonomie hebben. De één betaalt de gezondheidszorg voornamelijk via belastingen, de ander via premiegelden, zoals in Nederland. In de ene lidstaat zijn ziekenhuizen private bedrijven, in de andere staatseigendom. In de ene lidstaat worden bepaalde medicijnen wel vergoed, in de andere niet. Ons land heeft een hybride stelsel, waarbij de zorgverzekeraars als private partijen een publieke taak uitvoeren. Daardoor vallen ze onder de financiële sector en de daarbij horende Europese regelgeving.

Hoe lidstaten de gezondheidszorg vormgeven en hoe ze omgaan met zaken als toegankelijkheid, bijbetalingen en het reguleren van aanbieders, is dus een nationale aangelegenheid. Voor het nationaal zorgfonds zal een wetswijziging nodig zijn om de uitvoering van het basispakket in handen te leggen van het zorgfonds. Er is geen Europese regelgeving die dat belemmert. Die regels kijken naar verstoring van concurrentie en naar grensoverschrijdende belangen van organisaties die diensten aanbieden. De Nederlandse zorgverzekeringsmarkt functioneert niet; er is feitelijk een oligopolie ontstaan van vier grote zorgverzekeraars die 90% van de markt beheersen en er zijn geen toetreders geweest in de afgelopen 10 jaar. Een grensoverschrijdend belang is niet voor de hand liggend, omdat de

## MINISTER SCHIPPERS BIJ DE BEHANDELING VAN DE BEGROTING VOOR VWS IN 2015:

'Je kunt ook naar een heel ander systeem. De SP doet daar een voorstel voor. Ik ben niet voor het voorstel van de SP. Ik ben ervan overtuigd dat de uitkomsten van dat systeem minder zijn, zowel in geld als in kwaliteit. We zien dat ook in andere landen, als we kijken naar het oude ziekenfondssysteem. Maar het is wel een rondlopend systeem.'

regels over zorgvergoedingen bij de landsgrenzen wijzigen. Onze basisverzekering is niet te vergelijken met het Belgische of Duitse stelsel. Daarbij komt het feit dat geen enkele buitenlandse zorgverzekering onze markt als de hare heeft.

Het Centraal Planbureau heeft een scenario bekeken waarin uitgegaan wordt van het nationaliseren van de zorgverzekeraars. Dat kost erg veel geld. Bij het verplaatsen van de uitvoering van de basisverzekering speelt dit niet. Het zou logisch zijn als de zorgverzekeraars vrijwillig opgaan in het nieuwe fonds, op die manier blijft kennis behouden en hoeft niet alles opnieuw te worden opgebouwd. Dit is echter wel een vrije keuze. Doen ze het niet dan blijven ze met hun infrastructuur zitten. In de afgelopen tijd zijn er meerdere voorbeelden van werkzaamheden geweest die uitgevoerd werden door private organisaties die zijn omgebouwd tot overheidsorganisaties. De bekendste is het Centraal Administratie Kantoor dat de eigen bijdrage voor de thuiszorg en langdurige zorg int.

Maar ook het bedrijf dat de dbc's/dots bijhield, DBC-onderhoud, is ondergebracht bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Minister Schippers vond het een overheidstaak en zorgde ervoor dat het dat werd.

Met het basispakket is meer dan 45 miljard gemoeid. Het afschaffen van het eigen risico (dat voor veel mensen een te hoge prijs voor gezondheidszorg is) kost 3,2 miljard. Dit verdienen wij op drie manieren terug.

1. Door de overhead die zorgverzekeraars hebben te concentreren in één zorgfonds, wordt er 800 miljoen bespaard. Door het vervallen van de reclames, klantenbinding en klantenwerving vervalt nog eens ongeveer 450 miljoen. De winst die zorgverzekeraars maken, komt niet meer toe aan de vermogens van private organisaties, maar aan het publiek belang. Hiermee besparen we in totaal 1,5 miljard of meer.
2. Wanneer we de zorg niet meer op basis van wantrouwen maar op basis van vertrouwen organiseren, wordt een hoop bureaucratie overbodig. Met dit 'model regelarm' valt zeker 1,3 miljard te besparen.
3. Tot slot kunnen we de woekerwinsten van de farmaceutische industrie afromen. Wanneer we dat doen, kunnen we 750 miljoen besparen.

In deze optelsom komen we ruim aan het bedrag van 3,2 miljard dat we nodig hebben om het eigen risico af te schaffen. En hierbij is het goed om te weten dat de kosten voor de baten uitgaan. Investeren in gezondheidszorg levert veel op: directe werkgelegenheid maar ook een gezondere samenleving. Een gezondere samenleving is productiever en goedkoper. We weten bijvoorbeeld dat psychische ziekten ons ongeveer 2 miljard aan ziekteverzuim kosten. Verminderde toegankelijke gezondheidszorg betekent roofofbouw plegen op een samenleving, waardoor de kosten op de midden en langere termijn zullen toenemen. Denk bijvoorbeeld aan mantelzorgers die onnodig uit het arbeidsproces vallen. Verminderde toegankelijke gezondheidszorg maakt de tweedeling scherper zichtbaar, omdat ziekte en armoede elkaar negatief beïnvloeden. En juist hier willen we een einde aan maken.

**'In deze optelsom komen we ruim aan het bedrag van 3,2 miljard dat we nodig hebben om het eigen risico af te schaffen'**



# SCHOUDER AAN SCHOUDER

Tekst: Rob Janssen Foto's: Archief SP

Sinds de introductie van marktwerking in de zorg voert de SP op uiteenlopende manieren actie tegen de negatieve gevolgen. Vaak blijkt dat de mensen die in de zorg werken daarbij prima bondgenoten zijn. Van thuiszorgmedewerkers tot specialisten; de bereidheid om samen in het geweer te komen is groot. Een kleine greep uit de talloze initiatieven en acties.

## VANAF HET BEGIN

De actiegroep 'Zorg Geen Markt' was een initiatief van Agnes Kant in 2004 en bood vanaf de eerste tekenen van marktwerking in de zorg tegenwicht. Binnen een paar jaar had de actiegroep een aanhang van 13.000 zorgwerkers, van psychotherapeuten

tot thuiszorgers. Vanaf het begin was het aandachtsterrein breed: van de ouderenzorg, de thuiszorg, de ziekenhuizen, de eerstelijnszorg (huisartsen, fysiotherapeuten e.d.) tot de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de farmaceuti-

sche zorg. De activiteiten varieerden van manifestaties, landelijke en lokale acties, tot symposia, rapporten en boeken. In 2005 verscheen het rapport 'De zorg is geen markt – Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende





Foto pagina links grote demonstratie Red de Zorg, september 2015 in Amsterdam



Boven: Actie voor behoud ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum, 19 februari 2015

onder: Comité 'Zorg voor iedereen' protesteert tegen sluiting en uitkleden van ziekenhuizen, Den Haag 13 december 2001. Agnes Kant staat de pers te woord.

perspectieven' met bijdragen van onder meer Sweder van Wijnbergen, Doeke Post, Winfried de Gooijer en Marian Verkerk.

### GROEIENDE TWEDELING

Nog voordat 'Zorg Geen Markt' werd opgericht verenigden zich honderden mensen uit de gezondheidszorg in het actiecomité Zorg voor iedereen, dat de strijd aanbod met 'de groeiende tweedeling in de gezondheidszorg'. Het actiecomité werd opgericht door (huis)artsen, apothekers, fysiothera-

peuten, verpleegkundigen en andere zorgverleners. De SP trok door de jaren heen samen op met het actiecomité.

### GESCHROKKEN

Dreigende introductie van marktwerking in de ambulancezorg werd afgelopen februari voorlopig afgewend door ambulancemedewerkers en de SP. Samen presenteerden ze de petitie 'Ambulance te koop?' aan de politiek. De SP had daartoe bijna 1000 ambulancemedewerkers gevraagd

naar hun visie op de toekomst. Geschrokken stelde minister Schippers de invoering van marktwerking via aanbestedingen tot 2020 uit.

### BUREAUCRATIE EN MACHT

Tallose symposia vonden door de jaren heen en door heel Nederland plaats over uiteenlopende zorgonderwerpen. Zoals bureaucratie en de macht van de zorgverzekeraars; zo'n beetje de grootste ergernissen van hen die werken in de zorg. Daarover ging bijvoorbeeld het Symposium

Publieke Zorg dat vorig jaar september in Den Haag plaatsvond, met medewerking van zorgdeskundigen uit diverse hoeken.

### HET ROER MOET OM!

Ruim 11.000 huisartsen ondertekenden vorig jaar het 'Manifest van de Bezorgde Huisarts', een initiatief van de huisartsen-actiegroep 'Het Roer Moet Om'. De huisartsen hadden succes, want ze bereikten afgelopen najaar een akkoord met de zorgverzekeraars en de patiënten. Huisartsen krijgen een meer gelijkwaardige onderhandelingspositie tegenover de zorgverzekeraars. Overbodige bureaucratische procedures worden afgeschaft. En er komt een andere, minder belastende en tijdrovende manier om de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten. De huisartsenorganisaties gaan nu een nieuw kwaliteitssysteem bedenken met vooral veel aandacht voor de patiëntenzorg.

De SP ondersteunde Het Roer Moet Om vanaf het begin.

### 800.000

1 miljoen mensen ondertekenden vorig jaar de petitie 'Red de Zorg', een initiatief van de vakbonden dat door uiteenlopende maatschappelijke organisaties werd ondersteund. Zoals de Landelijke Cliëntenraden en de Katholieke Ouderenbond. Bovendien hadden de lokale SP-afdelingen een aanzienlijk aandeel in het bijeenbrengen van de handtekeningen. Op 12 september vond in Amsterdam een grote manifestatie plaats waar 15.000 mensen aan meededen.

### FYSIOTHERAPIE

97 procent van de fysiotherapeuten vindt dat er te veel verslag moet worden gelegd van hun werkzaamheden. Dat blijkt uit onderzoek van het comité Zorg Geen Markt en actiecomité Fysiotherapie in Nood. Het rapport 'Alarmfase rood: fysiotherapie in nood', waarvoor 2100 fysiotherapeuten zijn ondervraagd, laat een afschrikwekkend beeld van de markt zien.

De fysiotherapeuten hebben vooral moeite met de macht van de zorgverzekeraars. Zo hebben ze te maken met meer dan duizend verschillende tarieven, wat veel papieren rompslomp veroorzaakt. Slechts 11 procent vindt



Grote opkomst bij manifestatie Stop Uitverkoop Thuiszorg, Den Haag 2007.

de ingevoerde marktwerking via de Zorgverzekeringswet een goed idee. Ook maken de fysiotherapeuten zich zorgen over de toegankelijkheid. Meer dan twee derde van de geboden zorg zit niet meer in het basispakket.

### DYNAMIEK

Bijna tien jaar lang voert de SP al actie voor goede thuiszorg. Uiteraard samen met duizenden zorgwerkers en veelal samen met de vakbonden. In 2007 startte de SP de actie 'Stop Uitverkoop Thuiszorg', die door diverse bonden en ouderenbond ANBO werd ondersteund. Talloze manifestaties, demonstraties en andere activiteiten volgden. Begin dit jaar ging er een golf van lokale acties door het land. Het excès in Bronckhorst – waarbij actievoerders gearresteerd werden – zorgde ervoor, dat de thuiszorgproblematiek een landelijke dynamiek kreeg. Met resultaat, want vervolgens besloten tal van gemeenten in zee te gaan met Buurtzorg of andere aanbieders. Concreet: ruim de helft van de 12.000 TSN-thuiszorgmedewerkers kunnen aan de slag blijven.

### VOLWAARDIG STREEKZIEKENHUIS

Het behoud van een volwaardig streekziekenhuis was en is inzet van acties door het hele land. In middelgrote steden als Hengelo, Roosendaal en Vlissingen dreigden de ziekenhuizen door bezuinigingen en fusies belangrijke afdelingen en specialisten kwijt te raken. Een actie tegen de sluiting van de afdeling acute verloskunde in ziekenhuis De Sionsberg in het Friese Dokkum werd ondersteund door voormalige inspecteurs van gezondheidszorg en oud-huisartsen.

### 'DE ZORG IS VAN ONS'

De zorg kan beter en betaalbaarder, en we kunnen af van de macht van de zorgverzekeraars. Dat laat de SP zien in het plan 'De zorg is van ons'. Het bevat voorstellen voor het afschaffen van de zorgverzekeraars, het invoeren van een publieke basisverzekering, het afschaffen van het eigen risico, een gemeentelijk basispakket dat het recht op (thuis)zorg garandeert en een inkomensafhankelijke zorgpremie. Het Centraal Planbureau (CPB) rekende de plannen door en kwam tot de conclusie dat in het SP-plan 7 van de 10 gezinnen goedkoper uit zijn.

# ‘ALS JE EEN GROOT EFFECT WILT BEREIKEN, MOET JE ECHT IETS AAN HET ROKEN DOEN’

Tekst: Tijmen Lucie Foto: Edgaras / flickr CC



De verschillen in Nederland tussen hoog- en laagopgeleiden in levensverwachting zijn groot: ruim zeven jaar bij mannen en ruim zes jaar bij vrouwen. Daarbij leven hoogopgeleide mannen en vrouwen respectievelijk 14,3 en 15,3 jaar langer zonder beperkingen. Volgens professor Maatschappelijke Gezondheidszorg Johan Mackenbach ligt een van de belangrijkste oorzaken voor deze verschillen in het rookgedrag. Hij maakt zich ook zorgen over de steeds verdere verhoging van het eigen risico, waardoor de toegang tot zorg voor mensen met een laag inkomen onder druk komt te staan.

› Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken geweest voor de aanvallende verkleining van de sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden in de twintigste eeuw in Nederland? ‘Om te beginnen is het belangrijk vast te stellen dat we daar geen goede

cijfers over hebben voor Nederland. Betere gegevens zijn beschikbaar voor Engeland, waar je misschien wel enige parallellen mee kunt trekken. Als je naar de Engelse gegevens kijkt voor de ontwikkeling van de sterftcijfers vanaf het begin van de twintigste eeuw, dan zie je dat de sociaal-econo-

mische sterfteverschillen geleidelijk aan kleiner worden, hun laagste niveau bereiken in de jaren vijftig en zestig en daarna weer oplopen. Waarom die vernauwing van de verschillen in de jaren vijftig en zestig heeft plaatsgevonden is niet helemaal duidelijk, omdat we onvoldoende gedetailleerde gegevens hebben over die periode en omdat niet precies te achterhalen valt wat toen de risicofactoren voor sterfte waren. Maar het ligt erg voor de hand om die vernauwing in verband te brengen met de verkleining van de inkomensverschillen en de verhoging van het welvaartsniveau voor mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Ook maatregelen ter verbetering van huisvesting en arbeidsomstandigheden voor deze groep en de invoering van effectieve behandelingen in de gezondheidszorg die ook toegankelijk werd gemaakt voor mensen met een laag inkomen, droegen bij aan het verkleinen van de verschillen. In Engeland dankzij de National Health Service en in Nederland dankzij het ziekenfonds.’

› U stelt in een artikel in *Socialisme & Democratie* in 2006 dat na de komst van de uitgebreidere, moderne verzorgingsstaat vanaf 1950 de sociaal-economische sterfteverschillen niet zijn afgenomen. Hoe zit dat precies?

‘Die sterfteverschillen waren het kleinst in de jaren vijftig en zestig en zijn daarna weer wijder geworden. Het vreemde is dat die verschillen juist wijder zijn geworden in de tijd dat we de verzorgingsstaat aan het perfectioneren waren. De verklaring voor die verwijding vanaf de jaren zeventig hangt sterk samen met de vorderingen in preventie en behandeling van hart- en vaatziekten die vooral ten goede zijn gekomen aan mensen met

een hoge opleiding en een hoog inkomen. Om deze ziekten te voorkomen moest je stoppen met roken, meer gaan bewegen en je voedingsgewoonten aanpassen. Die veranderingen in gedrag hebben eerder plaatsgevonden bij mensen met een hogere opleiding en een hoger inkomen, omdat ze eerder wisten van deze nieuwe inzichten en minder belemmeringen ondervonden bij het aanpassen van hun gedrag.'

› **Geldt dat ook voor de verschillen in ongezonde levensjaren?**

'Ja, het ligt erg voor de hand dat die verschillen vanaf de jaren zeventig eveneens zijn toegenomen. De ongezonde levensverwachting wordt door veel meer ziekten bepaald dan hart- en vaatziekten alleen, en voor veel van die ziekten geldt dat de verschillen waarschijnlijk zijn toegenomen. Dat geldt bijvoorbeeld voor suikerziekte, een ziekte die samenhangt met overgewicht. Mensen met een lage opleiding zijn veel vaker te dik dan mensen met een hoge opleiding en hebben daardoor veel vaker suikerziekte.'

› **U zegt dat mensen met een hoge opleiding minder belemmeringen ondervinden bij het aanpassen van hun gedrag. Kunt u dit verder toelichten?**

'Je moet niet alleen maar weten van de schadelijke effecten van roken, of van het gebruik van verzadigde vetten. Je moet ook je eigen gedrag kunnen aanpassen en in je omgeving mensen hebben die je gedragsverandering ondersteunen. Voor een aantal gedragsveranderingen heb je ook financiële middelen nodig. Om gezond te eten helpt het zeker dat je niet elk dubbeltje hoeft om te draaien. Voor alle belemmerende factoren geldt dat mensen met een hoge opleiding en een hoger inkomen er minder hinder van ondervinden dan mensen met een lage opleiding en een lager inkomen.'

› **Welke rol heeft de toenemende economische ongelijkheid vanaf de jaren tachtig gespeeld bij het vergroten van de sociaal-economische gezondheidsverschillen?**

'Ik denk dat die rol beperkt is geweest, omdat de verwijding van de sociaal-economische gezondheidsverschillen

al gaande was voordat de verwijding van de inkomensverschillen begon. Al voor het neoliberalisme van Thatcher en Reagan werden de gezondheidsverschillen dus groter. Dat wil overigens niet zeggen dat toenemende economische ongelijkheid helemaal geen invloed heeft gehad op de gezondheidsverschillen. In de Verenigde Staten is de sterfte onder mensen met een lage opleiding en laag inkomen licht gestegen in de afgelopen dertig jaar, wat waarschijnlijk in verband te brengen valt met de meer extreme verwijding van de inkomensverschillen in de VS dan in andere westerse landen.'

› **Speelt omgeving nog een rol bij het vergroten van de sociaal-economische gezondheidsverschillen?**

'De sociale omgeving in elk geval wel. Vmbo-leerlingen roken bijvoorbeeld vaker dan gymnasium-leerlingen. De invloed van de materiële omgeving is in mijn ogen beperkter. Wij hebben zelf veel onderzoek gedaan naar de vraag of de verschillen in voedingsgewoonten of lichaamsbeweging samenhangen met buurtkenmerken. Daaruit bleek dat het aanbod van voedingsmiddelen van een lokale supermarkt, of de beschikbaarheid van goede fiets- en wandelpaden in Nederland niet wezenlijk anders is in armere dan in rijkere buurten, en voor zover die anders is maar weinig bijdraagt aan de sociaal-economische verschillen in voeding of lichaamsbeweging.'

› **Toegang tot gezondheidszorg kan van invloed zijn op sociaal-economische gezondheidsverschillen. In 1994 stelde u op een door de SP georganiseerd symposium over dit thema dat er in Nederland geringe verschillen waren in toegang tot gezondheidszorg. Hoe denkt u daarover na de invoering van het nieuwe zorgstelsel?**

'Ik denk daar nog hetzelfde over, maar wel met enige nuances. In internationale vergelijkingen bevindt Nederland zich nog steeds in de kopgroep van landen met de kleinste verschillen in financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, maar dat is de laatste jaren wel wat verslechterd. Uit onderzoek van het CBS is onlangs naar voren gekomen dat zich in de tandartsenzorg verschillen aan het aftekenen zijn, die waarschijnlijk te

maken hebben met financiële toegankelijkheid. Dat is zorgelijk. Verder zijn er berichten uit de huisartsgeneeskunde, dat mensen hun recepten niet ophalen bij de apotheek omdat ze bang zijn om in de financiële problemen te komen vanwege het eigen risico. Ook daar zal de ongelijkheid in de toegang tot zorg zijn toegenomen, en dat zou zich op termijn kunnen vertalen in toenemende verschillen in gezondheid.'

› **Welke ziektes komen in Nederland verhoudingsgewijs vaker voor bij mensen met een lage sociaal-economische status?**

'Er zijn maar heel weinig internationale vergelijkingen waar Nederland in voorkomt, vanwege het gebrek aan goede gegevens. Wel heb ik in 2014 een artikel in het Tijdschrift voor Geneeskunde gepubliceerd over de sterfteverschillen in Nederland naar opleiding voor verschillende doodsoorzaken. Daarin zie je dat de omvang van die sterfteverschillen over het algemeen gelijk is aan de ons omringende landen. Maar als je vervolgens naar de afzonderlijke aandoeningen kijkt, dan zie je dat longkanker er in Nederland uitspringt als ziekte die grote sociaal-economische verschillen met zich meebrengt. Deze zullen te maken hebben met de grote verschillen in rookgedrag die zich onder de Nederlandse bevolking voordoen.'

› **Heeft dat te maken met de aanpak van Nederland op het gebied van anti-rookbeleid?**

'Of dat hiermee te maken heeft weet ik niet, maar het Nederlandse rookbeleid is lange tijd halfslachtig geweest, waardoor het percentage rokers hoger is dan in landen waar we onszelf graag mee vergelijken.'

› **Vindt u sociaal-economische gezondheidsverschillen onrechtvaardig? Zo ja, waarom?**

'Dat is een moeilijke vraag, omdat je er vanuit verschillende perspectieven naar kunt kijken. Als ze ontstaan door omstandigheden die met onrechtvaardigheid te maken hebben, dan zijn die gezondheidsverschillen naar mijn mening al snel onrechtvaardig. Bijvoorbeeld als mensen ziek worden van hun werk, wat vaker voorkomt bij slecht betaalde beroepen. Of als



**Johan Mackenbach** is hoogleraar Maatschappelijke Gezondheidszorg aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Daarnaast was hij onder meer lid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Gezondheidsraad, en is hij lid van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW). Professor Mackenbach heeft meer dan 500 artikelen (mede) gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften. Daarnaast schreef hij meerdere boeken, waaronder *Ziekte in Nederland* (2010) en *Successen van preventie* (2011).

mensen vanwege hun lage inkomen moeten wonen in wijken waar veel geweld op straat is, waardoor zij een grotere kans op gezondheidsproblemen hebben. Maar er zijn ook oorzaken voor gezondheidsverschillen die minder duidelijk als onrechtvaardig aan te merken zijn. Het is dus een mix.'

› **Hoe komt het volgens u dat de politieke wil om de sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen ontbreekt bij de meeste partijen?**

'De SP is inderdaad de enige partij die het idee van het verkleinen van de sociaal-economische verschillen consequent gesteund heeft. Een ideologische verklaring is dat andere politieke partijen sociale ongelijkheid als zodanig meer acceptabel vinden dan de SP. Een meer praktische verklaring is dat er heel veel nodig is om de sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Om twee voorbeelden te geven. Als je de verschillen in rookgedrag in Nederland zou willen uitbannen, dan moeten we ons veel meer inspannen om laagopgeleide rokers van hun verslaving af te helpen. Dat betekent een verschuiving of uitbreiding van financiële middelen voor hulp-bij-stoppen-met-roken naar deze groep. Voor de gezondheidszorg geldt hetzelfde. Die is weliswaar goed toegankelijk, maar de uitkomsten van zorg zijn duidelijk slechter voor patiënten met een laag inkomen, omdat ze moeilijker te behandelen zijn, vaak

een tweede of derde aandoening hebben en meer moeite hebben om zich aan de gedragsvoorschriften te houden die bij een behandeling horen. Dit zijn allerlei redenen waarom bijvoorbeeld de kansen op overleving van een hartinfarct kleiner zijn bij iemand met een laag inkomen dan bij iemand met een hoog inkomen. Ook als je deze verschillen wilt opheffen, zul je aandacht, inzet en middelen moeten verschuiven naar mensen met een laag inkomen. Die consequentie heeft nog niemand durven trekken.'

› **Welke maatregel zou op korte termijn effectief zijn om die sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen?**

'Als je een groot effect wilt bereiken, moet je echt iets aan het roken doen. Dan moet de accijns drastisch omhoog, in combinatie met een veel actiever aanbod voor stoppen met roken. Ik noem dit voorbeeld, omdat we tegen roken een aantal effectieve maatregelen weten. Roken is bovendien verantwoordelijk voor minimaal een kwart van de sterfteverschillen. Naast roken zijn er natuurlijk vele andere problemen, maar het levert wel de grootste identificeerbare bijdrage aan de verschillen.'

› **Vindt u dat de overheid mag ingrijpen in iemands leefwijze als het gaat om gezondheid?**

'Ja, ik vind dat de overheid onder bepaalde voorwaarden iemands leefwijze mag beïnvloeden. In de

eerste plaats om tegenwicht te bieden tegen negatieve beïnvloeding door industrie en reclame. En in de tweede plaats omdat wij een gezondheidszorg hebben die grotendeels op solidariteitsbasis is georganiseerd, waardoor het in ons aller belang is – ook financieel – om te voorkomen dat er gezondheidsproblemen ontstaan.'

› **Denkt u dat het voorstel van de SP om een nationaal zorgfonds in te voeren en het eigen risico af te schaffen effectief zal zijn om de sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen?**

'Met een volledig publiek gefinancierde gezondheidszorg en door het eigen risico af te schaffen zul je de financiële toegankelijkheid beter maken dan die nu is, maar er zijn nauwelijks aanwijzingen dat het huidige financiersstelsel van de gezondheidszorg in Nederland een oorzaak is van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. De oorzaak van die verschillen ligt voor 90 tot 95 procent buiten de gezondheidszorg. En voor zover die oorzaak binnen de gezondheidszorg ligt, komt dat vooral omdat artsen makkelijker met hoogopgeleide patiënten overweg kunnen dan met laagopgeleide, waardoor de behandeling effectiever is bij de eerste groep. Persoonlijk zou ik zeker kiezen voor een publiek gefinancierd zorgstelsel, maar op basis van mijn wetenschappelijke kennis denk ik niet dat het de sociaal-economische gezondheidsverschillen veel zal verkleinen.'

# RICHARD WILKINSON LEVERDE HET BEWIJS: ONGELIJKHEID IS SLECHT VOOR DE GEZONDHEID

Tekst: Sandra Beckerman Foto: Richard Wilkinson©

**Gelijkheid is beter voor iedereen. Dat is de belangrijkste conclusie uit het spraakmakende boek *The Spirit Level* van de Britse wetenschappers Kate Pickett en Richard Wilkinson. Ongelijkheid is volgens hen slecht voor de gezondheid, zorgt voor meer geweld, meer criminaliteit, meer tienerzwangerschappen, meer obesitas, meer depressies, meer wantrouwen, meer kindersterfte, meer stress en minder sociale mobiliteit. Ongelijkheid is niet alleen slecht voor arm, maar ook voor rijk. *Spanning* sprak met een van de auteurs, Richard Wilkinson, emeritus hoogleraar in de epidemiologie, over zorg en ongelijkheid, over problemen en oplossingen.**

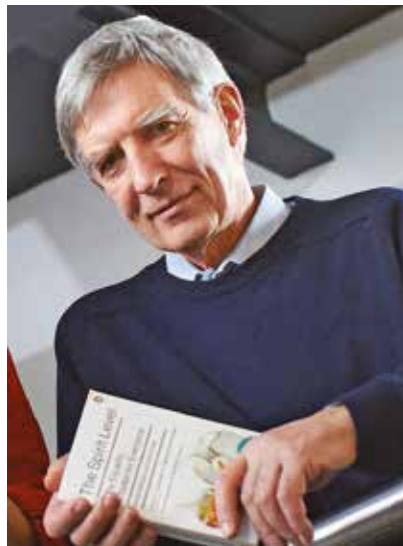
Ongelijkheid is slecht voor je gezondheid, beweren Wilkinson en Pickett. Maar waarom? Hoe kan het dat ongelijkheid, zoals zij stellen, 'onder je huid gaat zitten'? En waarom is ongelijkheid niet alleen slecht voor de gezondheid van armen, maar ook van rijken?

## MENSAPEN EN MARX

Om de invloed van ongelijkheid op de gezondheid te begrijpen, moeten we kijken naar de gevolgen van chronische stress, zegt Wilkinson. 'Ongelijkheid tast onze sociale relaties aan. Slechte relaties zorgen voor stress.' In ongelijke samenlevingen wordt status belangrijker. 'Niemand staat graag voor schut.' Als ons gevoel van eigenwaarde of status wordt aangetast, krijgen we meer stress en stijgt het niveau van het stresshormoon cortisol. Dit hormoon heeft een grote invloed op je lichaam en gezondheid. Zelfs een laag niveau van stress heeft al effect op de sterftecijfers. 'Een lage status doet pijn. Dit wakkert bijvoorbeeld geweld aan. Een samenleving met veel ongelijkheid is gewelddadiger. Dit komt omdat mensen zich vernederd voelen.'

Mensen vertonen sterke psychologische reacties op ongelijkheid. 'We kunnen beter mensapen bestuderen dan Marx,' stelt Wilkinson. Hij doelt erop dat achter de effecten van ongelijkheid sociale processen schuilgaan. Die processen zijn juist bij apen goed te bestuderen.

Wilkinson wijst ook op de epigenetica. Daarmee bedoelt hij te zeggen dat je omgeving je genen niet verandert, maar wel de manier verandert waarop je genen handelen. Omgevingsfactoren zorgen ervoor dat genen 'aan- en uitgezet worden'. Veranderingen in je sociale positie hebben een epigenetisch effect. Volgens Wilkinson is je kindertijd een belangrijke periode, waarin de mogelijkheden ontwikkeld worden om je aan te passen aan de



*The Spirit Level* van Kate Pickett en Richard Wilkinson (hier op de foto) verscheen in 24 landen en er zijn honderdduizenden exemplaren van verkocht. Het boek wordt uitgebreid aangehaald in het rapport 'Hoe ongelijk is Nederland?' van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

wereld om je heen. In een ongelijke, competitieve wereld moet je leren vechten voor jezelf, terwijl je in een gelijke wereld juist moet leren hoe je kunt samenwerken. De omstandigheden in je kindertijd zorgen voor een andere cognitieve en emotionele ontwikkeling. Ongelijkheid zorgt dat andere genen aan- en uitstaan en maakt je een ander mens.

Omdat ongelijke samenlevingen meer gericht zijn op competitie, wat stress in de hand werkt, wordt de gezondheid van zowel rijk als arm aangetast. Dus ook mensen die veel bezitten, hebben een minder goede gezondheid. Gelijke samenlevingen leveren daarentegen minder stress op en zijn beter voor arm én rijk.

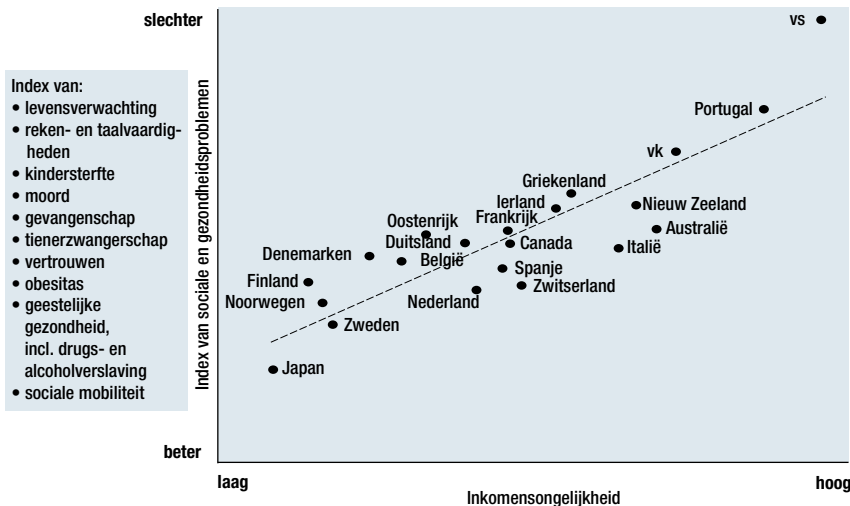
## NEDERLAND EEN MIDDENMOTER?

Nederland is in het boek van Wilkinson en Pickett, dat in 2009 uitkwam, een middenmotor waar het gaat om (on)gelijkheid. De inkomensverschillen zijn niet zo groot als in Engeland, Portugal en de Verenigde Staten, maar ons land is ook niet zo egalitair als Japan, Noorwegen en Zweden. Bij de sociale problemen die het gevolg zijn van ongelijkheid eindigt Nederland eveneens in de middenmoot. Het percentage mensen met een psychische aandoening is niet zo hoog als in de Verenigde Staten en Engeland, maar ook niet zo laag als in Japan. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld het percentage mensen dat illegale drugs gebruikt, of het relatieve aantal moorden, of het relatieve aantal gevangenen. Finland en Japan scoren in alle gevallen beter, de Verenigde Staten en Engeland slechter. De levensverwachting in Nederland ligt lager dan in Japan en Finland, maar hoger dan in de Verenigde Staten en Engeland.

Sinds 2009 lopen de inkomensverschillen in Nederland echter op. Het CPB heeft becijferd dat op de

## SOCIALE EN GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN DE MATE VAN INKOMENSONGELIJKHEID

Een van de vele – sprekende – grafieken uit *The Spirit Level*. Maatschappelijke problemen afgezet tegen de inkomensongelijkheid wereldwijd.



Bron: Wilkinson 2013

middellange termijn de inkomenskloof met 3,2 procent zal toenemen. Landen die grote toenames in inkomensongelijkheid hebben weten te voorkomen, doen het beter dan landen die dat hebben nagelaten, stelt Wilkinson. Ook kleine toenames in inkomensongelijkheid hebben gevolgen. De trend is dat we steeds ouder en gezonder worden. Maar groeiende ongelijkheid remt dat proces af. Ook kleine toenames in inkomensongelijkheid hebben effect. Ze maken het bijvoorbeeld moeilijker om geweld en het gebruik van illegale drugs tegen te gaan, stelt Wilkinson. Daarnaast vertragen ze het proces dat we allemaal steeds ouder en gezonder worden, en het schaadt het welzijn van kinderen.

Nederland is een middenmotor als het gaat om inkomensongelijkheid, maar de vermogens zijn hier veel schever verdeeld. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de rijkste 1 procent meer dan 28 procent van het totale vermogen bezit. We vragen Wilkinson of hij en medeauteur Kate Pickett niet beter naast inkomensongelijkheid, ook naar vermogensongelijkheid hadden kunnen kijken. Hij antwoordt: ‘Landen met een grote vermogensongelijkheid laten een vergelijkbaar beeld zien als landen met een grote inkomensongelijkheid. Er zijn echter weinig data beschikbaar die het

mogelijk maken om landen onderling te vergelijken. Daarom hebben wij er in *The Spirit Level* voor gekozen om te focussen op inkomensongelijkheid.’ Een interessant voorbeeld is volgens Wilkinson Denemarken. Dit land heeft relatief kleine inkomensverschillen, maar voor wat betreft levensverwachting valt Denemarken te vergelijken met een land als de Verenigde Staten, waar de inkomenskloof groot is. Wilkinson begreep niet hoe dit mogelijk was, totdat hij ging kijken naar de vermogensverdeling in Denemarken. Die is zeer scheef en blijkt van grote invloed te zijn op de levensverwachting.

### MASSABEWEGING

Ongelijkheid is niet alleen slecht voor de gezondheid, maar ook voor de economie, zegt de schrijver. ‘Rechts heeft altijd gesteld dat ongelijkheid nodig is voor economische groei. Dat is echter in strijd met de feiten. Het IMF, de OESO en de Wereldbank hebben alle becijferd dat ongelijkheid slecht is voor economische groei.’ Wilkinson legt in *The Spirit Level* en tijdens het interview uit hoe de loonkloof binnen bedrijven in de afgelopen decennia is gegroeid. Verdienenden topbestuurders van de 350 grootste bedrijven in de Verenigde Staten in de jaren 60 en 70 nog 30 tot 40 zoveel als een gemiddelde werknemer, tegenwoordig verdient de

top wel 300 tot 400 keer zoveel. Deze ontwikkeling heeft alles te maken met de verzwakking van de vakbonden, zo betoogt Wilkinson. Hij pleit voor meer gelijkheid door redistributie (herverdeling door belastingen), maar vooral ook door predistributie: het direct aanpakken van de loonverschillen binnen bedrijven.

Om de ongelijkheid te bestrijden is volgens Wilkinson een massabeweging nodig. Die beweging moet ‘de economie democratiseren’. Door een bedrijf te democratiseren verandert het ‘van een eigendom in een gemeenschap’. Daarom moeten we ernaar streven dat de meerderheid van het bestuur van een bedrijf uit werknemers komt te bestaan. Dit heeft een gunstig effect op hoe mensen hun werk beleven, op hoe zij omgaan met stress, en op hun gezondheid.

### ZORGSTELSEL

‘Gezondheidszorg is extreem belangrijk voor de kwaliteit van leven,’ aldus Wilkinson. ‘Ik begon veertig jaar geleden met mijn onderzoek naar gezondheid en ongelijkheid, omdat ik dacht dat iedereen het onacceptabel zou vinden als er grote verschillen in levensverwachting zouden zijn tussen rijk en arm. Ik ben tot de conclusie gekomen dat deze onacceptabele verschillen het gevolg zijn van sociale en economische ongelijkheden die mensen wél accepteren.’ Wilkinson vindt het belangrijk te benadrukken dat de effecten van armoede en werkloosheid groot zijn. ‘Daarom moeten we goede medische zorg hebben. Gratis voor iedereen. Dat biedt de noodzakelijke zekerheid en solidariteit.’ Een solidair zorgstelsel is voor Wilkinson essentieel, maar het is zeker niet het enige waarvoor we moeten vechten. ‘Het is van cruciaal belang dat we een heel andere samenleving opbouwen.’ In zo’n samenleving hoort een zorgstelsel met ‘publieke zorg voor iedereen’. Het beste zorgstelsel is volgens Wilkinson een stelsel dat betaald wordt uit de belastingen en sociale premies. Er moet een systeem komen zonder de optie om niet meer mee te doen. De mensen die het meeste zorg nodig hebben, zijn juist degenen die het vaakst zorg mijden. Wilkinson pleit daarom voor een systeem waarbij niemand uitgesloten wordt.

# DEENS EXPERIMENT MET 'PRIKKELVRIJ' WERKEN IN DE ZORG

Tekst: Follow the Money; bewerking: Tijmen Lucie Illustratie: Nynke Vissia

**Deense zorgverleners klagen al jaren over de perverse financiële prikkels in het Deense zorgstelsel. 'Kan dat niet beter?' vroegen ze. Een aantal ziekenhuisafdelingen mag nu als proef de komende jaren eigen doelen stellen, zonder financiële druk. Een team wetenschappers onderzoekt het effect van dit 'prikkelvrije' werken.**

In Denemarken hebben zorgverleners en patiënten al jaren last van de manier waarop door de overheid ingevoerde financiële prikkels de zorg negatief beïnvloeden. Ze klagen over bureaucratie, administratieve druk, gebrek aan ruimte voor vakmanschap. Ze vinden dat patiënten in het huidige systeem ondergeschikt gemaakt worden aan cijfers en euro's. De Deense zorg is publiek gefinancierd, maar sinds begin jaren 2000 zijn ook elementen van marktwerking ingevoerd. Net als in Nederland is een groot deel van de ziekenhuisinkomsten afhankelijk van prestatiebeloning. Afsproken wordt hoeveel van een bepaald soort behandeling ieder ziekenhuis levert en daar worden de ziekenhuizen naar betaald. En net als in Nederland moeten de Denen daar een nauwkeurige administratie en verantwoording van bijhouden. De Denen gebruiken daarvoor het Diagnosis Related Group (DRG)-systeem voor, dat lijkt op het Nederlandse Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-systeem.

Maar anders dan in Nederland is de Deense overheid niet doof voor de klachten. Het systeem loopt vast, concludeerden bestuurders. Daarom richtte de Deense regering in 2012 een 'Comité voor betere prikkels in de zorg' op. Haar conclusie: er is behoefte aan een nieuw sturingsmodel in de zorg, waarbij financiële prikkels niet langer de enige of

belangrijkste instrumenten zijn om zorginstellingen aan te sturen.

Daarom mogen negen ziekenhuisafdelingen in de regio Mid-Jutland bij wijze van proef drie jaar lang hun eigen doelen stellen, bevrijd van financiële druk en opgelegde productiedoelstellingen. Een team van economen en communicatiewetenschappers onderzoekt wat daarvan de effecten zijn op de zorg en op de financiën. Een van die onderzoekers is bestuurskundige Nina van Loon uit Utrecht, die als enige buitenlander meewerkt aan het Deense experiment.

## VERSTAND VAN MOTIVATIE

'Ik werd benaderd omdat ik verstand heb van motivatie en van de zorg,' vertelt Van Loon, die vorig jaar aan de Universiteit van Utrecht promoveerde met haar proefschrift over motivatie voor de publieke zaak. 'Over het algemeen zie je dat mensen die een motivatie hebben voor de publieke zaak, veel meer betrokken zijn bij hun werk. Zij stoppen er iets meer moeite in en presteren daardoor vaak beter. Dat lijkt te komen doordat die mensen meer oog voor langetermijnprestaties van een organisatie hebben. Aan de andere kant krijgen deze mensen eerder een burn-out en raken ze eerder gefrustreerd als ze vastlopen.'

En dat laatste is precies waar de artsen, verpleegkundigen en ziekenhuismedewerkers in het Deense zorgstelsel tegenaan liepen. Met name door het DRG-systeem. Eigenlijk verschilt dat systeem inhoudelijk niet veel van het Nederlandse DBC-systeem, beaamt Van Loon. Al is het in Denemarken de staat die de doelstellingen bepaalt van zorginstellingen. Dat gebeurt via een systeem van regio's, die met de centrale overheid afspreken hoeveel budget ze krijgen. De regio's bepalen vervolgens net als

de zorgverzekeraars in Nederland hoeveel behandelingen per specialisme bij welk ziekenhuis wordt afgenomen.

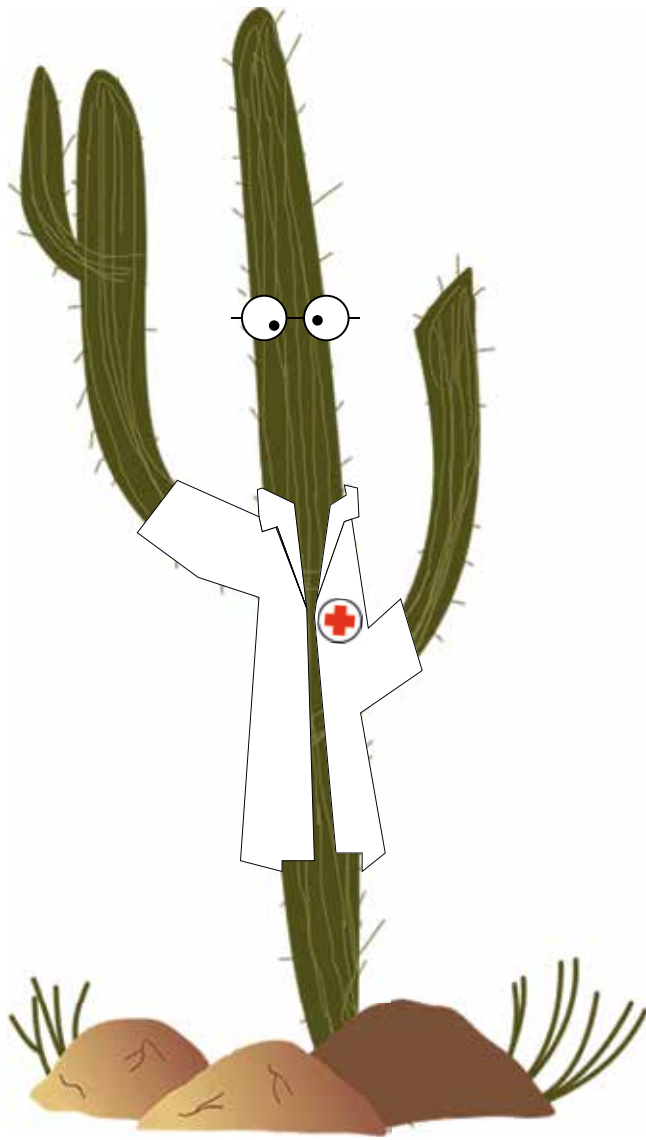
'De patiënten lopen erin vast, maar ook de artsen en verpleegkundigen ontwikkelen er weerstand tegen. Zij hebben het gevoel dat hun professionalisme in de verdrinking komt. Zij hebben jarenlang gestudeerd, jarenlange ervaring, ze weten wat die patiënt nodig heeft en nu vertelt dat systeem ze wat ze moeten doen', aldus Van Loon.

## WEGHALEN FINANCIËLE PRIKKEL

De vraag is dus of het beter kan. Van Loon: 'Hoe stuur je organisaties aan zodat ze betere prestaties leveren? En kunnen we een manier van aansturing baseren op wat de patiënt nodig heeft? Het project heet dan ook 'Nieuwe sturing vanuit de patiënt'. De belangrijkste aanname achter het onderzoek, dat in 2015 startte en tot 2017 loopt, is dat zorgverleners die patiënt beter kunnen bedienen als ze hun eigen doelstellingen bepalen. Dat varieert volgens Van Loon van het verhogen van de patiënttevredenheid tot minder doorligplekken en minder infecties.

'De ervaring is dat wie zelf betrokken is bij het vaststellen van doelen ook meer moeite doet om die doelen te halen en meer bereid is om informatie tot zich te nemen en ervan te leren. De Deense overheid hoopt dat dit ook de reflex van ziekenhuizen wegneemt om, wanneer er een fout is gemaakt, vooral in de verdediging te schieten tegenover de buitenwereld zonder dat er intern iets verandert.'





De negen ziekenhuisafdelingen die meedraaien in het Deense onderzoek worden dan ook zoveel mogelijk vrijgelaten, maar er zijn wel kaders. Van Loon: 'We kunnen ze niet helemaal loslaten, want het gaat om publiek geld en daarom is enige controle toch wel noodzakelijk.' Die controle is financieel gezien nu een budget, gebaseerd op het budget van het voorgaande jaar. Daarnaast dienen ze de drie doelstellingen van de Triple Aim-methode na te streven (goede kwaliteit zorg, patiënttevredenheid en kosten-efficiency). Het financieringssysteem is verder volledig losgelaten. In de proefregio hoeven negen afdelingen van de deelnemende ziekenhuizen zich van het DRG-systeem gedurende drie jaar niets meer aan te trekken. 'Dat was een absolute voorwaarde voor deze proef', licht Van Loon toe. 'Het weghalen van de financiële prikkel om mensen iets

meer zelf te laten nadenken over wat nodig is in de zorg.'

### EIGEN DOELEN KIEZEN

Tot nu toe zijn twee artikelen gepubliceerd over de proef in Denemarken door de betrokken economen. Het meest interessante daarvan, getiteld *Why we need to move beyond diagnosis-related groups and how we might do so*, belicht vooral de nadelen van DRG en soortgelijke systemen. Zoals de neiging om te kiezen voor de 'duurst mogelijke' behandeling, die meespeelt in elk systeem waarin diagnoses en behandelingen in hokjes worden vastgelegd. Dat jaagt de zorgkosten op. Ook remt dit soort systemen mogelijk de kwaliteit van zorg. Het alternatief, zeggen de onderzoekers, is het loskoppelen van prestatie management en financiële prikkels en professionals hun eigen doelen te laten kiezen. Maar of dit ook de

gewenste effecten heeft op de kwaliteit van zorg en de zorgkosten, moet het experiment uitwijzen.

### EERSTE RESULTATEN

In juni komt het onderzoeksteam met de eerste resultaten. Die zullen vooral laten zien hoe de verschillende afdelingen omgaan met hun nieuwe beleidsvrijheid. Uiteindelijk toetst het team onderzoekers de effecten op zoveel mogelijk onderdelen, zoals kosten, kwaliteit van zorg, maar ook het effect op het lerende vermogen binnen de afdelingen en de effecten van de 'prikkelvrijheid' op het omringende zorgsysteem. Van Loon: 'Hoeveel moeilijkheden ervaren ze bijvoorbeeld in samenwerking met andere partijen binnen het zorgstelsel, zoals gemeenten? En wat gebeurt er met het aantal complicaties en heropnames? Neemt die af als de prikkel om mensen zo snel mogelijk te ontslaan verval?'

De hoop van de Deense overheid is dat de proef werkt. Het enthousiasme vanuit de zorgverleners zelf is in ieder geval groot. Zo groot dat drie hartafdelingen uit dezelfde regio zich aanmeldden voor het experiment en vanaf dit jaar ook mee mogen draaien. Van Loon: 'Ook de patiënt en de professionals moeten een stem hebben. Dit is een poging om dat voor elkaar te krijgen.'

### VOORBEELD VOOR NEDERLAND?

Van Loon vindt het lastig om aanbevelingen te doen voor de Nederlandse context, omdat het Deense systeem verschilt van het Nederlandse en de uitkomsten van het onderzoek nog niet bekend zijn. Wel denkt zij dat meer zeggenschap voor artsen in het bepalen van doelen tegenwicht kan bieden aan de macht van de zorgverzekeraars, die nu vaak alleen naar de financiële kant kijken en niet naar de kwaliteit van zorg. Van Loon: 'Wellicht dat een systeem zonder economische prikkels, waarbij de zorgverleners samen met de overheid/zorgverzekeraars doelen opstellen voor betere machtsverhoudingen zorgt. Maar hoe een dergelijk systeem uitpakt is nog onbekend.'

Dit is een verkorte en bewerkte versie van het artikel dat op 31 maart verscheen op Follow the Money: [sp.nl/Z4c](http://sp.nl/Z4c)

# DE NEDERLANDSE ZORG IS EEN LOBBYCRATIE

Tekst: Tijmen Lucie Foto: Marloes Wardenier©

## › Wat heeft jullie doen besluiten om de zorglobby in Nederland te onderzoeken?

Van Ark: 'Follow the Money heeft altijd al een beetje rond dit thema heen gecirkeld. We wilden het nu concreet maken, letterlijk met namen en rugnummers en door inzicht te geven in hoe het krachtenveld in de zorg werkt. Wie zijn de grote spelers en hoe beïnvloeden zij de zorg? Om dit goed te kunnen uitzoeken moet je voldoende tijd en middelen vrijmaken. Daarom hebben we samen met Journalism een grote crowdfundingactie gehouden.'

## › Hoe gaan jullie te werk?

Stevens: 'Af en toe krijg je hele mooie tips, die je verder gaat uitzoeken. Als je geluk hebt komt daar een goed verhaal uit. Verder kijken we als Follow the Money altijd naar hoe de geldstromen lopen, want de zorg in Nederland wordt steeds duurder. Dit jaar geven we er bijna 100 miljard aan uit.'

Van Ark: 'En met een systematische aanpak. We zijn een database aan het aanleggen, waarin we alle sleutelfiguren die invloed uitoefenen binnen de zorg op een rij zetten. Wat zijn hun functies en nevenfuncties, waar ontmoeten ze elkaar? We zullen langere tijd verhalen gaan publiceren over het thema zorglobby. Dit kan de ene keer een netwerkanalyse zijn van de honderd invloedrijkste figuren in de zorg en de andere keer een casus over hoe het beleid beïnvloed wordt door lobbyisten.'

Stevens: 'Soms kan het ook een verhaal zijn over de vraag wie onze zorg zo duur maakt. Dan brengen we een persoon of een bepaalde organisatie in beeld, zoals we laatst hebben gedaan met Sander Spijker, de echtgenoot van minister Schippers.'

## › Wat voor bedragen gaan er in de zorglobby om?

Stevens: 'Dat verschilt enorm. Of je hebt over een farmaceut, of over een adviesbureau in de GGZ.'

Van Ark: 'Je kunt daar inderdaad niet een prijskaartje aan hangen. Het is ook de vraag of al het lobbywerk in geld uit te drukken is. Misschien gebeurt het belangrijkste lobbywerk wel tijdens een wekelijks overleg tussen de minister en de vier grote zorgverzekeraars. Of wordt het huidige zorgstelsel vooral in stand gehouden door een systeemlobby van een groep economen die alleen maar opdrachten krijgt van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland. Een dergelijke lobby is wellicht krachtiger dan de miljoenen euro's die een farmaceut neertelt om iets gedaan te krijgen. Het is dus niet zo doorzichtig als het lijkt, en dat willen we in beeld brengen.'

## › Wie zijn de belangrijkste spelers binnen dat netwerk?

Van Ark: 'Er zijn een paar mensen van wie bekend is dat ze heel invloedrijk zijn, omdat ze verschillende posities bekleden. Een voorbeeld is Diana Monissen, voormalig bestuursvoorzitter bij De Friesland Zorgverzekeraar, waar ze de fusie met Achmea heeft voorbereid. Daarvoor was ze lid van de Raad van Bestuur bij Agis en directeur-generaal bij het ministerie van VWS.'

Stevens: 'Een ander voorbeeld is Pauline Meurs, prominent PvdA-lid en oud-senator. Zij staat aan het hoofd van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg en is hofleverancier van wetenschappelijk onderzoek voor de farmaceutische industrie, de NZa en Zorgverzekeraars

Nederland. Ab Klink, oud-minister van VWS en bestuurder bij zorgverzekeraar VGZ, is heel invloedrijk, maar ook André Rouvoet, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland en eerder minister van Jeugd en Gezin.'

Van Ark: 'Dat zijn vooral de zichtbare mensen, maar daarnaast is er ook nog een grote, onzichtbare groep die zich in datzelfde kleine wereldje begeeft. Dat netwerk willen wij in beeld brengen.'

## › Is er sprake van een old boys network in de zorg?

Stevens: 'Ja, je ziet een aantal namen continu terugkomen op alle belangrijke plekken in de zorg, bij commissies, bij zorgverzekeraars. In 2010 toonde een onderzoek van de Universiteit van Amsterdam aan dat het netwerk binnen de zorg nog meer onderling verweven is dan dat van de banken. Daarom is dit onderzoek ook zo van belang.'

Van Ark: 'Dat netwerk strekt zich ook buiten de zorg uit. Zo is er een overlap met de financiële wereld, met accountantskantoren bijvoorbeeld.'

## › Welke risico's brengt dit netwerk met zich mee?

Van Ark: 'Blindheid.'

Stevens: 'Misschien wel het grootste gevaar is dat je alleen maar mensen aan de macht hebt die heilig geloven in dit zorgstelsel, omdat hun positie daarvan afhankelijk is. Dat zorgt voor een enorme geestelijke luiheid.'

Van Ark: 'Het maakt het systeem heel gevoelig voor vriendjespolitiek.'

## › Hebben jullie nog een persoonlijk doel met jullie onderzoek?

Van Ark: 'Mijn belangrijkste doel is om duidelijk te maken hoe het besluitvormingsproces functioneert



Jeffrey Stevens en Eelke van Ark zijn redacteur bij Follow the Money, online platform voor onafhankelijke, financiële onderzoeksjournalistiek. De komende maanden zullen zij verslag doen van hun onderzoek naar de zorglobby in Nederland. Kijk voor meer informatie op [www.ftm.nl/dossier/zorglobby](http://www.ftm.nl/dossier/zorglobby). Voor tips of suggesties kunt u mailen naar [eelke@ftm.nl](mailto:eelke@ftm.nl) of [jeffrey.stevens@ftm.nl](mailto:jeffrey.stevens@ftm.nl).

en hoe daarop invloed uitgeoefend wordt door allerlei belangengroepen.'

› **Kun je een aansprekend voorbeeld noemen van hoe dat lobbyen in zijn werk gaat?**

Van Ark: 'Een bekend voorbeeld is het Apollo Netwerk waarover De Telegraaf eerder gepubliceerd heeft. Deze besloten overlegclub is in 2007 opgericht door de farmaceuten GlaxoSmithKline en Janssen-Cilag en bestaat verder uit topambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit netwerk – vernoemd naar het Amsterdamse Apollo Hotel waar de club een paar keer per jaar samenkomt – ontvangt jaarlijks een bedrag van rond de 25 duizend euro van het ministerie van VWS. Hoewel we niet weten wat daar besproken is, heeft het ministerie toegegeven dat er met de farmaceuten overlegd is hoe de prijs voor geneesmiddelen omlaag gebracht kan worden. Je kunt je afvragen waarom het ministerie dat doet, want de farmaceuten zijn zelf belanghebbenden. De politieke oplossing die gekozen is om dure geneesmiddelen over te hevelen naar het ziekenhuisbudget, zou voor de farmaceuten wel eens voordelig uitpakken kunnen hebben.'

Stevens: 'De farmaceutische industrie is zeker erg machtig. Ik heb onlangs een artikel geschreven over de farmaceutische afdeling van de Amerikaanse Kamer van Koophandel. Zij financiert bijvoorbeeld onderzoeken waaruit blijkt dat huisartsen veel te machtig zouden zijn en dat dat slecht is voor de positie van zorgverzekeraars. Tegelijkertijd besteedt zij

jaarlijks 75 duizend euro aan het beïnvloeden van zorgverleners, door het aanreiken van informatie, door het organiseren van informele bijeenkomsten en door het houden van een jaarlijks congres. Dit soort lobbyactiviteiten hebben veel invloed op de publieke opinie en de politieke agenda.'

› **Ondervinden jullie tegenwerking bij jullie onderzoek?**

Stevens: 'Bij mijn onderzoek naar de activiteiten van de echtgenoot van Edith Schippers ondervond ik wel enige tegenwerking. Toen ik contact had opgenomen met een paar oud-collega's van hem, kreeg ik direct telefoon van de persvoorlichter van de minister. Hij probeerde mij ervan te weerhouden om mijn bevindingen te publiceren. Na het verschijnen van mijn artikel is een aantal mensen met wie ik heb gesproken ook daadwerkelijk tegengewerkt door het ministerie.'

› **Waar gaan jullie de komende maanden onderzoek naar doen?**

Van Ark: 'De twee hoofdthema's zijn de macht van de farmaceuten en de macht van de zorgverzekeraars. Daarnaast richten we ons op politici die hun invloed aanwenden om in overlegclubjes of bij allerlei bedrijven terecht te komen.'

› **Blijft jullie onderzoek beperkt tot Nederland?**

Stevens: 'Ja, hoewel we ook kijken naar Amerikaanse farmaceuten die in Nederland proberen hun positie veilig te stellen.'

Van Ark: 'Mocht TTIP werkelijkheid worden, dan zullen we wellicht ook

aandacht besteden aan buitenlandse zorgverzekeraars of zorgorganisaties die hier voet aan de grond proberen te krijgen.'

› **Doen jullie ook beleidsaanbevelingen?**

Van Ark: 'Het is niet onze taak om beleidsaanbevelingen te doen, want wij zijn geen politici. Als journalist kun je wel uitleggen wat een wetsvoorstel inhoudt en hoe dat voorstel valt bij de mensen die er belang bij hebben, zoals zorgwerkers en patiënten. Het is dan aan de Nederlandse samenleving om beter beleid af te dwingen. En dat kan succes hebben, zoals vorig jaar toen het wetsvoorstel van minister Schippers om de vrije artskeuze in te perken werd afgeschoten door de Eerste Kamer na groot maatschappelijk verzet.'

› **Is de Nederlandse zorg een lobbycratie?**

Stevens: 'Ja, en we zullen de komende maanden laten zien waarom dat zo is. Het is ook logisch dat er veel gelobbyd wordt, want je hebt in Nederland heel veel belangenverenigingen in de zorg.'

Van Ark: 'Lobbyen is ook niet altijd negatief, het ligt er maar net aan waarvoor gelobbyd wordt.'

Stevens: 'Je kunt bijvoorbeeld lobbyen om een goed werkend kankermedicijn te krijgen.'

Van Ark: 'Zolang de belangen maar niet tegengesteld zijn aan de belangen van de maatschappij, is lobbyen niet verkeerd.'

PETER GÖTZSCHE:

# ‘BREEK MACHT WINSTGERICHTE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE’

Tekst en foto: Sandra Beckerman Foto: archief Peter Götzsche©

‘De farmaceutische industrie is te vergelijken met georganiseerde misdaad.’ ‘Vergeet het kapitalisme.’ ‘Marktwerking werkt niet in de zorg.’ ‘We hebben een heel nieuw systeem nodig.’ Deze en vele andere stevige boodschappen klonken op 29 maart in de Tweede Kamer. Uitgesproken door Peter Götzsche, professor in klinisch medisch onderzoek aan de Universiteit van Kopenhagen, auteur van meer dan 70 wetenschappelijke artikelen, ex-werknemer van de farmaceutische bedrijven Astra en Astra-Syntex en medeoprichter van Cochrane Collaboration, een organisatie van medici die zich inspant om alle bewijzen van de werking van bestaande medicijnen geregeld tegen het licht te houden. Maar bovenal pleitbezorger van een revolutie in de farmaceutische industrie.

Eind 2015 kwam zijn boek *Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad* in Nederland uit. Het ruim 500 pagina’s tellende boek is een harde aanklacht tegen de pillenindustrie. Het verscheen inmiddels in 11 talen en won de prijs voor Boek van het Jaar in de categorie *Basic Medicine* van de *British Medical Association*, de beroepsorganisatie van artsen in het Verenigd Koninkrijk.

## GEORGANISEERDE MISDAAD

‘Als je wilt weten wat het probleem is, moet je simpelweg even googelen op de naam van een farmaceutisch bedrijf met daarachter het woord fraude,’ hield Peter Götzsche de Tweede Kamerleden voor. Als je zoekt op Pfizer en fraude krijg je informatie over een rechtszaak waarbij Pfizer een boete van 2,3 miljard dollar moest betalen. In het boek *Dodelijke medicijnen* beschrijft Götzsche dat een dochtermaatschappij van Pfizer incorrecte informatie over geneesmiddelen had verstrekt met de intentie om te frauderen en te misleiden. Pfizer wist dat zijn acht keer duurder antibioticum Zyvox slechter werkte dan het middel vancomycine. Toch bleef Pfizer tegen artsen beweren dat Zyvox meer levens redde dan vancomycine. Als je op GlaxoSmithKline met de toevoeging fraude zoekt, krijg je eveneens ontluisterende resultaten, zo laat Götzsche in zijn boek zien. GlaxoSmithKline moest 3 miljard

dollar betalen omdat het ten onrechte reclame had gemaakt voor niet goedgekeurde toepassingen van zijn geneesmiddelen. Ook betaalde GlaxoSmithKline smeergeld aan artsen en liet het te veel betalen voor zijn medicijnen.

Dit zijn geen incidenten. Götzsche geeft in *Dodelijke medicijnen* meer recente voorbeelden van bedrijven die recordboetes ontvingen wegens fraude, zoals Novartis (423 miljoen dollar), Johnson & Johnson (1,1 miljard dollar), Eli Lilly (1,4 miljard dollar) en Abbott (1,5 miljard dollar). ‘We kunnen de farmaceutische industrie en het door hen gesponsorde onderzoek niet vertrouwen,’ sprak Götzsche in de Tweede Kamer. Dat is niet alleen de conclusie van hemzelf, maar ook van Marcia Angell, die 20 jaar hoofdredacteur was van het vooraanstaande medische tijdschrift *New England Journal of Medicine*. Zowel in de Tweede Kamer als in zijn boek haalt Götzsche haar uitspraak aan: ‘Een groot deel van het klinische onderzoek (is) eenvoudigweg niet langer geloofwaardig.’ Het systeem is corrupt en de farmaceutische industrie is georganiseerde misdaad, is de conclusie van Götzsche. De geneesmiddelenindustrie en de door haar gesponsorde onderzoeken zijn onbetrouwbaar. De industrie is gericht op het maken van zoveel mogelijk winst, is veel te machtig en maakt vele slachtoffers. Götzsche pleit daarom voor een revolutie. *Spanning*

sprak met hem over die revolutie en wat wij kunnen doen.

## VERGEET HET KAPITALISME, VERGEET MARKTWERKING

Wellicht zijn belangrijkste oproep is dat gezondheidszorg weer moet gaan over het helpen van mensen, dus gaan over altruïsme. ‘Dit gaat niet over markten en marktwerking, we moeten ophouden met het denken in termen van vrije markten. Het gaat niet om kapitalisme, het gaat niet over het verdienen van geld; zorg gaat over het helpen van mensen.’ Altruïsme in plaats van kapitalisme moet volgens Götzsche weer centraal staan. ‘Als je medicijnen niet kunt betalen zou je ze gratis moeten krijgen.’

## PUBLIEK ONDERZOEK

Het belangrijkste doel van Götzsche is goed en betrouwbaar medicijnonderzoek en medicijnen die gratis of betaalbaar zijn voor iedereen die ze nodig heeft. Dat vraagt volgens hem om een nieuw systeem. Het huidige medicijnonderzoek dat betaald wordt door de industrie is onbetrouwbaar. ‘Als je weet wie het betaald heeft, weet je vaak al wat de uitkomst is.’ Simpelweg betere controle werkt volgens hem niet. ‘Het systeem is kapot. We worden uitgezogen en moeten af van kapitalistische *bastards* aan de top.’ Götzsche pleit ervoor dat al het medicijnonderzoek wordt gedaan door de publieke sector. Doorbraken in het medicijnonderzoek komen nu al van publiek geld en niet van door de industrie betaald onderzoek. Het is volgens Götzsche maar een kleine stap om te komen tot publieke farmaceutische bedrijven. Als tussenoplossing stelt hij voor om innovatieve bedrijven een bedrag te geven voor hun nieuwe medicijnen en de medicijnen vervolgens kosteloos ter beschikking te stellen voor iedereen. Dit alternatieve systeem van medicijnonderzoek en -ontwikkeling wordt *delinkage* genoemd.



Peter Gøtzsche: 'Het systeem is corrupt en de farmaceutische industrie is georganiseerde misdaad'.

In het huidige systeem worden in de woorden van Gøtzsche 'obscene' winsten gemaakt, maar geen grote investeringen gedaan in onderzoek. De industrie kiest vooral voor *blockbusters* waarmee geld te verdienen valt. Een publiek in plaats van een privaat systeem om medicijnen te ontwikkelen is goed voor patiënten omdat het voor betere en betrouwbaardere medicijnen zorgt, ook voor ziektes waarop niet veel te verdienen valt. Een publiek systeem kan ook financieel voordeel opleveren. 'Er wordt zoveel geld verspild in het huidige systeem,' aldus Gøtzsche. Hij doelt hier onder andere op de grote winsten en de hoge kosten voor marketing. Ook ziet hij patenten als principieel immoreel omdat iedereen die het nodig heeft een medicijn zou moeten kunnen krijgen. Daarnaast drijven patenten de prijs van medicijnen op.

Bij een grote verandering in het onderzoek hoort volgens Gøtzsche ook dat alle onderzoeksgegevens openbaar moeten worden gemaakt. 'Als je de data niet kunt krijgen moet je het onderzoek niet vertrouwen. Zonder openheid is onderzoek slechts marketing en geen wetenschap,' aldus de professor.

*Spanning* vroeg ook wat we nu direct al kunnen doen. 'Laat nieuwe medicijnen niet zomaar toe. Vraag alle data

en test de medicijnen eerst in publiek gesponsord onderzoek.' Uit een extra belasting voor de farmaceutische industrie zou dit onderzoek kunnen worden betaald.

### **STOP BELANGENVERSTRENGELING EN MARKETING**

Naast publiek onderzoek en openbaarheid van alle onderzoeksgegevens pleit Gøtzsche ook voor beter toezicht. Het tegengaan van belangenverstrengeling en het beperken van marketing en reclame voor geneesmiddelen. Nu geeft de farmaceutische industrie twee keer zoveel geld uit aan marketing als aan onderzoek. De farmaceutische industrie heeft zeer veel macht. Dat dat ook in Nederland het geval is bleek eind maart, toen onder andere website SKIPR.nl kopte: 'Farmaceuten beïnvloeden artsen in voorschrijven medicijnen.' Deze conclusie kwam van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In ruil voor bijvoorbeeld onderzoeksgeld beloven artsen om medicijnen in te kopen.

In zijn boek *Dodelijke medicijnen* geeft Gøtzsche veel voorbeelden van reclame en marketing die ervoor zorgen dat de verkeerde medicijnen worden voorgeschreven, vaak ook nog tegen een te hoge prijs. 'Geneesmiddelen hoeven niet gepromoot te worden, omdat ze voor zichzelf horen te spreken,' stelt Gøtzsche. Hij pleit er

dan ook voor om een einde te maken aan advertenties voor geneesmiddelen, aan verkopers van pillen en artsenbezoekers met een commercieel doel en aan sponsoring van congressen en nascholing. Ook pleit hij voor veel beter geneesmiddelentoezicht dat publiek moet worden gefinancierd, zonder belangenverstrengeling en concurrentie.

De plannen van minister Schippers Eind januari kopten verschillende kranten 'Schippers wil macht farmaceuten indammen'. *Spanning* vroeg Gøtzsche om een reactie op dit medicijnplan. Een belangrijk aspect uit het plan wordt door hem geroemd. De minister wil dat verschillende Europese landen samen gaan onderhandelen met de farmaceutische industrie om lagere prijzen voor medicijnen af te dwingen. Gøtzsche noemt dit een goed begin: 'Laat je spierballen zien, samen heb je meer macht om het gevecht tegen de machtige industrie aan te gaan.' Tegelijkertijd heeft hij ook kritiek op het plan en vindt hij de voorstellen van minister Schippers lang niet ver genoeg gaan. 'Schippers wil samenwerken met Big Pharma, als gelijke partner. Doe het niet. Het is geen ethische industrie. We moeten niet samenwerken met criminelen. We moeten het zelf gaan doen.' Zeer fel wordt Gøtzsche als het gesprek op TTIP en CETA komt, de handelsverdragen tussen Europa en respectievelijk de Verenigde Staten en Canada. 'What the hell is going on?' Gøtzsche roept op tot een strijd tegen de verdragen. 'We moeten dit stoppen. Het is verschrikkelijk. Zij geven nog meer macht aan een al veel te machtige industrie.' De industrie zou via de handelsverdragen meer macht krijgen doordat ze beslissingen van overheden die tegen hun belangen ingaan, juridisch kunnen aanvechten. 'Je geeft Somalische piraten toch ook geen compensatie als het ze niet lukt genoeg gijzelaars te maken. Waarom zou je dat bij de farmaceutische industrie dan wel doen?' Gøtzsches conclusie over het medicijnplan van minister Schippers en het uitblijven van protest van het kabinet tegen TTIP en CETA: 'Schippers werkt binnen het oude systeem. Dat werkt niet, het systeem is kapot. We hebben een nieuw systeem nodig.'

# GOEDE EN BETAALBARE MEDICIJNEN ZIJN IN ONS ALLER BELANG

Tekst: Sandra Beckerman en Henk van Gerven Foto: Taki Steve / flickr CC

**Artsen en zorginstellingen krijgen 36% meer sponsorgeld van de farmaceutische industrie. 51,6 miljoen in totaal. Waarom zou dat erg zijn? Omdat het opnieuw een voorbeeld is van de groeiende macht van de farmaceutische industrie. Door deze groeiende macht, samen met de hebzucht van Big Pharma, staan de belangen van patiënten te vaak niet centraal. Het is tijd voor een alternatief voor deze zieke industrie.**

De geneesmiddelenindustrie, Big Pharma, is al vaak in opspraak gekomen vanwege het beïnvloeden van wetenschappelijk onderzoek en artsen, het niet geven van openheid over onderzoeksresultaten en (bij)werkingen en het opdrijven van de prijzen. 'Farmaceuten beïnvloeden artsen in voorschrijven medicijnen', was de conclusie van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) eind maart. 'De farmaceutische industrie moffelt negatieve resultaten van medicijnonderzoek weg,' zo concludeerde onderzoeker Jarno Hoekman in zijn proefschrift. Van de 44 door de industrie gesponsorde onderzoeken met een negatief resultaat werden er maar 10 gepubliceerd in vakbladen. 'Het diabetesonderzoek kent weinig werkelijk onafhankelijk onderzoek en is veel te afhankelijk van een paar onderzoekers bij wie sprake is van serieuze belangenverstremgeling', zegt ook Frits Holleman, internist bij het AMC. 'We zijn er erin geluist' concludeert psychiater Bram Bakker. 'Alleen de pillenindustrie werd gelukkiger van antidepressiva. Negatieve bijwerkingen bleven onvermeld.'

Het zijn een paar voorbeelden van een lange lijst. De vraag dringt zich op waarom we eigenlijk een op winst gerichte farmaceutische industrie heb-



ben. Big Pharma beweert zelf dat dit voor onderzoek en ontwikkeling noodzakelijk is. Maar doet de farmaceutische industrie dan zoveel kostbaar onderzoek? Nee, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Het is juist de overheid die onderzoek financiert naar nieuwe, baanbrekende medicijnen, terwijl de industrie vooral bezig is met onderzoek naar variaties op bestaande medicijnen.

Uit onderzoek van de Europese Commissie blijkt dat de pillenindustrie slechts 1,44% van haar omzet uitgeeft aan preklinisch onderzoek naar nieuwe medicijnen. Dat staat in schril contrast met de enorme uitgaven aan marketing. Volgens de Europese Commissie wordt hier maar liefst 2,3 miljard meer aan uitgegeven

dan aan onderzoek. Nog meer geld wordt uitgekeerd als winst. Gemiddeld ligt dit percentage op 30% van de omzet, op sommige medicijnen zelfs 80%. Publieke lasten leiden tot private lusten. De zorg wordt onnodig duur door de farmaceutische industrie. Minister Schippers wil een tegenmacht vormen tegen de farmaceutische industrie. Dat is mooi maar is niet genoeg. Het plan van Schippers doet niets aan de door de NZa geconstateerde invloed van Big Pharma op artsen. Het eerder toelaten van medicijnen zonder onafhankelijke toetsing vooraf is niet in het belang van de patiëntveiligheid en zal ook niet leiden tot lagere uitgaven aan medicijnen.

Dit systeem werkt zo slecht dat we moeten bouwen aan een alternatief, en wel een publiek alternatief. Dit betekent weinig tot geen geld naar reclame en marketing en meer geld naar publiek onderzoek, ook naar aandoeningen die niet winstgevend zullen zijn. Wij pleiten voor een nationaal fonds geneesmiddelenonderzoek. Wij willen dat de industrie het onderzoek gaat betalen, maar het niet mag bepalen en dat alle banden met de industrie worden doorgesneden. Ook zou de overheid middels de eerste geldstroom meer moeten investeren in onderzoek.

Verder pleiten wij voor het afschaffen van geneesmiddelenreclame: geen commerciële artsenbezoekers, geen sponsoring van nascholing door de industrie, geen beïnvloeding van de industrie bij het vaststellen van behandelingsstandaarden. 'Het gaat niet om kapitalisme, het gaat niet over het verdienen van geld, zorg gaat over het helpen van mensen.' Die oproep doet Professor Gøtzsche in zijn boek Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad. Wij zijn het met hem eens. Goede en betaalbare medicijnen zijn in het belang van ons allemaal.

# DE VRIJE ZORGMARKT IS EEN ONVRIJ ZORGKARTEL

Tekst: David Hollanders Foto's: Wikimedia commons CC

**Voordat de dingen veranderen, veranderen de woorden. En dus worden sinds een decennium ziekenhuizen zorgaanbieders genoemd, zijn patiënten verworpen tot zorgconsumenten en worden gesprekken tussen arts en patiënt, psychotherapie en operaties in beleidsdocumenten als zorgproducten aangeduid. En een zorgkartel wordt door een leger aan wetenschappers, consultants en lobbyisten stug 'de vrije zorgmarkt' genoemd.**

## HET BELANG VAN TAAL

Woorden doen er toe. Begrippen zijn enerzijds gevolg van maatschappelijke veranderingen maar geven die veranderingen anderzijds ook verder vorm door de bewuste en onbewuste connotaties die ermee gepaard gaan. Wie over zichzelf denkt als consument, zal eerder zijn of haar 'consumentenrecht' bij de rechter opeisen dan met arts of patiëntenvereniging in gesprek gaan. Een ziekenhuismanager die in kost- en verkoopprijzen denkt, zal streven naar kostprijsverlagingen die in de praktijk slechte zorg en slechte arbeidsvoorwaarden impliceren. En wie in het zorgdomein een 'vrije markt' ziet, kan de stijgende prijzen negeren of afdoen als overgangsproblemen.

Taal verhult wat er werkelijk aan de hand is en bemoeilijkt daarmee ook het thematiseren, problematiseren en politiseren van de werkelijke kwesties. Wat sinds de jaren 90 verkocht wordt als marktwerking is feitelijk een door de staat mogelijk gemaakt zorgkartel. Het gewilde maar onuitgesproken doel was om het zorgdomein te ontsluiten voor commerciële zorgverzekeraars en consultants.

Het zorgdomein wordt daarbij inmiddels beschouwd als een combinatie van twee 'zorgmarkten'. Er is in de eerste plaats de zorgproductmarkt waar ziekenhuizen de zorgaanbieders

zijn en de zorgverzekeraars – zogenaamd namens zorgconsumenten – zorgproducten inkopen. Het officiële verhaal is dat op deze markt zorgverzekeraars ziekenhuizen dwingen goed en goedkoop te 'produceren'. Als ziekenhuizen dat namelijk niet doen, dan zal de zorgverzekeraar met een andere aanbieder in zee gaan. En dit zou weer goed zijn voor iedereen. In de praktijk gebruiken verzekeraars hun onderhandelingsmacht echter om ziekenhuizen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten en huisartsen te chanteren. Niet akkoord gaan met de vergoedingen betekent dat de praktijk opgeheven kan worden. Dit is een groter wordend probleem. In onderstaande gaat het echter vooral om een tweede markt: de zorgverzekeringsmarkt. Dit is de 'markt' waar elke burger in eerste instantie mee te maken heeft en die daarom meer in het oog springt. Elke burger moet zich verzekeren en op de zorgverzekeringsmarkt kan – of eigenlijk moet – de burger een zorgverzekering aanschaffen. De officiële doctrine daarbij is dat zorgverzekeraars (de aanbieders op de zorgverzekeringsmarkt) onderling concurreren om de gunst van zorgconsumenten en zo gedwongen worden om de prijs laag te houden, op straffe van massale overstap van zorgconsumenten naar een goedkopere concurrent. Dat is de theorie die in de praktijk zou moeten blijken uit lagere premies voor burgers, lagere winsten voor verzekeraars en betere zorg voor iedereen.

Uiteraard is er van de theorie niets terecht gekomen. De prijzen zijn gestegen voor de consument, terwijl de winsten van de verzekeraars stijgen. Het tweede is het directe (en bedoelde) gevolg van het eerste. In de *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015* noteert de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) over de prijzen (p.5): 'De zorgverzekering blijft duurder worden voor consumenten. De totale omzet van zorgverzekeraars ten laste

van de Zorgverzekeringswet stijgt van 2014 op 2015 met €1,8 miljard (4,5%) tot een totaal van €41,7 miljard. In 2015 is de gemiddeld betaalde nominale premie ten opzichte van 2014 met €60 gestegen naar €1.158. De variatie tussen de hoogste en de laagste premies is ook gestegen. De premiestijging is vooral het gevolg van een *toename van de zorguitgaven* en de overhevelingen van de AWBZ naar de Zwv.' (mijn cursivering.) Over de winsten van zorgverzekeraars stelt dezelfde NZa in hetzelfde rapport (p. 7): 'Zorgverzekeraars hebben in 2014 goede financiële resultaten behaald. De afschaffing van de ex-postcompensatie in combinatie met *lager uitgevallen zorguitgaven* is de meest waarschijnlijke oorzaak van die goede financiële resultaten.' (mijn cursivering.)

Kortom, de premies zouden gestegen zijn door 'toename van de zorguitgaven', terwijl de winsten van verzekeraars zouden zijn gestegen door 'lager uitgevallen zorguitgaven'. Het kan niet beide waar zijn. De NZa probeert recht te praten wat krom is. Hogere winsten zijn direct gevolg van hogere premies en omgekeerd worden premies verhoogd om de winsten op te voeren – met de zegen van de staat. Al dan niet door de zorgsector ingehuurde wetenschappers doen dit alles af als tijdelijke overgangsproblemen of op zijn hoogst als onbedoelde weeffouten.

## ONVRIJ ZORGKARTEL

Hier is evenwel niets van waar. De 'zorgmarkt' is de laatste tien jaar systematisch vormgegeven in het voordeel van een zorgkartel. Er is daarbij niets aan het toeval overgelaten. Om de systematische bevoordeling van verzekeraars in het licht te stellen is het nuttig om het wensenlijstje te bekijken dat de verzekeraars tien jaar geleden gehad zullen hebben. Voor grootbedrijven is de ideale 'markt' ten eerste een kartel waardoor de prijzen hoog gehouden

kunnen worden. Ten tweede wordt idealiter voorkomen dat het kartel bedreigd wordt door toetreders; er moeten dus hoge toetredingskosten zijn. Ten derde moet de afzet gegarandeerd worden, wat enkel kan met hulp van de staat die burgers dwingt de producten af te nemen. Ten vierde moet de staat bij wanbetaling burgers tot betaling dwingen. Alle punten op het wensenlijstje van bedrijven – kartel, hoge toetredingsbarrières, verplichte deelname, staatsincassobureau. Bij alle punten speelt de staat een actieve rol.

Wat betreft het eerste punt (kartelvorming), de ‘zorgmarkt’ wordt gedomineerd door vier grote partijen (Achmea met een marktaandeel van 31.1%, VGZ met 24.7%, CZ met 20.5% en Menzis met 12.6%). Gezamenlijk hebben de ‘grote vier’ dus 88.9% van de markt in handen.

Er is dus sprake van wat economen een oligopolie (een markt met enkele dominante bedrijven) noemen. De staat had allang moeten ingrijpen. Alleen al vanwege Europese wetgeving zijn kartelvorming, oligopolies en marktmacht onwettig. In Nederland moet de Autoriteit Consument en Markt (ACM) erop toezien dat markten ‘eerlijk’ zijn, oftewel vrij van grote, dominante, samenwerkende bedrijven. De ACM is de zorgverzekeraars echter in alles ter wille. De ACM grijpt namelijk niet alleen niet in, maar strijdt wel actief tegen samenwerkende huisartsen (een strijd die onder maatschappelijke druk even gestaakt is).

Het zorgoligopolie zou eventueel nog bedreigd kunnen worden door toetredende nieuwe verzekeraars die wél goede zorg tegen een lage prijs bieden. Ook hier helpt de staat. De veelvoudige wet- en regelgeving functioneert als één grote toetredingsbarrière (de tweede wens van verzekeraars). De NZa noteert in de *Marktscan* eerlijk (p. 21): ‘Wij concluderen dat het zeer moeilijk is voor nieuwe zorgverzekeraars om toe te treden. Hierdoor is er sprake van een gesloten landelijke markt’. De NZa laat het bij deze constatering, want grijpt niet in.

Bedrijven willen graag van afzet verzekerd zijn. In combinatie met

hoge prijzen en hoge toetredingsbarrières zijn hoge winsten dan verzekerd. En ook hier komt de staat weer aan te pas. Elke burger is namelijk verplicht zich te verzekeren (de derde wens van zorgverzekeraars). Dat staat natuurlijk volledig haaks op werkelijke marktwerking, waarbij het consumenten toch vrij zou moeten staan om een product niet aan te schaffen. De mogelijkheid om producten niet aan te schaffen disciplineert daarbij de aanbieders. Zij moeten hun best doen om klanten te werven. Zo is het niet bij de zorg. Burgers – rijk en arm, jong en oud, gezond en ongezond – moeten deelnemen. Voor de goede orde, er pleit veel voor verplichte deelname, maar dan *wel* in de vorm van solidariteit. Als iedereen mee moet doen aan de zorg – en dat is inderdaad verstandig – dan moet de zorg ook door de overheid (of door een ander niet-commercieel collectief verband) georganiseerd worden. Mensen nemen dan niet deel als consument, maar als burger. En dat is een cruciaal verschil. De zorg wordt dan sociaal en democratisch in plaats van commercieel vormgegeven.

Met de gedwongen winkelnering is ‘marktwerking’ niet consequent doorgevoerd. Dat laat zien dat het pleitbezorgers voor marktwerking niet werkelijk om marktwerking te doen is. De verplichte deelname is eerst en vooral voor zorgverzekeraars buitengewoon plezierig. Zo zijn zij van afzet verzekerd. Het enige probleem voor hen is nog wel dat sommige mensen niet (willen of kunnen) betalen. Maar ook daarbij helpt de staat dan weer een handje.

De staat dwingt niet alleen deelname af, maar legt ook premiebetaling op (de vierde wens). Zo kunnen Amsterdammers met een laag inkomen deelnemen aan een collectieve verzekering bij commercieel verzekeraar Zilveren Kruis. Dat kan ook bij een premieachterstand maar dan legt de staat haar burgers ten behoeve van de verzekeraars op: ‘U moet de achterstallige premie wél gewoon betalen. Ook *moet* u de premie laten *inhouden* op uw uitkering. Dit kunt u regelen met uw inkomensconsulent.’ (mijn cursivering). Het is opvallend dat de gemeente niet van de zorgverzekeraar eist dat het mensen met een laag inkomen helpt door wat in te

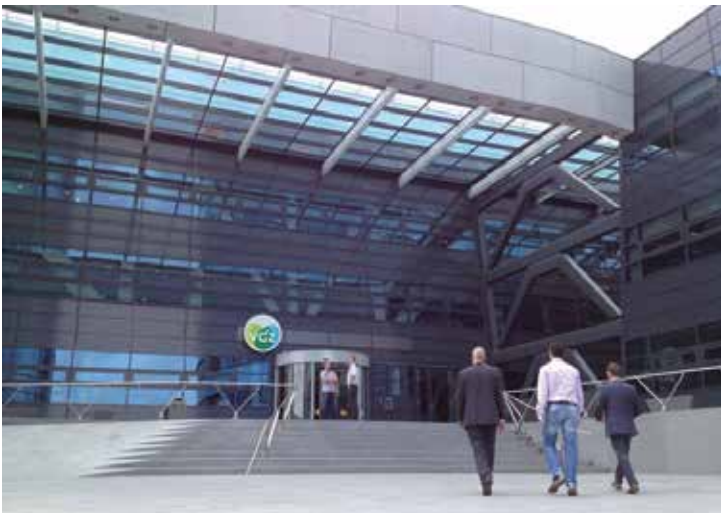
teren op de winst die ze volledig aan de staat te danken heeft. De gemeente opereert feitelijk als een (gratis) incassobureau. Verder dienen mensen akkoord te gaan met een maandelijke automatische incasso. Dat is wel zo makkelijk, voor Zilveren Kruis dan.

Met hoge prijzen, vette winsten, kartelvorming en verplichte deelname is de huidige reëel bestaande zorgmarkt de uitgekomen natte droom van zorgverzekeraars. Het officiële doel van marktwerking, namelijk kostenverlaging (naast betere zorg en lagere prijzen) is dan ook niet gerealiseerd. Het allerbelangrijkste argument voor marktwerking was altijd dat daarmee de zorgkosten verlaagd zouden worden. En dat was met een chronisch staatsbegrotingstekort en vergrijzing in het vooruitzicht – in elk geval retorisch – een overtuigend argument. Maar in 2013 (het laatste jaar waarvoor de OESO cijfers beschikbaar heeft) bleken de zorgkosten in Nederland met 11.1% van het bruto binnenlands product één van de hoogste van alle OESO-landen. Er was slechts één land met hogere zorguitgaven. En dat is de VS (16.4% van het bbp), maar laat dat nu net het land zijn waar zorgmarktwerking het meeste wortel geschoten heeft. Nu, het wordt steeds meer mensen steeds duidelijker dat de vrije zorgmarkt een onvrij kartel is, met alle desastreuze gevolgen van dien. Het is evenwel niet eenvoudig om dit langs parlementaire weg te veranderen. Het geconstrueerde kartel past immers perfect in het neoliberale project waarin rechtse liberalen niet langer proberen staatsinvloed te minimaliseren, maar (succesvol) pogen staatsmacht ten behoeve van grootbedrijven in te zetten. Dat kan ook en vooral door het creëren van markten in domeinen (zorg, onderwijs, huisbesteding, kinderopvang) die altijd in de sfeer van overheid en/of familie vielen.

## **NIET ALLEEN MEER OVERHEID**

Het linkse antwoord kan dus niet zonder meer zijn: meer staat. Er is namelijk al heel veel staatsinvloed. Deze wordt nu echter niet ten goede aangewend. Het antwoord moet zijn de staatsinvloed die er allang is anders aan te wenden. De noodzaak daartoe blijkt uit alles. Zo is de NZa een





De grote vier zorgverzekeraars: Menzis, CZ, VGZ en Achmea.

semipublieke instelling waar de zorgkleptocratie niets van te vrezen heeft. De NZa noteert in de *Marktscan* (p. 4): ‘We zien geen aanwijzingen dat er onvoldoende concurrentie is.’ De gewillige houding van de NZa is lastig los te zien van de personele uitwisseling tussen zorgverzekeraars, toezichthouders en ambtenarij. Zo stelde een oud-NZa medewerker die nu als zorgconsulent werkt in een interview met het *Pharmaceutisch Weekblad* opdrachten te verwachten, immers: ‘In de farmacie blijven ze me wel tegenkomen. De eerste workshops staan al gepland.’

Een ander voorbeeld is de lobbyclub van zorgverzekeraars (*Zorgverzekeraar Nederland*) dat onder voorzitterschap van oud-minister en oud-voor-

man van de ChristenUnie André Rouvoet politici en ambtenarij beleid influistert. En niet alleen zorgverzekeraars onderhouden nauwe banden met ambtenarij en politiek. In 2007 werd het Apollo Netwerk opgericht. In dit netwerk onderhoudt het ministerie van VWS contact met twee grote farmaceutische bedrijven (o.a. GlaxoSmithKlein). Een van de oprichters was de latere staatssecretaris Martin Van Rijn. Sinds 2010 financiert het ministerie – samen met o.a. farmaceuten – het netwerk, waarvan notulen en agenda geheim zijn.

Staat, politieke partijen en bedrijfsleven werken dus innig samen. Dat maakt – als aangegeven – dat een roep om meer overheid niet het

volledige linkse antwoord kan zijn. Dat antwoord zal moeten bestaan uit machtsvorming via mobilisatie van burgers, artsen en patiëntenverenigingen, het formuleren van eigen begrippen waarmee de zorgkleptocratie ontmaskerd wordt en het doen van beleidsvoorstellen zoals afschaffing van eigen risico en een van overheidswege georganiseerd nationaal zorgfonds. Pas dan kunnen staatsorganen (ACM, NZa) er wellicht toe bewegen worden het zorgkartel te ontmantelen. En tegen die tijd zal niemand meer spreken van vrije zorgmarkt waar een onvrije zorgkleptocratie bedoeld wordt.

**TINEKE SLAGTER:**

# ‘MET EEN ZORGFONDS LOS JE HET SAMEN OP’

Tekst: Sandra Beckerman Foto: Drenth Fotografie

**Tineke Slagter is huisarts in Zuidhorn, een gemeente in het westen van Groningen met ruim 11.000 inwoners. Zuidhorn is een plaats met een grote sociale samenhang en redelijk veel voorzieningen. De huisarts is een belangrijke spil in de gemeenschap. Tineke Slagter is een zeer betrokken huisarts, warm en intelligent, die opkomt voor goede zorg voor iedereen. Ze doet dat in haar huisartsenpraktijk, maar ook in de vele andere functies die ze bekleedde. Langer geleden (2000-2002) als voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging, recenter als lid en later voorzitter van de Raad van Toezicht van het Groningse Martini Ziekenhuis (2007-2015). En natuurlijk bij de SP. Maar liefst twaalf jaar lang was ze lid van de Eerste Kamer (2003-2015) voor deze partij. *Spanning* sprak met Slagter over haar ervaringen in de politiek en in de praktijk. Over haar successen en haar zorgen.**

‘Het heeft voor veel uitwassen gezorgd,’ zegt Slagter over de invoering van een privaat zorgstelsel met marktwerking en een grote rol van zorgverzekeraars. Vooral in de ziekenhuiszorg heeft ze hiervan de gevolgen gezien. Die is volgens haar sterk veranderd. ‘Het draait steeds meer om de concurrentiestrijd tussen ziekenhuizen, om de onderhandelingen met de zorgverzekeraars, om niet-transparante prijzen, om het zoeken naar een mix tussen patiënten die het meest rendabel is, om management en markt.’

Deze ontwikkelingen gaan ten koste van de kleine ziekenhuizen. Er komen steeds meer zeer gespecialiseerde artsen. Zij moeten een bepaald aantal patiënten hebben. Die aantallen kunnen niet worden gehaald in kleine streekziekenhuizen. Slagter wijst erop dat het inderdaad goed is dat de topklinische zorg geconcentreerd is in grote en academische ziekenhuizen.

Maar een heel groot deel van de ziekenhuiszorg is geen topklinische zorg maar basiszorg. ‘Veel patiënten willen een ziekenhuis dichtbij. Dat kan ook. De generalistische ziekenhuiszorg kan in kleine streekziekenhuizen gebeuren. Maar nu worden deze ziekenhuizen de dupe van het systeem en moeten ze één voor één sluiten.’

Na negen jaar in het ziekenhuisbestuur te hebben gezeten is haar conclusie niet positief. De concurrentie tussen ziekenhuizen leidt volgens Slagter tot kapitaalvernietiging. ‘In een solidair, publiek systeem zou je deze uitwassen niet hebben.’

## **SOLIDARITEIT ONDERGRAVEN**

In de huisartsenpraktijk is er minder directe marktwerking. Elke arts heeft zijn eigen patiënten waardoor er maar zeer beperkte concurrentie is tussen huisartsen. Slagter is blij dat ze als huisarts – in tegenstelling tot bijvoorbeeld de apotheken – nog steeds

patiënten op naam heeft. Tegelijk ziet ze de nadelige gevolgen van dit systeem voor de patiënten. ‘Al die verzekeraars en al die polissen. Het ondermijnt de solidariteit.’ Slagter spreekt over de verspilling in dit systeem. ‘Er gaat veel geld naar reclame, er gaat veel geld naar bureaucratie, er gaat veel geld naar adviesbureaus. Dit systeem leidt tot verspilling.’ Ook hekelte ze het feit dat alle verzekeraars een reserve moeten opbouwen om niet failliet te kunnen gaan. ‘Met een zorgfonds los je het samen op.’ De afgelopen jaren stegen voor veel mensen de zorgkosten. Het eigen risico steeg van 150 euro naar 385 euro zonder dat daar nog enige vorm van compensatie tegenover staat (de zorgtoeslag compenseert het eigen risico slechts gedeeltelijk en alleen voor de allerlaagste inkomens, red.). Voor veel medicijnen en zorg moeten patiënten een eigen bijdrage betalen. Slagter ziet de gevolgen in de praktijk. ‘Zuidhorn is een relatief rijke gemeente met veel hoger opgeleiden. Maar ook hier zien we de gevolgen. Mensen halen medicijnen niet meer op. Ze willen geen foto’s meer.’ Vanwege hoge kosten vermijden mensen tweedelijnszorg. Slagter probeert patiënten kosten te laten besparen door steeds meer in de praktijk te doen, zoals bloedprikken.

Ook de gevolgen van de decentralisaties van de langdurige en ouderenzorg en de jeugdzorg ziet Slagter in de praktijk. Zo ontstaan er weer wachtlijsten, bijvoorbeeld voor doorverwijzingen naar de jeugdpsycholoog. Zij hekelte de scheiding die gemaakt is tussen somatische klachten en psychische problemen. Waar ze vroeger zelf direct kon doorverwijzen moeten mensen voor psychische jeugdzorg nu naar een loket van de gemeente. ‘Daar praat je liever niet over opvoeding en dat soort problemen.’ Ook de ouderenzorg staat onder

**‘In de huisartsenpraktijk is er minder directe marktwerking. Elke arts heeft zijn eigen patiënten waardoor er maar zeer beperkte concurrentie is tussen huisartsen’**



Tineke Slagter-Roukema is huisarts in Zuidhorn in de provincie Groningen.

druk. 'Ik ben er echt van overtuigd dat dit systeem slechter is,' zegt Slagter. Ouderen moeten langer thuis blijven wonen. Als gemeente en huisarts moet je goed zicht hebben op hoe het met die ouderen gaat. Dat lukt volgens haar in kleinere gemeenten goed, zelf kent ze haar oudere patiënten persoonlijk. Tegelijk is ze bang dat dit in grotere plaatsen en steden veel lastiger is. Heel pijnlijk noemt ze de onttakeling van de Zonnehuisgroep Noord. Van de dertien verzorgingshuizen van de Zonnehuisgroep in Groningen blijven er maar vijf over. Dit is het gevolg van krimp en verouderde instellingen, maar bovenal van de harde bezuinigingen. Indicaties voor verzorgingshuiszorg worden niet meer gegeven. Huizen sluiten en kennis verdwijnt. Slagter: 'Nu is er bijvoorbeeld nog een casemanager dementie, die belangrijke kennis en ervaring met zich meebrengt. Deze functie verdwijnt, omdat het te duur wordt. Mensen

krijgen dan niet meer de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben.'

### EEN GROTE ROL GESPEELD

Twaalf jaar lang was Tineke Slagter naast huisarts ook senator voor de SP. Ze reisde wekelijks naar Den Haag. Het klinkt als een zware combinatie. Slagter erkent dat ook. 'Het is een hele klus geweest.' Ze heeft er naar eigen zeggen erg drukke jaren op zitten. Toch kijkt ze met plezier terug. En met trots. Trots op wat ze heeft kunnen bereiken voor de SP en voor de zorg. En terecht, want voor de partij was zij een zeer belangrijk Kamerlid. Slagter was vice-fractievoorzitter naast Tiny Kox en leidde acht jaar lang de voor de SP belangrijke Senaatscommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 'Juist omdat ik de praktijk ken, had ik invloed en kon ik soms het verschil maken.' Slagter wist veel zaken op de politieke agenda te krijgen. Belangrijke dossiers voor haar waren de klachtwetten die het voor

patiënten mogelijk maken een klacht in te dienen over een arts of zorginstelling om zo hun recht te halen. Ook het elektronisch patiëntendossier (EPD) was een belangrijke kwestie voor Slagter. Ze maakte zich zorgen over de privacy en veiligheid voor de patiënten. In 2011 noemde ze het patiëntendossier een 'lekkende schuit'. 'Daarmee verder varen is slecht voor de patiënten en slecht voor de zorgverleners', zo stelde zij. In plaats van een landelijk superstelsel met al zijn bezwaren en gevaren – bijvoorbeeld op het gebied van privacy – pleitte ze als SP-senator voor kleinschaligheid, dichtbij de patiënt en de zorgverlener, de huisarts en de apotheek. Ook jeugdzorg en de nieuwe Jeugdwet waren belangrijk. Slagter vond dat jeugdzorg dichter bij jongeren georganiseerd moest worden, maar ze was fel gekant tegen de invoering van de nieuwe wet, die gepaard ging met een grote bezuiniging en in een veel te hoog tempo werd ingevoerd. Een belangrijk moment in haar tijd als senator was de discussie over de inperking van de vrije artsenkeuze. Het was de Eerste Kamer die – geheel tegen de wens van het PvdA/VVD-kabinet – tegen deze wijziging van de Zorgverzekeringswet stemde. VVD-minister Schippers dacht de vrije artsenkeuze te kunnen inperken, omdat D66, ChristenUnie en SGP mee zouden stemmen met de VVD en PvdA. Tijdens de stemming werd de uitslag echter 33 senatoren vóór en 38 tegen. Drie PvdA-senatoren stemden mee met SP, CDA, GroenLinks, PVV, PvdD, 50PLUS en de OSF. Een erg mooi resultaat. Slagter heeft hierin een grote rol gespeeld. Zij kon mensen overtuigen, 'omdat ik het best kon doorgronden wat de inperking van de vrije artsenkeuze in de praktijk voor mensen zou gaan betekenen.'



## IN GESPREK MET RENSKLE LEIJTEN OVER DE KOSTEN VAN DE ZORG

# EWALD ENGELEN: 'LATEN WE HET IN HEMELSNAAM WEER SIMPEL MAKEN'

Tekst en bewerking: Daniel de Jongh en Herman Beekers Foto: Nynke Vissia

**De kosten van de Nederlandse gezondheidszorg stijgen. Biedt het zorgverzekeringsstelsel dat sinds 2006 van kracht is een oplossing voor die stijging of is het er juist een oorzaak van? Wordt de Nederlandse gezondheidszorg onbetaalbaar? Wordt de samenleving ontwricht als de kosten verder oplopen? SP-Tweede Kamerlid Renske Leijten legt deze vragen voor aan hoogleraar financiële geografie Ewald Engelen.**

Engelen: 'Ten eerste moet ik erop wijzen dat het een enorm grote sector is. 1,2 miljoen mensen, dat is pakweg 20 procent van de Nederlandse beroepsbevolking, werkt in de zorg- en welzijnssector. Het tweede dat opvalt is de enorme diversiteit. Heel veel laaggeschoolde arbeid, vooral voor vrouwen, veelal allochtone vrouwen. Tot aan hoogopgeleide specialisten. Maar daarnaast een verschijnsel dat mij ook is opgevallen in het onderwijs: dat Nederland echt zucht onder een regelcultuur. Het Sociaal Cultureel Planbureau liet zien dat de snelst

groeïende beroepsgroep in de Nederlandse arbeidsmarkt over de afgelopen vijftien jaar 'manager in de zorgsector' is. Dat is natuurlijk volkomen bespottelijk. We hebben met z'n allen een enorm schaalvergrotingsproces mogelijk gemaakt, en voor een deel opzettelijk in gang gezet, maar de uitkomst van dat schaalvergrotingsproces is dat er verschraling heeft plaatsgevonden. Aan de basis zien we minder handen aan het bed, minder docenten voor de klas. Maar daarboven zien we een enorme wildgroei aan allerlei staf- en vooral

managementfuncties. Wat mij betreft is dat een enorme verspilling van kostbaar belastinggeld. Laten we het in hemelsnaam weer simpel maken. Terug naar de burger, weg met al die grote instellingen en vooral weg met al die baasjes die daar bovenop zitten.'

› **Wij krijgen alleen maar te horen: de zorg kost zo veel geld en het moet minder.**

'Ja. Maar dat is een misvatting die wel heel erg Nederlands is. Ons land heeft natuurlijk een enorme exportsector en het frame in Den Haag en daarbuiten is altijd geweest dat het geld in Nederland verdiend wordt door die exportsector. Maar op het moment dat je dat een beetje kantelt, wordt snel duidelijk dat zorg, welzijn, onderwijs, de semi-publieke en publieke sector niet alleen een kostenpost is, maar ook ontzettend veel economische opbrengsten heeft. Simpelweg in de vorm van de salarissen die uitgekeerd worden aan de 1,2 miljoen mensen die nu in de zorg- en welzijnssector werken, meer overigens dan er bij de multinationals in Nederland werken. Dat salaris moet natuurlijk besteed worden aan allerlei eerste levensbehoeften, dus dat komt terecht bij de bakker, de melkboer, de supermarkt, bij de woningbouwcorporatie, bij de bank. En daarmee is dat net zo goed een grote kurk waar de Nederlandse economie op drijft. Op de een of andere manier missen wij statistieken die dat helder kunnen aangeven, maar we missen vooral ook vaandeldragers van deze sectoren die in het publieke debat duidelijk kunnen maken dat dit absoluut geen parasitaire bedrijfstakken zijn, maar dat ze een heel belangrijke bijdrage leveren aan het wel en wee van Nederland, ook in economische zin.'

› **We hebben al lange tijd te maken met het dogma dat er eigenlijk geen alternatief is voor marktwerking, concurrentie, productiegedreven zorg. Want daardoor wordt het transparanter, goedkoper en beter.**

'Nou, ten eerste is er geen echte marktwerking in de zorg. Het is kunstmatige marktwerking. Ten tweede zijn veel van die beloftes in hun tegendeel komen te verkeren. Het is niet kostenbesparend geweest, het heeft een wildgroei aan administratie, coördinatie en vooral controle tot

gevolg gehad. Professionals zijn hun arbeidsvreugde en hun arbeidsautonomie kwijtgeraakt. We hebben een sector gecreëerd die gedomineerd wordt door baasjes. En wat nog veel erger is: waarbij het merendeel van de macht in de sector verschoven is naar quasi-parasitaire financiële instellingen. De oude ziekenfondsen hebben zich getransformeerd tot financiële instellingen, verzekeraars, die elk jaar opnieuw kostbare reclamebudgetten inzetten om ervoor te zorgen dat een heel klein deel van de verzekerden overgaat naar een andere verzekeringsmaatschappij. Eigenlijk moet je constateren, tien jaar na de introductie van dit zorgstelsel, dat dit hele experiment in quasi-marktwerking een faliekante mislukking is geweest. Dit stelsel heeft de kosten in de zorg alleen maar vergroot, heeft de kwaliteit niet verder gebracht en heeft ontzettend veel vervreemding bij patiënten, maar vooral ook bij de uitvoerende professionals veroorzaakt. Stoppen ermee, terugdraaien zou ik zeggen. En accepteer dus inderdaad dat bij een beschaafde, welvarende samenleving hoort dat pakweg 10 tot



Foto: Sandra Beckerman

**Ewald Engelen** (1963) is hoogleraar financiële geografie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij werkte voor de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en het televisieprogramma *Buitenhof* en schrijft columns in *De Groene Amsterdammer* en *Het Parool*.

11 procent van je bruto binnenlands product besteed wordt aan goede, kwalitatief hoogstaande, toegankelijke, brede zorg voor iedereen.'

› **Zijn er nog andere zaken in de gezondheidszorg waarvan jij denkt dat er een hoop geld bespaard kan worden?**

'Nou, kijk eens naar de Britten. Die hebben na de Tweede Wereldoorlog een nationaal gezondheidsstelsel, de National Health Service opgezet. Dat zou volgens mij ook in Nederland op dit moment een ideaal alternatief zijn. Radicaal breken met de neoliberalisering, de marktwerking van de afgelopen vijftien jaar. Dat betekent onder andere dat alle specialisten gewoon in loondienst komen bij publieke, publiekrechtelijke ziekenhuizen. Hier in Nederland hebben we gesalarieerde specialisten, die krijgen 150.000 euro per jaar. Maar we hebben ook vrijgevestigde specialisten; zelfstandige ondernemers die behoren tot de duurste betaalde medici ter wereld. Hoger dan in de Verenigde Staten, er zijn specialisten in Nederland die 460 tot 500.000 euro op jaarbasis verdienen. Daarmee incasseren ze ongeveer zevenenhalftal maal het gemiddelde salaris in Nederland. In de Verenigde Staten is dat maximaal vijftienmaal het gemiddelde salaris. We zijn met z'n allen eigenlijk knettergek dat we dit nog altijd toestaan en accepteren. Het tweede waar we een eind aan moeten maken is de toenemende machtspositie van Big Pharma, de farmaceutische industrie. Om daar tegenwicht aan te bieden is opnieuw een publiekrechtelijk zorgstelsel gewenst, waarbij de Nederlandse overheid als onderhandelingspartner gaat fungeren ten overstaan van Big Pharma in de prijsbepaling van medicijnen. Je hebt dan de macht om tegen de farmaceutische industrie te zeggen: jullie krijgen alleen maar toegang tot onze markt op het moment dat je billijke prijzen gaat vragen. Dat is volgens mij de weg die we op moeten en dat is inderdaad breken met het neoliberale experiment dat we sinds 2006 aan het uitvoeren zijn in de gezondheidszorg. Laten we het in hemelsnaam weer simpel maken, terug naar de burger, weg met al die grote instellingen en vooral weg met al die baasjes die daarbovenop zitten.'

# ONZE ZORG

Tekst: Sandra Beckerman en Herman Beekers Illustratie: Nynke Vissia

**'1,1 miljoen Nederlanders krijgen geen hulp bij ziekte', 'Zwijgcontracten in de zorg', 'Kans op hoger eigen risico', 'Patiënten zien af van noodzakelijke zorg vanwege eigen risico', 'Veel meer sponsoring door farmaceuten', 'Problemen bij thuiszorgorganisatie'. Het zijn koppen die in het voorjaar van 2016 in de krant stonden.**

De SP wil een zorgstelsel waarin menselijke waardigheid, gelijkwaardigheid en solidariteit centraal staan. Het beginselprogramma van de SP stelt: 'Iedereen dient gelijkelijk recht te hebben op bescherming van zijn gezondheid en op toegang tot een hoogwaardige gezondheidszorg.' Een blik op de krantenkoppen hierboven maakt direct duidelijk dat het huidige stelsel daar niet aan voldoet. Verre van zelfs. Het maakt ook meteen duidelijk waarom de SP zo hard strijdt voor een beter zorgstelsel.

De SP zet zich in voor een nationaal zorgfonds én voor het afschaffen van het eigen risico. Dit moet in de plaats komen van een stelsel met een wirwar aan private verzekeringen. Een stelsel waarbij de kosten voor patiënten oplopen, terwijl de verzekeraars miljoenen winst maken en zorggeld wordt verkocht aan reclame en bonussen. De twee eisen in de campagne, een zorgfonds en het afschaffen van het eigen risico, sluiten naadloos aan bij de SP-beginselen. Deze maatregelen zorgen er immers voor dat iedereen weer de zorg kan krijgen die hij of zij nodig heeft zonder financiële drempels. Het is goed voor de menselijke waardigheid, de gelijkwaardigheid en de solidariteit. Het is om in de woorden van het beginselprogramma 'Heel de mens' te blijven: 'een kwestie van beschaving én een onmisbare investering in de toekomst'. Het winnen van deze campagne zou dus een goed begin zijn. En een belangrijke basis voor een nieuw zorgstelsel. Een zorgstelsel waarin niet

de markt, maar de mens centraal staat.

## ZORG VOOR GELIJKWAARDIGHEID

Mensen met een hoog inkomen leven in Nederland gemiddeld langer. Uit onderzoek van het CBS uit 2010 blijkt dat de levensverwachting van mannen uit de laagste inkomensklasse gemiddeld 73,9 jaar is. De levensverwachting van mannen uit de hoogste inkomensklasse is 81,1 jaar. Een verschil van 7,2 jaar. Bij vrouwen is het verschil iets kleiner: 6,7 jaar. Maar wellicht nog schokkender is het verschil in gezonde levensjaren. Mannen met een hoog inkomen leven gemiddeld 17,8 jaar langer in zeer goede gezondheid, vrouwen met een hoog inkomen 17,6 jaar. We kiezen voor een collectieve aanpak om deze sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Je krijgt de kloof niet dicht door alleen een beroep te doen op eigen keuzes. Naast bevorderen van gezond gedrag is verbetering van inkomen, woon- en werkomstandigheden nodig en een extra en actieve inzet van de (preventieve) zorg, met name in de arme wijken. Zulke investeringen kunnen leiden tot een enorme gezondheidswinst en dus ook maatschappelijke winst.

Preventie hoort in het basispakket. 'Voorkomen is beter dan genezen' is een binnen de SP veel gehoorde leus. Al in de jaren zeventig stonden SP-campagnes aan de wieg van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals- en borstkanker. We moeten niet alleen ziektes behandelen, maar vooral ook voorkomen dat mensen ziektes krijgen. Dat begint al jong: door te zorgen voor meer gymlessen op school, voor meer ruimte om buiten te spelen en voor regelingen die het ook voor arme kinderen mogelijk maken om te sporten. Daarnaast willen wij programma's die overgewicht en verslaving aan roken, alcohol en drugs aanpakken. En werknemers zouden beter beschermd moeten worden tegen beroepsziekten.

Nu sterven per dag tien mensen aan de gevolgen van beroepsziekten. De politiek praat erover maar van concrete maatregelen is geen sprake. De aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen én veel meer preventieve zorg verkleinen de tweedeling. Ook een solidair zorgstelsel doet dat, in tegenstelling tot het huidige stelsel. In maart bleek uit onderzoek van Binnenlands Bestuur dat een kwart van alle hulpbehoevenden afziet van zorg vanwege de kosten. Een bezoek aan de tandarts lijkt een luxe te worden. Het Centraal Bureau voor de Statistiek becijferde in maart dat 30 procent van de mensen met een laag inkomen vorig jaar niet naar de tandarts is geweest. Niet alleen de armsten maar ook mensen met een middeninkomen mijden door de hoge kosten steeds vaker zorg. Het zorgfonds en het afschaffen van het eigen risico zullen belangrijk zijn in het tegengaan van de tweedeling. Via het zorgfonds kan iedereen de zorg krijgen die hij of zij nodig heeft en het biedt meer dan het huidige uitgekledde basispakket. Het afschaffen van het eigen risico zorgt ervoor dat de boete op ziek zijn verdwijnt, die nu mensen met lagere inkomens het hardst treft.

## ZORG VOOR GOEDE MEDICIJNEN

Wetenschappelijke doorbraken hebben ervoor gezorgd dat sommige ziektes helemaal niet meer voorkomen, andere ziektes zijn steeds beter te behandelen. Er zijn nog veel wetenschappelijke doorbraken nodig. Een ander zorgsysteem maakt meer doorbraken mogelijk. Grote farmaceutische bedrijven hebben nu veel macht. Zij wekken graag de indruk dat zij veel investeren in medicijnonderzoek, maar de feiten zijn anders. Uit onderzoek van de Europese Commissie blijkt dat ze veel meer uitgeven aan marketing dan aan preklinisch onderzoek; 2,3 miljard meer om precies te zijn. Onderzoek is nu veelal gericht op medicijnen waaraan verdiend kan worden (blockbusters) en aan medicijnen die



varianten zijn op bestaande geneesmiddelen (me too medicijnen). Grote doorbraken blijken veelal van publiek onderzoek te komen. Op medicijnen zitten vaak grote winstmarges. Volgens de Europese Commissie is de winst gemiddeld 30 procent van de omzet, op sommige medicijnen 80 procent. De farmaceutische industrie is zeer machtig en beïnvloedt onderzoek en onderzoekers. Niet zelden komt zij in opspraak. Bijvoorbeeld als resultaten van onderzoek niet of verkeerd worden gepubliceerd. Of als ze artsen beïnvloedt door ze niet de beste, maar de meest lucratieve medicijnen te laten voorschrijven.

De zorg wordt onnodig duur door de enorme winsten en hoge kosten voor marketing van Big Pharma. Dat geld kan beter gebruikt worden om de zorg goedkoper en beter te maken. De SP wil dat er fors wordt geïnvesteerd in onderzoek naar nieuwe medicijnen en behandelingen. Dat moet publiek onderzoek zijn. De SP wil daarom een nationaal fonds geneesmiddelenonderzoek. Nieuwe ontdekkingen worden niet langer door Big Pharma gepatenteerd en op de markt gebracht, maar we kiezen voor Small Pharma, geen patenten, geen winstoogmerk en beschikbaarheid voor iedereen die het nodig heeft. Onderzoek en onderzoeksresultaten worden openbaar gemaakt. We gaan

van privaat naar publiek. Zorggeld gaat naar zorg en de macht van de farmaceutische industrie wordt aan banden gelegd.

### **ZORG VOOR ONS ALLEMAAL**

Het huidige stelsel draait om marktwerking; wij willen een stelsel dat draait om samenwerking. Marktwerking heeft de zorg niet beter gemaakt maar wel duurder. Marktwerking werkt niet. De private belangen zijn vaak in strijd met de belangen van zorgverlener en patiënt. Door bureaucratie, winst en het oppotten van zorggeld wordt de zorg onnodig duur.

We kiezen voor een systeem op menselijke maat, waarin de patiënt en de zorgverlener centraal staan. Waar dat mogelijk is, kiezen we voor zorg in de buurt. We kiezen voor het behoud van kleinschalige ziekenhuizen door het invoeren van een fusiestop. Het grootste deel van de ziekenhuiszorg is basiszorg en die organiseren we zoveel mogelijk dichtbij. We maken ruimte voor kleinschalige huisartsendiensten, vooral op het platteland. We versterken de eerste lijn door verlaging van de praktijknorm voor huisartsen, uitbreiden van kleinschalige gezondheidscentra in de buurt, poliklinieken en (preventieve) GGZ. Investeren in de eerste lijn en kleinschaligheid wordt ruimschoots terugverdiend

doordat er minder van de duurere tweedelijnszorg gebruik zal worden gemaakt. De huisarts behandelt 96 procent van de zorgvraag voor 4 procent van het totale budget.

Door thuiszorg, verpleging, verzorging en dagbesteding in de wijk te organiseren kunnen mensen langer zelfstandig op een voor hen vertrouwde plek blijven wonen. Ook verzorgings- en verpleeghuizen organiseren we op kleine schaal, in de buurt, net als de (instellings)zorg voor gehandicapten.

Ook zorg voor kinderen organiseren we beter. Met consultatiebureaus en jeugdzorg zoveel mogelijk in de buurt, met schoolartsen en schooltandartsen.

De professionals in de zorg moeten veel meer zeggenschap krijgen bij het vaststellen van de zorgbehoefte. Maar ook patiënten krijgen meer te zeggen. Zij moeten zelf kunnen bepalen welke zorg ze willen. Als zorginstellingen niet in staat zijn om zorg op maat te bieden dan horen zij de middelen te krijgen om het zelf te regelen, bijvoorbeeld via een verbeterd persoonsgebonden budget (pgb). De SP wil een zorgzame samenleving. We ondersteunen mensen die zorgen voor anderen, de mantelzorgers en vrijwilligers, veel beter dan nu het geval is.

### **ZORG IS GEEN SCHADEPOST**

De SP gaat in deze campagne voor de maatschappelijke winst. Het huidige systeem dat draait om de markt heeft geen winst opgeleverd voor diegenen waar het in de zorg om hoort te gaan: de patiënt en de zorgverlener. Wij gaan voor een zorgstelsel zonder winstoogmerk. Een systeem met goede zorg voor iedereen. Een systeem waarin de tweedeling tussen arm en rijk en ziek en gezond wordt teruggedrongen. Met het nationale zorgfonds zonder eigen risico wordt zorg weer betaalbaar voor de lagere en middeninkomens.

De gezondheidszorg mag wat kosten. Gezondheid is een van de belangrijkste zaken in het leven. Zorg is geen schadepost maar van grote waarde. Zij is waardescheppend als belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie en een bron van menselijk geluk. Beschaving heeft haar prijs.

# ZORG MOET WEER OVER MENSEN GAAN

Teks: Tijmen Lucie

**Het Alternatief voor de Zorg is het zevende boek in een serie over beroepseer. Het gaat over de geweldige zorg die door artsen, verpleegkundigen, mantelzorgers en vrijwilligers wordt verleend en over mooie initiatieven om de zorg beter te maken. Maar het gaat ook over de frustratie en het onbegrip bij veel patiënten en zorgverleners over het beleid dat vanuit de overheden komt, waarin het doel van kostenbeheersing alle middelen heiligt.**

Tien jaar kostenbeheersing en marktwerking heeft er niet toe geleid dat de zorg goedkoper of beter is geworden. Integendeel: onderzoek wijst uit dat er geleidelijk steeds minder geld en tijd naar daadwerkelijke zorg is gegaan. Elke van Ark laat in haar bijdrage zien dat in Nederland in 2011 rond de 20 procent van de totale kosten van ziekenhuizen aan

overhead werd besteed. Alleen de Verenigde Staten scoorden internationaal gezien hoger, met 25,3 procent. Van Ark haalt verder onderzoek aan uit 2010 waaruit naar voren komt dat in alle zorgsectoren tezamen maar liefst 38 procent van de tijd van zorgverleners werd besteed aan taken die op geen enkele wijze met de zorg zelf te maken hadden.

Ook het vertrouwen tussen de verschillende partijen in de zorg is sterk verminderd. Corné van der Meulen beschrijft hoe zorgverleners en burgers nauwelijks nog vertrouwen hebben in de zorgverzekeraars. En omgekeerd hoe zorgverzekeraars zorgprofessionals en burgers systematisch wantrouwen.

De disciplineringsoperatie van de afgelopen tien jaar heeft zorgorganisaties en zorgverleners volgens de auteurs 'ingewikkeld, duur, slaafs en bureaucratisch' gemaakt, waardoor hun belangrijkste taak – goede en humane zorg leveren voor patiënten – in het gedrang is gekomen. Te veel geld gaat naar bureaucratie die de zorg niet beter maakt, terwijl de innerlijke motivatie van zorgverleners niet of nauwelijks wordt gezien of benut.

## ALTERNATIEVEN

Na analyses van wat er mis is met het huidige zorgstelsel, komen in het tweede deel van het boek verschillende initiatieven en ideeën aan bod, die de zorg in Nederland wezenlijk hebben verbeterd of nog zullen verbeteren. Zo zal in Utrecht in 2017 een landelijk centrum voor de behandeling van en het onderzoek naar kinderkanker geopend worden om kennis en kunde op dit gebied te bundelen. In Maastricht wordt al volop geëxperimenteerd met anderhalvelijnszorg, waarbij medisch specialisten en huisartsen nauw samenwerken om te voorkomen dat mensen in het ziekenhuis belanden. En Buurtzorg Nederland heeft laten zien dat je in de thuiszorg helemaal

geen managers nodig hebt om goede en betaalbare zorg te verlenen.

## HET ROER MOET OM

De laatste jaren komen zorgverleners ook zelf steeds meer in actie om het stelsel te bekritisieren en te veranderen. Meest in het oog springende voorbeeld is Het Roer Moet Om, een beweging van huisartsen die in 2015 in opstand kwam tegen de zorgbureaucratie en de afgedwongen marktwerking. Een deel van hun eisen is inmiddels ingewilligd, een ander deel zal nog verder worden besproken. Naar verwachting gaat er wel het een en ander voor de huisartsen verbeteren, maar daar mag het van de auteurs van *Het Alternatief voor de Zorg* niet bij blijven. 'Voor een echte kanteling zullen heel veel meer zorgverleners en patiënten de handen ineen moeten slaan,' schrijven zij. Goede en betaalbare zorg is volgens hen alleen mogelijk als het gehele zorgstelsel dienstbaar wordt gemaakt aan de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Dit punt benadrukken zij nog eens in het manifest 'Beroepseer + zorg op maat = het alternatief', waarmee het boek wordt afgesloten.

## CONCLUSIE

De grootste meerwaarde van Het Alternatief voor de Zorg is dat er niet alleen wordt beschreven wat er mis is met het huidige zorgstelsel, maar dat er ook een alternatief wordt geboden voor een betere organisatie van de zorg. Een aantal inspirerende voorbeelden laten zien dat een zorgstelsel waarbij de relatie tussen patiënt en zorgverlener centraal staat, wel degelijk mogelijk is. Er is nog wel een lange weg te gaan om dat doel te bereiken. Het zal niet gemakkelijk zijn om de huidige machtsverhoudingen in de zorg te doorbreken, maar zoals het spreekwoord zegt: zonder strijd, geen overwinning.



Jos de Blok, Herman Suichies, Lewi Vogelpoel & Thijs Jansen (redactie)  
*Het alternatief voor de zorg. Humaniteit boven bureaucratie*  
Uitgeverij Boom