

# De zorg in balans



**Hoe marktwerking, solidariteit en hervorming  
de toekomst van de Nederlandse  
gezondheidszorg bepalen**

## Inleiding

Gezondheidszorg is een van de meest essentiële voorzieningen in onze samenleving. Het raakt iedereen, van jong tot oud, en speelt een cruciale rol in onze kwaliteit van leven en het welzijn van onze gemeenschap. In Nederland is de gezondheidszorg lange tijd gebaseerd geweest op solidariteit en toegankelijkheid. Iedereen droeg bij naar draagkracht, en zorg was beschikbaar voor iedereen die het nodig had. Met de invoering van marktwerking in 2006 veranderde dit fundamentele principe. Het zorgstelsel werd hervormd met het doel om meer efficiëntie en keuzevrijheid te bieden, maar deze veranderingen hebben ook nieuwe uitdagingen en knelpunten met zich meegebracht.

De stijgende zorgkosten, toenemende ongelijkheid en de spanning tussen winst en welzijn zijn belangrijke thema's die steeds meer mensen raken. Chronisch zieken, mensen met een lager inkomen en kwetsbare groepen worden het hardst getroffen door de financiële en administratieve barrières die het huidige systeem met zich meebrengt. Tegelijkertijd neemt het vertrouwen in de zorgverzekeraars en de overheid af, doordat de belofte van marktwerking – betere zorg tegen lagere kosten – voor velen niet is waargemaakt.

Dit dossier onderzoekt de impact van marktwerking op de Nederlandse gezondheidszorg en analyseert de uitdagingen waarmee het huidige systeem wordt geconfronteerd. We kijken naar de historische context en de belangrijkste veranderingen die hebben plaatsgevonden, evenals de gevolgen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarnaast wordt het Nederlandse systeem vergeleken met dat van andere landen om te kijken welke lessen we kunnen leren van internationale ervaringen.

Het dossier biedt ook een blik op de toekomst: welke hervormingen zijn mogelijk en welke rol kunnen burgers, beleidsmakers en zorgverleners spelen in het vormgeven van een zorgstelsel dat rechtvaardiger en duurzamer is? Door de verschillende perspectieven en mogelijke oplossingen te belichten, biedt dit document een uitgebreide basis voor verdere discussie en actie.

De zorg is niet slechts een economisch vraagstuk; het is een ethische en maatschappelijke kwestie die vraagt om een gezamenlijke inspanning. De keuzes die we maken over de organisatie van onze gezondheidszorg hebben een directe impact op het leven van miljoenen mensen. Het is tijd om kritisch te kijken naar wat we willen bereiken met ons zorgstelsel en hoe we dat het beste kunnen realiseren. Dit dossier is een uitnodiging om die discussie aan te gaan en bij te dragen aan een toekomst waarin gezondheidszorg weer draait om wat echt belangrijk is: het welzijn van mensen.

## **Hoofdstuk 1: De geschiedenis van zorgverzekeringen in Nederland**

De gezondheidszorg in Nederland heeft een lange geschiedenis van ontwikkeling en hervormingen doorgemaakt, waarbij het zorgsysteem meerdere keren ingrijpend is veranderd om beter aan te sluiten op de behoeften van de samenleving. De wortels van het huidige zorgstelsel gaan terug naar de eerste sociale voorzieningen in de late 19e en vroege 20e eeuw, toen het concept van ziekenfondsen werd geïntroduceerd om toegang tot medische zorg voor arbeiders mogelijk te maken. Dit hoofdstuk duikt in de geschiedenis van zorgverzekeringen in Nederland en legt de basis voor een beter begrip van het hedendaagse stelsel.

Tot het midden van de 20e eeuw was medische zorg in Nederland grotendeels een particulier aangelegenheid. Mensen betaalden direct aan artsen en ziekenhuizen voor behandelingen, en de kosten konden aanzienlijk zijn, waardoor veel Nederlanders afhankelijk waren van liefdadigheid of het ontberen van zorg. In reactie op deze ongelijkheid werden in de jaren 40 ziekenfondsen opgericht. Deze fondsen boden basisverzekeringen voor mensen met een lager inkomen, vaak gefinancierd door werkgevers en werknemersbijdragen. De overheid speelde een ondersteunende rol door toezicht te houden en bij te dragen aan de financiering. Voor hogere inkomens bleef particuliere zorgverzekeringen de norm.

Het systeem zoals dat na de Tweede Wereldoorlog werd vormgegeven, was gebaseerd op solidariteit. Iedereen droeg naar draagkracht bij, en de kosten voor medische zorg werden gelijk verdeeld over de samenleving. Dit duale stelsel, bestaande uit ziekenfondsen en particuliere verzekeringen, functioneerde decennialang naar tevredenheid. Voor lagere inkomens betekende het toegang tot zorg zonder financiële drempels, terwijl hogere inkomens de keuzevrijheid hadden om hun zorgaanbieders en verzekeringspakketten te kiezen. Hoewel dit systeem effectief was in het bieden van toegankelijke zorg, ontstond er vanaf de jaren 80 en 90 kritiek op de vermeende bureaucratie en inefficiëntie van de ziekenfondsen.

In de jaren 90 begon een breed debat over de toekomst van het zorgstelsel. Onder invloed van neoliberale ideeën, die wereldwijd opkwamen, ontstond de overtuiging dat marktwerking een oplossing zou bieden voor de vermeende problemen in de zorg. Het idee was dat concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zou leiden tot meer efficiëntie, lagere kosten en innovatie. Deze ideeën werden verder versterkt door rapporten van internationale

organisaties zoals de OESO, die Nederland aanraadden om het zorgstelsel te hervormen.

De omslag kwam in 2006, met de introductie van de Zorgverzekeringswet. Dit nieuwe stelsel schafte het onderscheid tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen af en introduceerde een uniform basispakket voor alle Nederlanders. Iedere burger werd verplicht om zich te verzekeren voor een door de overheid vastgesteld basispakket, terwijl zorgverzekeraars onderling konden concurreren op aanvullende pakketten en service. Werkgeversbijdragen bleven bestaan, maar het systeem veranderde fundamenteel door de rol van private verzekeraars als uitvoerders van de zorg.

Een van de belangrijkste veranderingen was de introductie van het eigen risico. Burgers moesten voortaan een vast bedrag uit eigen zak betalen voordat hun zorgkosten werden vergoed. Dit moest mensen bewust maken van hun zorggebruik en onnodige behandelingen voorkomen. Tegelijkertijd werd het basispakket vastgesteld door de overheid, om te waarborgen dat iedereen toegang had tot noodzakelijke zorg. Zorgverzekeraars mochten niet selecteren op basis van leeftijd, gezondheid of inkomen, maar kregen wel de vrijheid om concurrerend te opereren en winst te maken.

De hervorming van 2006 werd gepresenteerd als een grote stap vooruit. Door de combinatie van publieke regie en private uitvoering zou de zorg efficiënter en goedkoper worden, terwijl de kwaliteit gewaarborgd bleef. Echter, al snel begonnen de eerste barsten in het systeem zichtbaar te worden. De kosten van de zorg stegen gestaag, ondanks beloftes dat marktwerking deze onder controle zou houden. Ook het eigen risico en de premies bleken voor veel mensen een zware financiële last te vormen. Critici wezen erop dat

de focus van verzekeraars steeds meer op winstmaximalisatie lag, waardoor patiënten minder zorg kregen voor hogere kosten.

De overgang naar het nieuwe systeem was niet zonder controverse. Veel mensen ervoeren het als een breuk met het oude solidariteitsprincipe. Waar vroeger inkomensafhankelijke bijdragen zorgden voor een eerlijke verdeling van kosten, werd nu iedereen verplicht om hetzelfde basispakket te kopen, ongeacht inkomen. Hierdoor kwam er meer druk op huishoudens met lagere inkomens, terwijl hogere inkomens profiteerden van de liberalisering van aanvullende verzekeringen. Tegelijkertijd was er kritiek op de macht die zorgverzekeraars kregen in het nieuwe stelsel. Zij bepaalden grotendeels welke zorg werd vergoed en tegen welke tarieven, wat leidde tot spanningen tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

Een ander probleem dat zich begon af te tekenen, was de complexiteit van het nieuwe systeem. Waar het oude ziekenfondssysteem relatief eenvoudig te begrijpen was, bracht de Zorgverzekeringswet een wirwar van polissen, pakketten en voorwaarden met zich mee. Veel burgers raakten het overzicht kwijt, wat leidde tot onzekerheid en wantrouwen tegenover verzekeraars en de overheid. De beloofde keuzevrijheid bleek in de praktijk beperkt, omdat de meeste mensen elk jaar bij dezelfde verzekeraar bleven en maar weinig gebruikmaakten van de mogelijkheid om over te stappen.

Ondanks de kritiek en de opkomst van alternatieve voorstellen, blijft het huidige stelsel grotendeels overeind. Hervormingen, zoals het verhogen van het eigen risico en het beperken van de dekking van het basispakket, hebben vooral bijgedragen aan verdere polarisatie in het debat over zorg. Voorstanders van het systeem wijzen op de relatieve toegankelijkheid en hoge kwaliteit van de Nederlandse zorg in vergelijking met andere landen. Tegenstanders benadrukken

echter de toenemende ongelijkheid, de stijgende kosten en de bureaucratische rompslomp die het systeem met zich meebrengt.

In retrospectief heeft de geschiedenis van zorgverzekeringen in Nederland een belangrijke les geleerd: elk systeem heeft voordelen en nadelen, maar de keuze voor privatisering heeft de gezondheidszorg veranderd van een publiek goed in een marktproduct. Deze verschuiving heeft niet alleen financiële gevolgen gehad, maar ook invloed op de manier waarop burgers zorg ervaren en vertrouwen in het systeem. Dit hoofdstuk legt de basis voor verdere discussie over de impact van privatisering op de gezondheidszorg en de vraag of het systeem nog steeds voldoet aan de behoeften van de samenleving.

## **Hoofdstuk 2: Marktwerving: beloften en verwachtingen**

De introductie van marktwerving in de zorg werd gepresenteerd als een grote vooruitgang. Politici, beleidsmakers en economen stelden dat de gezondheidszorg efficiënter en doelmatiger kon worden georganiseerd door concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te introduceren. De beloften waren veelbelovend: lagere kosten, hogere kwaliteit van zorg, meer keuzevrijheid voor patiënten en een systeem dat beter zou inspelen op de behoeften van de samenleving. Dit hoofdstuk onderzoekt deze beloften en de verwachtingen die daarmee gepaard gingen.

Eén van de kernideeën achter marktwerving was dat concurrentie zou leiden tot innovatie. Zorgverzekeraars zouden zich inspannen om de beste zorg tegen de laagste kosten aan te bieden, waardoor verspilling en inefficiëntie zouden worden uitgebannen.

Zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en huisartsen, zouden eveneens hun processen optimaliseren om aantrekkelijker te worden voor verzekeraars en patiënten. Deze

concurrentiedynamiek werd verondersteld een stimulerend effect te hebben op zowel de prijs als de kwaliteit van de zorg.

Een ander belangrijk argument voor marktwerking was het idee van keuzevrijheid. Patiënten zouden niet langer beperkt worden tot een vast zorgpakket, zoals dat in het oude ziekenfondssysteem het geval was. In plaats daarvan zouden zij kunnen kiezen uit een breed scala aan zorgverzekeraars en polissen, elk met hun eigen specifieke voordelen en aanvullende opties. Dit zou patiënten meer controle geven over hun eigen zorg en de mogelijkheid bieden om een polis te kiezen die nauw aansluit bij hun persoonlijke behoeften en voorkeuren.

Ook werd verwacht dat marktwerking zou leiden tot een betere kostenbeheersing. Door concurrentie zouden zorgaanbieders zich genoodzaakt voelen om hun tarieven te verlagen en efficiënter te werken. Dit zou leiden tot een afname van de totale zorguitgaven, zowel voor de overheid als voor burgers. Bovendien zou een systeem met eigen risico en aanvullende verzekeringen mensen bewuster maken van hun zorggebruik. Het idee was dat dit zogenaamde “moral hazard” – het fenomeen waarbij mensen meer zorg consumeren omdat zij er niet direct voor betalen – zou verminderen.

Hoewel de beloften aantrekkelijk klinken, waren er ook vanaf het begin kritische geluiden te horen. Deskundigen waarschuwden dat de gezondheidszorg niet zomaar kan worden behandeld als een marktproduct. Zorg is geen luxeproduct waar men vrijwillig voor kiest, maar een essentiële behoefte die vaak gepaard gaat met emotionele en fysieke kwetsbaarheid. Deze afhankelijkheid maakt het moeilijk om een rationele keuze te maken op basis van prijs en kwaliteit, zoals dat wel het geval is bij andere marktproducten. Bovendien hebben veel patiënten weinig kennis van medische



zaken, waardoor zij in grote mate afhankelijk blijven van de adviezen van zorgprofessionals en verzekeraars.

Daarnaast werd door critici gesteld dat de winstmotieven van verzekeraars en zorgaanbieders de zorg eerder zouden verslechteren dan verbeteren. In een systeem dat gericht is op winstmaximalisatie, bestaat het risico dat de focus verschuift van het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg naar het minimaliseren van kosten. Dit kan leiden tot onderbehandeling, wachttijden en een gebrek aan aandacht voor preventie en chronische aandoeningen. Ook werd gevreesd dat kwetsbare groepen, zoals ouderen, chronisch zieken en mensen met een laag inkomen, onevenredig zwaar getroffen zouden worden door de kosten en beperkingen van een marktgestuurd systeem.

De realiteit van de afgelopen twintig jaar heeft veel van deze kritieken bevestigd. Hoewel het zorgstelsel inderdaad een zekere mate van keuzevrijheid biedt, maken relatief weinig mensen gebruik van de mogelijkheid om jaarlijks van verzekeraar te wisselen. Voor velen is het vergelijken van polissen en pakketten een tijdrovend en ingewikkeld proces, waardoor zij vaak kiezen voor de “veilige optie” van het behouden van hun huidige verzekering. Bovendien is de keuzevrijheid in de praktijk beperkt, omdat veel zorgaanbieders contracten hebben met specifieke verzekeraars, wat betekent dat patiënten vaak niet vrij zijn in hun keuze van arts of ziekenhuis.

Wat betreft de kostenbeheersing is het beeld gemengd. Hoewel sommige sectoren van de zorg efficiënter zijn geworden, zijn de totale uitgaven voor de gezondheidszorg fors gestegen. De kosten voor burgers zijn omhooggeschoten door de stijgende premies, het verplichte eigen risico en de toenemende eigen bijdragen voor behandelingen en medicijnen. Tegelijkertijd blijven veel zorgverzekeraars aanzienlijke winsten maken, wat leidt tot kritiek op

het gebruik van premiegelden voor commerciële doeleinden in plaats van voor het verbeteren van zorg.

Een ander punt van zorg is de bureaucratie die gepaard gaat met het marktgestuurde systeem. De introductie van marktwerking heeft geleid tot een aanzienlijke toename van administratieve lasten voor zowel zorgverleners als patiënten. Zorgaanbieders moeten voldoen aan uitgebreide regelgeving en rapportage-eisen, wat hen dwingt om meer tijd te besteden aan papierwerk en minder aan patiëntenzorg. Patiënten worden geconfronteerd met ingewikkelde procedures voor declaraties en vergoedingen, wat vaak tot frustratie en verwarring leidt.

Een van de meest ingrijpende gevolgen van marktwerking is echter de toenemende ongelijkheid in de toegang tot zorg. Hoewel het basispakket wettelijk verplicht is en voor iedereen toegankelijk moet zijn, hebben aanvullende verzekeringen en eigen bijdragen een drempel gecreëerd voor mensen met lage inkomens. Deze groep moet vaak afzien van aanvullende verzekeringen en bepaalde behandelingen, omdat de kosten te hoog zijn. Hierdoor ontstaat een tweedeling in de zorg, waarbij rijkere burgers toegang hebben tot hoogwaardige zorg en armen worden beperkt tot het absolute minimum.

De verwachtingen van marktwerking in de zorg zijn slechts gedeeltelijk waargemaakt. Hoewel er sprake is van een zekere mate van efficiëntie en innovatie, worden deze voordelen vaak tenietgedaan door de negatieve effecten van winstmaximalisatie, bureaucratie en ongelijkheid. De beloofde keuzevrijheid blijkt in de praktijk beperkt, terwijl de kosten voor burgers en de samenleving als geheel blijven stijgen. Het debat over marktwerking in de zorg blijft daarom actueel, met oproepen tot hervormingen die de balans tussen efficiëntie en solidariteit moeten herstellen.

Met de ervaringen van de afgelopen decennia in gedachten, is het duidelijk dat marktwerking geen wondermiddel is voor de gezondheidszorg. Het is een complex systeem dat vraagt om zorgvuldig beleid en continue evaluatie om ervoor te zorgen dat de zorg betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit blijft. In de volgende hoofdstukken zal worden onderzocht hoe deze uitdagingen zich verder ontwikkelen en welke alternatieven mogelijk zijn om de problemen van het huidige stelsel aan te pakken.

### **Hoofdstuk 3: De kosten van gezondheidszorg: vroeger versus nu**

De stijgende kosten van gezondheidszorg zijn een van de meest besproken onderwerpen sinds de invoering van marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel. Wat ooit begon als een relatief betaalbaar systeem, waarin de kosten grotendeels door solidariteit werden gedeeld, is veranderd in een stelsel waarin burgers en bedrijven steeds meer bijdragen en tegelijkertijd minder zekerheid en dekking krijgen. Dit hoofdstuk biedt een gedetailleerde vergelijking van de kosten van de zorg vroeger en nu, en onderzoekt hoe deze ontwikkeling de samenleving heeft beïnvloed.

In de jaren voorafgaand aan 2006, toen de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd, waren de kosten van zorg relatief overzichtelijk. Mensen met een lager inkomen waren verzekerd via het ziekenfonds, waarvoor ze een inkomensafhankelijke premie betaalden. Deze premie werd aangevuld door bijdragen van werkgevers en de overheid. Voor mensen met een hoger inkomen waren er particuliere verzekeringen, die vaak wat duurder waren, maar ook meer keuzevrijheid boden. In deze periode lagen de maandelijkse kosten voor een ziektekostenverzekering aanzienlijk

lager dan nu, en was er geen sprake van een eigen risico of bijkomende kosten voor basiszorg.

In 1999 betaalde een gemiddeld gezin met twee personen ongeveer 38 gulden per maand aan het ziekenfonds. Dit kwam neer op iets minder dan 17,50 euro, ofwel 8,75 euro per persoon. Voor dit bedrag was vrijwel alle zorg gedekt, inclusief behandelingen, medicijnen en specialistische hulp. Er waren geen extra eigen bijdragen, en langdurige behandelingen werden volledig vergoed. Dit systeem zorgde ervoor dat mensen toegang hadden tot zorg zonder zich zorgen te maken over onverwachte financiële lasten.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn de kosten voor zorg echter exponentieel gestegen. De verplichte basisverzekering, die voor alle Nederlanders geldt, kost tegenwoordig gemiddeld 150 euro per maand. Dit is een stijging van meer dan zeventien keer ten opzichte van de kosten in 1999. Daarbovenop komt een verplicht eigen risico van 385 euro per jaar, wat betekent dat burgers eerst deze kosten uit eigen zak moeten betalen voordat hun zorg wordt vergoed. Voor mensen met een lager inkomen, of voor gezinnen met meerdere kinderen, vormen deze kosten een enorme financiële druk.

Naast de directe kosten voor zorgverzekeringen, dragen burgers ook indirect bij aan de zorgkosten via belastingheffingen.

Werkgevers en werknemers betalen samen ongeveer 12 procent van het brutoloon aan zorgbijdragen. Voor een gemiddeld inkomen van ongeveer 44.000 euro per jaar komt dit neer op 5.280 euro, ofwel 440 euro per maand. Wanneer dit bedrag wordt opgeteld bij de premie voor de basisverzekering en het eigen risico, komt de totale maandelijkse last uit op ongeveer 590 euro per persoon. Dit is een stijging van meer dan zestig keer ten opzichte van de kosten in het ziekenfondssysteem.

De stijgende zorgkosten hebben ook invloed op de keuzes die mensen maken ten aanzien van hun zorg. Door de hoge kosten van aanvullende verzekeringen en eigen bijdragen zien steeds meer mensen af van zorg die niet in het basispakket zit. Tandheelkundige zorg, fysiotherapie en alternatieve geneeswijzen worden bijvoorbeeld steeds vaker vermeden, omdat ze financieel onbereikbaar zijn geworden. Dit leidt tot situaties waarin mensen te lang wachten met het zoeken van hulp, waardoor hun gezondheidsproblemen verergeren en uiteindelijk duurder worden om te behandelen.

Ook de zorgaanbieders worden geconfronteerd met financiële uitdagingen. Ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en andere zorginstellingen moeten opereren binnen de grenzen van de budgetten die zijn vastgesteld door zorgverzekeraars. Dit leidt vaak tot keuzes die de kwaliteit van zorg beïnvloeden, zoals het beperken van tijd voor patiënten, het verminderen van personeel en het gebruik van goedkopere maar mogelijk minder effectieve behandelingen. De focus op kostenbesparing heeft ook geleid tot een toename van bureaucratie, omdat zorgaanbieders voortdurend hun uitgaven en prestaties moeten verantwoorden aan verzekeraars.

Een ander belangrijk aspect van de stijgende zorgkosten is de impact op solidariteit binnen het stelsel. Waar het oude ziekenfondsmodel gebaseerd was op inkomensafhankelijke bijdragen, betalen alle Nederlanders nu dezelfde premie voor het basispakket. Dit betekent dat mensen met een lager inkomen relatief meer betalen als percentage van hun inkomen dan mensen met een hoger inkomen. Dit gebrek aan herverdeling heeft geleid tot een toename van ongelijkheid en financiële stress, vooral voor

kwetsbare groepen zoals ouderen, chronisch zieken en alleenstaande ouders.

De vraag die veel burgers en beleidsmakers bezighoudt, is waarom de zorgkosten zo sterk zijn gestegen. Een deel van de verklaring ligt in de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische ziekten, die meer en langdurigere zorg vereisen. Daarnaast spelen technologische innovaties in de medische sector een rol, die vaak gepaard gaan met hoge kosten voor apparatuur en behandelingen. Toch wijzen veel experts ook op de rol van marktwerking en winstmaximalisatie door zorgverzekeraars. Door de introductie van concurrentie en de nadruk op financiële prestaties is een groot deel van de zorgkosten verschoven van patiëntenzorg naar administratie, marketing en winstuitkeringen.

De stijgende kosten van gezondheidszorg hebben niet alleen financiële gevolgen, maar ook maatschappelijke implicaties. Veel mensen ervaren stress en onzekerheid over hun vermogen om zorg te betalen, wat hun algehele welzijn en gezondheid negatief beïnvloedt. Dit heeft een sneeuwbaaleffect op andere delen van de samenleving, zoals werkproductiviteit, sociale cohesie en vertrouwen in de overheid en het zorgstelsel. Bovendien zorgt de ongelijkheid in toegang tot zorg voor een tweedeling, waarbij welgestelde burgers toegang hebben tot hoogwaardige zorg en kwetsbare groepen worden beperkt tot het absolute minimum.

In vergelijking met andere landen staat Nederland bekend om de relatief hoge kwaliteit van zorg, maar de vraag blijft of deze kwaliteit op de lange termijn houdbaar is binnen het huidige systeem. Het stijgende aandeel van zorgkosten in het huishoudbudget van burgers en in de overheidsuitgaven roept vragen op over de duurzaamheid en rechtvaardigheid van het stelsel. Zonder ingrijpende hervormingen zullen de kosten naar verwachting blijven

stijgen, met verdere gevolgen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de kosten van gezondheidszorg in Nederland sinds de invoering van marktwerking dramatisch zijn gestegen, zonder dat dit heeft geleid tot een evenredige verbetering van de zorgkwaliteit of toegankelijkheid. De uitdagingen die hieruit voortvloeien, vereisen niet alleen technische oplossingen, maar ook een herbezinning op de waarden en principes die aan de basis liggen van het zorgstelsel. De volgende hoofdstukken zullen dieper ingaan op de rol van zorgverzekeraars, de impact op kwetsbare groepen en mogelijke alternatieven om het stelsel rechtvaardiger en duurzamer te maken.

#### **Hoofdstuk 4: De rol van verzekeraars**

De invoering van marktwerking in de zorg heeft zorgverzekeraars in een centrale rol geplaatst binnen het Nederlandse zorgstelsel. Oorspronkelijk bedoeld als instrumenten om kosten te beheersen en de efficiëntie te verbeteren, zijn zorgverzekeraars nu niet alleen tussenpersonen, maar ook machtige spelers die het zorgaanbod, de vergoedingen en in sommige gevallen zelfs de kwaliteit van de zorg bepalen. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe deze rol zich heeft ontwikkeld, welke gevolgen dit heeft voor de zorgsector en in hoeverre de macht van verzekeraars bijdraagt aan of juist afbreuk doet aan de doelstellingen van het zorgstelsel.

In het oorspronkelijke ziekenfondsmodel waren zorgverzekeraars vooral administratieve uitvoerders die zorg toegankelijk maakten voor iedereen. Hun primaire taak was het innen van premies en het vergoeden van zorgkosten, met duidelijke richtlijnen en weinig ruimte voor winstgedreven beleid. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 veranderde dit echter drastisch.

Zorgverzekeraars werden verantwoordelijk voor het inkopen van zorg namens hun verzekerden en kregen daarmee aanzienlijke invloed over welke zorg werd aangeboden, tegen welke voorwaarden en voor welke kosten.

Een van de belangrijkste argumenten voor deze hervorming was dat verzekeraars als commerciële entiteiten efficiënter zouden opereren dan een publiek stelsel. Ze zouden scherp onderhandelen met zorgaanbieders om de beste prijs-kwaliteitverhouding te realiseren, waardoor verspilling en inefficiëntie in de zorg zouden worden teruggedrongen. Tegelijkertijd zouden zij concurreren om klanten, wat zou leiden tot innovatie en betere dienstverlening. Deze beloftes waren gebaseerd op het idee dat verzekeraars als private bedrijven intrinsiek gemotiveerd zouden zijn om kosten te beheersen en kwaliteit te waarborgen.

In de praktijk blijkt echter dat de rol van verzekeraars complexer en vaak problematischer is dan destijds werd voorzien. Hoewel zij inderdaad onderhandelen met zorgaanbieders, ligt de nadruk vaak meer op kostenbeheersing dan op kwaliteitsverbetering. Dit heeft geleid tot spanningen tussen verzekeraars en zorgaanbieders, waarbij de laatste regelmatig klagen over een gebrek aan ruimte om hun werk goed te doen. Zorgaanbieders worden vaak geconfronteerd met strikte budgetten en bureaucratische eisen, die de tijd en middelen die zij aan patiënten kunnen besteden, beperken.

Een ander punt van zorg is de mate waarin zorgverzekeraars hun macht uitoefenen over het zorgaanbod. Door selectieve contractering kunnen zij bepalen welke zorgaanbieders wel of niet binnen hun netwerk vallen. Dit heeft directe gevolgen voor patiënten, die in sommige gevallen niet vrij zijn om hun eigen arts of ziekenhuis te kiezen. Hoewel deze selectieve contractering wordt



gepresenteerd als een manier om kwaliteit te waarborgen, roept het ook vragen op over de mate van controle die verzekeraars hebben over het zorglandschap en de beperkte keuzevrijheid die dit voor patiënten met zich meebrengt.

Daarnaast is er kritiek op de commerciële aard van zorgverzekeraars. Hoewel zij wettelijk verplicht zijn om iedereen te accepteren voor het basispakket en niet mogen selecteren op gezondheid of leeftijd, blijven zij winstgedreven organisaties. Dit leidt tot spanningen tussen hun rol als hoeders van de volksgezondheid en hun verplichting aan aandeelhouders of andere financiële belangen. De focus op winstmaximalisatie kan ertoe leiden dat zorgkosten worden verlaagd door behandelingen en vergoedingen te beperken, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van de zorg.

De macht van verzekeraars strekt zich ook uit tot de manier waarop zorg wordt geleverd. Veel zorgaanbieders zijn afhankelijk van de contracten die zij met verzekeraars sluiten om hun inkomsten te genereren. Dit geeft verzekeraars aanzienlijke invloed over de operationele beslissingen van zorgaanbieders, zoals welke behandelingen zij aanbieden, hoe zij hun personeel inzetten en hoe zij hun budgetten beheren. Hoewel dit in sommige gevallen kan bijdragen aan efficiëntie, kan het ook leiden tot een situatie waarin financiële overwegingen de zorginhoud dicteren, in plaats van medische expertise en patiëntgerichte zorg.

De administratieve lasten die gepaard gaan met de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn een ander punt van kritiek. Zorgaanbieders moeten uitgebreide rapportages en verantwoordingen indienen om aan te tonen dat zij voldoen aan de eisen van verzekeraars. Dit leidt tot een toename van bureaucratie en vermindert de tijd en middelen die beschikbaar zijn voor directe

patiëntenzorg. Veel zorgverleners geven aan dat zij zich steeds meer administrateur voelen in plaats van arts of verpleegkundige, wat bijdraagt aan een gevoel van frustratie en burn-out in de sector.

Een ander zorgwekkend aspect van de rol van verzekeraars is de ongelijkheid die hun beleid kan creëren. Hoewel het basispakket wettelijk is vastgelegd, verschillen de aanvullende verzekeringen die door verzekeraars worden aangeboden sterk in dekking en kosten. Dit betekent dat mensen met een hoger inkomen vaak toegang hebben tot meer en betere zorg dan mensen met een lager inkomen, die zich geen uitgebreide aanvullende verzekering kunnen veroorloven. Deze ongelijkheid staat haaks op het oorspronkelijke solidariteitsprincipe dat aan de basis lag van het Nederlandse zorgstelsel.

De kritiek op verzekeraars heeft geleid tot oproepen voor hervorming van hun rol in het zorgstelsel. Sommige pleiten voor een terugkeer naar een publiek model, waarin zorgverzekeraars weer worden beperkt tot administratieve uitvoerders zonder winstdoelstellingen. Anderen stellen voor om de macht van verzekeraars te beperken door striktere regelgeving en meer controle door de overheid. Er zijn ook voorstellen om de zorgverzekeringsmarkt te herstructureren, bijvoorbeeld door het introduceren van non-profit verzekeraars of het instellen van een nationaal basisfonds voor zorg.

Ondanks de kritiek blijven zorgverzekeraars een onmisbaar onderdeel van het Nederlandse zorgstelsel. Zij spelen een cruciale rol in het organiseren en financieren van zorg, en hun kennis en expertise kunnen waardevol zijn bij het verbeteren van de efficiëntie en kwaliteit van het systeem. De uitdaging ligt in het vinden van een balans tussen hun commerciële belangen en hun maatschappelijke

verantwoordelijkheid, zodat zij kunnen bijdragen aan een zorgstelsel dat betaalbaar, toegankelijk en rechtvaardig is voor iedereen.

Dit hoofdstuk heeft laten zien hoe de rol van zorgverzekeraars zich heeft ontwikkeld sinds de invoering van marktwerking en welke uitdagingen en spanningen hiermee gepaard gaan. In de volgende hoofdstukken zullen we onderzoeken hoe deze dynamiek van invloed is op specifieke groepen in de samenleving en welke alternatieven er zijn om de balans in het zorgstelsel te herstellen.

## **Hoofdstuk 5: De impact op de zorgkwaliteit**

Marktwerking in de zorg had als doel om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Door concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden efficiëntie en innovatie worden gestimuleerd, wat uiteindelijk zou leiden tot betere zorg voor patiënten. Nu, bijna twee decennia na de invoering van de Zorgverzekeringswet, rijst de vraag of deze belofte is waargemaakt. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe marktwerking de kwaliteit van zorg heeft beïnvloed en welke consequenties dit heeft voor patiënten en zorgverleners.

Een van de meest besproken gevolgen van marktwerking is de verschuiving van de focus op zorgkwaliteit naar kostenbeheersing. Zorgverzekeraars streven ernaar om zo efficiënt mogelijk te opereren en hun kosten te minimaliseren, terwijl zij tegelijkertijd winstgevend moeten blijven. Dit heeft geleid tot een systeem waarin de nadruk ligt op het beperken van uitgaven, vaak ten koste van de kwaliteit van zorg. Behandelingen die voorheen standaard werden aangeboden, zijn in veel gevallen geschrappt uit het basispakket of onderworpen aan strikte voorwaarden. Hierdoor moeten patiënten vaker zelf betalen voor essentiële zorg of afzien van behandelingen.

De introductie van selectieve contractering is een van de manieren waarop verzekeraars proberen kosten te drukken. Bij selectieve contractering sluiten zorgverzekeraars alleen contracten met zorgaanbieders die aan hun eisen voldoen, zoals het hanteren van lage tarieven. Dit kan leiden tot situaties waarin patiënten geen toegang hebben tot zorg in hun directe omgeving, omdat hun verzekeraar geen contract heeft met een nabijgelegen ziekenhuis of specialist. Hoewel verzekeraars claimen dat selectieve contractering de kwaliteit van zorg bevordert door alleen samen te werken met de beste zorgaanbieders, wijzen critici erop dat het vaak vooral om kostenbesparing draait.

Een ander gevolg van marktwerking is de stijgende administratieve druk op zorgverleners. Ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgaanbieders moeten uitgebreide rapportages en verantwoordingen indienen om te voldoen aan de eisen van zorgverzekeraars. Dit zorgt ervoor dat artsen en verpleegkundigen meer tijd besteden aan administratieve taken en minder aan directe patiëntenzorg. Veel zorgverleners geven aan dat deze bureaucratische lasten bijdragen aan een gevoel van frustratie en burn-out, wat op zijn beurt weer gevolgen heeft voor de kwaliteit van zorg die zij kunnen bieden.

De nadruk op kostenbeheersing en administratieve verantwoording heeft ook geleid tot een verschraving van het zorgaanbod. Zorginstellingen worden steeds meer gedwongen om keuzes te maken over welke behandelingen zij wel of niet aanbieden, gebaseerd op financiële haalbaarheid in plaats van medische noodzaak. Dit heeft ertoe geleid dat sommige gespecialiseerde behandelingen alleen nog beschikbaar zijn in een beperkt aantal ziekenhuizen, waardoor patiënten verder moeten reizen of langer moeten wachten op zorg. In acute situaties kan dit ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van patiënten.

Een ander punt van zorg is de ongelijkheid in toegang tot zorg die door marktwerking is ontstaan. Hoewel het basispakket voor iedereen hetzelfde is, verschillen de aanvullende verzekeringen sterk in dekking en kosten. Mensen met een hoger inkomen kunnen zich vaak uitgebreidere verzekeringen veroorloven, waardoor zij toegang hebben tot meer en betere zorgopties. Mensen met een lager inkomen zijn vaak beperkt tot het basispakket en kunnen bepaalde behandelingen of medicijnen niet betalen. Dit leidt tot een tweedeling in de zorg, waarbij rijke en arme patiënten niet dezelfde kansen hebben op goede gezondheidszorg.

De druk op zorgverleners is eveneens een belangrijk aspect van de impact op zorgkwaliteit. De invoering van prestatiebekostiging, waarbij zorgaanbieders worden betaald op basis van het aantal behandelingen dat zij uitvoeren, heeft geleid tot een focus op kwantiteit in plaats van kwaliteit. Zorgverleners worden aangemoedigd om zoveel mogelijk patiënten te behandelen in zo kort mogelijke tijd, wat ten koste kan gaan van de persoonlijke aandacht en zorgvuldigheid die nodig zijn voor kwalitatief hoogwaardige zorg. Dit wordt versterkt door de stijgende werkdruk en het tekort aan personeel in de zorgsector.

Naast de directe gevolgen van marktwerking zijn er ook bredere maatschappelijke effecten op de zorgkwaliteit. De focus op kostenbeheersing en efficiëntie heeft geleid tot een afname van aandacht voor preventieve zorg en welzijn. Investerings in gezondheidsbevordering, zoals programma's voor voeding, beweging en mentale gezondheid, zijn vaak de eerste bezuinigingsposten in een systeem dat gericht is op het behandelen van ziekten in plaats van het voorkomen ervan. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de gezondheid van individuen, maar ook voor de

samenleving als geheel, omdat preventieve zorg op de lange termijn kosten kan besparen en de kwaliteit van leven kan verbeteren.

De introductie van marktwerking heeft echter ook enkele positieve effecten gehad op de zorgkwaliteit. Zo heeft concurrentie tussen zorgaanbieders in sommige gevallen geleid tot innovaties in behandelingen en technieken. Ziekenhuizen en klinieken die zich willen onderscheiden van hun concurrenten, investeren vaker in moderne apparatuur en technologieën. Dit kan leiden tot betere behandelresultaten en een snellere hersteltijd voor patiënten. Toch blijven deze voordelen beperkt tot specifieke sectoren en regio's, terwijl de negatieve gevolgen van marktwerking breder voelbaar zijn.

De impact van marktwerking op de zorgkwaliteit is een complex en veelbesproken onderwerp. Hoewel er enkele positieve ontwikkelingen zijn geweest, zoals innovaties in bepaalde delen van de zorg, worden deze vaak overschaduwd door de nadelen van kostenbeheersing, bureaucratie en ongelijkheid. De balans tussen efficiëntie en kwaliteit blijft een uitdaging, en er zijn ingrijpende hervormingen nodig om ervoor te zorgen dat het zorgstelsel in Nederland voldoet aan de behoeften van alle burgers.

In de volgende hoofdstukken zullen we dieper ingaan op de effecten van deze ontwikkelingen op kwetsbare groepen en de vraag of er alternatieven zijn die de balans in het zorgstelsel kunnen herstellen. Het is duidelijk dat marktwerking niet het wondermiddel is gebleken dat het ooit leek te zijn, en dat er behoefte is aan een nieuwe benadering die zorgkwaliteit centraal stelt in plaats van kostenbeheersing.

## **Hoofdstuk 6: De chronisch zieken en kwetsbaren**

In een zorgstelsel waarin marktwerking een centrale rol speelt, wordt vaak onvoldoende rekening gehouden met de specifieke behoeften van chronisch zieken en kwetsbare groepen. Deze mensen vormen een groot deel van de zorggebruikers, omdat zij doorlopend afhankelijk zijn van medische behandelingen, medicijnen en ondersteuning. Ondanks het feit dat deze groep het hardst geraakt wordt door stijgende kosten en bureaucratische barrières, lijkt het systeem hen steeds meer in de steek te laten. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe de chronisch zieken en kwetsbaren worden beïnvloed door de veranderingen in het zorgstelsel en welke structurele problemen dit met zich meebrengt.

Nederland telt ruim 11 miljoen mensen met een chronische ziekte of aandoening. Deze groep groeit jaarlijks, mede door de vergrijzing en de toenemende levensverwachting. Chronisch zieken hebben vaak intensieve zorg nodig, zoals regelmatige consulten bij specialisten, dure medicijnen, fysiotherapie of psychologische ondersteuning. Voor deze mensen zijn hoge zorgkosten geen incidenteel probleem, maar een doorlopend financieel risico. De introductie van het eigen risico en stijgende premies hebben dan ook een grote impact op hun leven.

Het verplichte eigen risico van 385 euro per jaar lijkt op het eerste gezicht redelijk, maar voor chronisch zieken stapelen de kosten zich al snel op. Naast het eigen risico zijn er vaak aanvullende eigen bijdragen voor medicijnen, behandelingen of hulpmiddelen die niet volledig worden vergoed. Voor iemand die meerdere medicijnen gebruikt, regelmatig medische afspraken heeft en mogelijk aanvullende zorg nodig heeft, kunnen de jaarlijkse zorgkosten oplopen tot duizenden euro's. Voor mensen met een laag of middeninkomen kan dit leiden tot financiële problemen, waardoor zij moeten kiezen tussen noodzakelijke zorg en andere basisbehoeften.

Een ander probleem waarmee chronisch zieken worden geconfronteerd, is de beperkte dekking van het basispakket. Veel vormen van zorg die essentieel zijn voor hun dagelijkse functioneren, zoals fysiotherapie, bepaalde medicijnen of psychologische hulp, worden slechts gedeeltelijk of helemaal niet vergoed. Dit betekent dat chronisch zieken vaak afhankelijk zijn van aanvullende verzekeringen, die duurder worden naarmate de dekking uitgebreider is. Veel mensen kunnen zich deze aanvullende verzekeringen niet veroorloven, waardoor zij noodgedwongen moeten afzien van bepaalde vormen van zorg.

De complexiteit van het zorgstelsel is een ander obstakel voor chronisch zieken. Het vergelijken van zorgpolissen, het indienen van declaraties en het navigeren door de bureaucratie van zorgverzekeraars kan overweldigend zijn, vooral voor mensen die al worstelen met de fysieke en emotionele belasting van hun ziekte. Patiënten moeten vaak zelf op zoek gaan naar de beste verzekeringsopties, wat extra stress en onzekerheid veroorzaakt. Bovendien kunnen de regels en voorwaarden van verzekeraars jaarlijks veranderen, waardoor chronisch zieken elk jaar opnieuw moeten bepalen of hun zorgbehoeften nog worden gedekt.

Een schrijnend voorbeeld van de gevolgen van marktwerking voor chronisch zieken is het fenomeen van “medicijnwisselingen”. Om kosten te besparen, dwingen zorgverzekeraars patiënten regelmatig om over te stappen op goedkopere generieke medicijnen, ook als zij al jaren tevreden zijn met een bepaald merkmedicijn. Hoewel generieke medicijnen dezelfde werkzame stof bevatten, kunnen verschillen in samenstelling of toedieningsvorm leiden tot bijwerkingen of een verminderde effectiviteit. Voor chronisch zieken, die vaak jarenlang afhankelijk zijn van specifieke medicijnen, kan dit



ernstige gevolgen hebben voor hun gezondheid en kwaliteit van leven.

Daarnaast worden chronisch zieken vaak benadeeld door het systeem van selectieve contractering. Zorgverzekeraars sluiten contracten met specifieke zorgaanbieders, wat betekent dat patiënten niet altijd terecht kunnen bij de specialist of instelling van hun keuze. Dit is vooral problematisch voor mensen met complexe of zeldzame aandoeningen, die vaak gespecialiseerde zorg nodig hebben. Als hun verzekeraar geen contract heeft met de zorgaanbieder die zij nodig hebben, kunnen zij gedwongen worden om uit te wijken naar minder ervaren zorgverleners of hoge eigen bijdragen te betalen.

De maatschappelijke impact van deze problemen is groot. Chronisch zieken en kwetsbaren zijn niet alleen financieel kwetsbaar, maar lopen ook een verhoogd risico op sociale isolatie en mentale gezondheidsproblemen. De stress en onzekerheid die gepaard gaan met financiële zorgen en bureaucratische barrières kunnen leiden tot angst, depressie en een gevoel van machteloosheid. Dit versterkt de vicieuze cirkel van gezondheidsproblemen en maatschappelijke uitsluiting, waardoor deze groepen steeds verder achterop raken.

De uitdagingen waarmee chronisch zieken worden geconfronteerd, hebben ook bredere implicaties voor de samenleving. Een zorgstelsel dat geen adequate ondersteuning biedt aan kwetsbare groepen, zet druk op andere delen van het sociale vangnet, zoals armoedebestrijding, schuldhulpverlening en mantelzorg. Daarnaast heeft de gezondheid van deze groepen direct invloed op hun participatie in de samenleving. Mensen die geen toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben, kunnen minder goed functioneren op de arbeidsmarkt, in het onderwijs of in hun sociale omgeving.

Hoewel er initiatieven zijn om de positie van chronisch zieken te verbeteren, blijven deze vaak beperkt tot marginale verbeteringen binnen het bestaande systeem. Zo worden sommige zorgkosten gecompenseerd via gemeentelijke regelingen of belastingaftrek, maar deze zijn vaak ingewikkeld en ontoegankelijk voor de mensen die ze het hardst nodig hebben. Bovendien lossen deze maatregelen de fundamentele problemen van ongelijkheid en bureaucratie in het zorgstelsel niet op.

Er is een groeiende roep om hervormingen die meer recht doen aan de behoeften van chronisch zieken en kwetsbaren. Voorstellen variëren van het verlagen of afschaffen van het eigen risico tot het herintroduceren van een collectief zorgsysteem waarin solidariteit en toegankelijkheid centraal staan. Ook wordt gepleit voor een grotere rol van de overheid in het reguleren van zorgverzekeraars en het waarborgen van gelijke toegang tot essentiële zorg voor iedereen.

De situatie van chronisch zieken en kwetsbaren is een van de meest urgente uitdagingen binnen het Nederlandse zorgstelsel. Marktwerking heeft de problemen voor deze groepen eerder vergroot dan verkleind, en de huidige oplossingen schieten tekort om structurele ongelijkheid en financiële stress weg te nemen. In de volgende hoofdstukken zal verder worden onderzocht hoe de principes van solidariteit en toegankelijkheid opnieuw kunnen worden ingebed in het zorgsysteem, en welke stappen nodig zijn om de rechten en behoeften van kwetsbare groepen beter te beschermen.

## **Hoofdstuk 7: Gezondheidszorg en ongelijkheid**

Het principe van solidariteit is lange tijd de hoeksteen geweest van het Nederlandse zorgstelsel. Dit hield in dat iedereen naar

draagkracht bijdroeg en dat de zorg voor iedereen toegankelijk was, ongeacht inkomen, gezondheid of sociale status. Met de invoering van marktwerking is dit principe echter onder druk komen te staan. Gezondheidszorg is steeds meer een product geworden, en ongelijkheid in toegang en kwaliteit van zorg is een groeiend probleem. In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoe ongelijkheid in de zorg is ontstaan, welke gevolgen dit heeft voor verschillende bevolkingsgroepen, en hoe dit het vertrouwen in het zorgsysteem aantast.

De meest zichtbare vorm van ongelijkheid in de zorg is de financiële kloof. De kosten van de zorgverzekering, het eigen risico en de eigen bijdragen zijn in de afgelopen decennia fors gestegen. Hoewel deze kosten voor iedereen gelijk zijn, wegen ze relatief zwaarder voor mensen met een lager inkomen. Waar een huishouden met een hoog inkomen deze lasten vaak relatief makkelijk kan dragen, vormen ze voor huishoudens met een laag of modaal inkomen een aanzienlijke financiële belasting. Dit leidt ertoe dat sommige mensen ervoor kiezen om noodzakelijke zorg uit te stellen of zelfs helemaal af te zien van behandelingen.

Een duidelijk voorbeeld hiervan is de aanvullende verzekering. Het basispakket dekt slechts de meest noodzakelijke zorg, terwijl aanvullende verzekeringen nodig zijn voor bijvoorbeeld fysiotherapie, tandheelkunde en brillen. Mensen met een lager inkomen kunnen zich vaak geen aanvullende verzekering veroorloven en zijn hierdoor beperkt in hun toegang tot deze vormen van zorg. Dit vergroot niet alleen de kloof tussen arm en rijk, maar heeft ook directe gevolgen voor de gezondheid van mensen die zonder noodzakelijke zorg blijven zitten.

De financiële ongelijkheid wordt versterkt door geografische verschillen in zorgtoegang. In stedelijke gebieden is het aanbod van

zorgaanbieders vaak groter, en zijn er meer specialisten en ziekenhuizen binnen handbereik. In landelijke gebieden, zoals delen van Noordoost-Nederland, is de keuze vaak beperkter. Dit betekent dat inwoners van deze gebieden soms verder moeten reizen voor specialistische zorg, wat extra kosten en tijd met zich meebrengt. Bovendien sluiten zorgverzekeraars niet altijd contracten met alle aanbieders, wat de keuzevrijheid voor patiënten verder beperkt.

Ongelijkheid in de zorg heeft ook een sterke link met sociaaleconomische status. Onderzoek toont aan dat mensen met een lager inkomen, lager opleidingsniveau en minder stabiele werkomstandigheden gemiddeld een slechtere gezondheid hebben dan mensen met een hogere sociaaleconomische status. Dit komt onder meer door stress, ongezonde leefomstandigheden en een gebrek aan toegang tot preventieve gezondheidszorg. Marktwerking heeft deze ongelijkheid niet weggenomen, en in sommige gevallen zelfs verergerd, omdat kwetsbare groepen vaak worden geconfronteerd met hogere drempels om zorg te ontvangen.

Een ander aspect van ongelijkheid in de zorg is de toegang tot innovaties en geavanceerde behandelingen. Nieuwe technologieën en medicijnen worden vaak eerst beschikbaar gesteld aan ziekenhuizen en klinieken met ruime budgetten, die zich bevinden in welvarende regio's. Patiënten in minder welgestelde gebieden of instellingen hebben daardoor minder toegang tot de nieuwste zorgontwikkelingen. Dit betekent dat de kwaliteit van zorg die iemand ontvangt, afhankelijk kan zijn van waar hij of zij woont, wat haaks staat op het principe van gelijke kansen in de gezondheidszorg.

De gevolgen van deze ongelijkheid zijn verstrekkend. Mensen die geen toegang hebben tot adequate zorg, hebben vaak een lagere levensverwachting en een slechtere kwaliteit van leven. Dit heeft

niet alleen impact op het individu, maar ook op de samenleving als geheel. Gezondheid is nauw verbonden met sociale participatie, werkproductiviteit en onderwijsresultaten. Wanneer grote groepen mensen geen toegang hebben tot zorg, creëert dit niet alleen persoonlijke problemen, maar ook maatschappelijke uitdagingen zoals een lagere arbeidsparticipatie en hogere kosten voor sociale vangnetten.

De ongelijkheid in de zorg tast ook het vertrouwen in het zorgstelsel aan. Veel mensen ervaren het als onrechtvaardig dat zij dezelfde premie betalen als anderen, maar minder toegang hebben tot zorg omdat zij zich geen aanvullende verzekering kunnen veroorloven of omdat hun zorgaanbieder niet door hun verzekeraar wordt vergoed. Dit gevoel van ongelijkheid leidt tot frustratie en wantrouwen, zowel richting zorgverzekeraars als de overheid. Dit wantrouwen kan zich vertalen in een afname van solidariteit, wat op zijn beurt de basis van het zorgsysteem verder ondermijnt.

Oplossingen voor de groeiende ongelijkheid in de zorg zijn complex, maar niet onmogelijk. Een van de voorgestelde maatregelen is het verlagen of afschaffen van het eigen risico, waardoor financiële drempels voor zorg worden weggenomen. Daarnaast kan de dekking van het basispakket worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat essentiële zorg, zoals tandheelkunde en fysiotherapie, voor iedereen toegankelijk is. Ook zou de overheid meer kunnen investeren in preventieve gezondheidszorg, met name in achterstandswijken, om gezondheidsverschillen op de lange termijn te verkleinen.

Een andere mogelijke oplossing is het herzien van het systeem van zorgverzekeringen. Door meer regulering en toezicht kan worden voorkomen dat zorgverzekeraars zich uitsluitend richten op winstmaximalisatie en in plaats daarvan de belangen van patiënten

centraal stellen. Het introduceren van non-profit zorgverzekeraars of een nationaal basisfonds kan ook bijdragen aan een meer rechtvaardig en solidair zorgsysteem. Tot slot kan betere samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten en welzijnsorganisaties helpen om kwetsbare groepen beter te bereiken en te ondersteunen.

De ongelijkheid in de zorg is een urgent probleem dat vraagt om een combinatie van financiële, beleidsmatige en maatschappelijke oplossingen. Marktwerking heeft de beloften van betere toegankelijkheid en kwaliteit niet waargemaakt, en het huidige systeem lijkt eerder bij te dragen aan het vergroten van ongelijkheid. In de volgende hoofdstukken wordt verder ingegaan op de ethische dilemma's die hiermee gepaard gaan en de mogelijke alternatieven om een rechtvaardiger zorgstelsel te creëren. Gelijke toegang tot gezondheidszorg is niet alleen een kwestie van solidariteit, maar ook van sociale rechtvaardigheid en menselijke waardigheid.

## **Hoofdstuk 8: Winst boven welzijn: een ethische kwestie**

De introductie van marktwerking in de zorg heeft geleid tot een fundamentele verandering in de manier waarop gezondheidszorg wordt georganiseerd en ervaren. Waar zorg voorheen werd gezien als een publiek goed, is het nu steeds meer een commercieel product geworden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders opereren in een systeem waarin winstmaximalisatie een belangrijke drijfveer is geworden, wat ethische vragen oproept over de prioriteiten binnen de gezondheidszorg. Dit hoofdstuk onderzoekt de spanning tussen winst en welzijn en de morele implicaties van een winstgedreven zorgsysteem.

Een van de meest fundamentele vragen die rijzen bij marktwerking in de zorg is of het ethisch verantwoord is om winst te behalen uit

een basisbehoefte zoals gezondheidszorg. In een marktgestuurd systeem worden zorgverzekeraars en zorgaanbieders aangemoedigd om efficiënter te werken en kosten te verlagen, maar dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg en de belangen van patiënten. Dit leidt tot een situatie waarin financiële overwegingen soms zwaarder wegen dan medische of menselijke behoeften.

Een duidelijk voorbeeld hiervan is de manier waarop zorgverzekeraars omgaan met vergoedingen en zorgcontracten. Om hun kosten te beheersen, selecteren verzekeraars vaak alleen zorgaanbieders die voldoen aan hun prijs-kwaliteitseisen. Hoewel dit vanuit een economisch perspectief logisch lijkt, heeft het gevolgen voor patiënten die hierdoor niet altijd toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben. Dit kan leiden tot onderbehandeling, vertragingen in diagnoses en behandelingen, en een afname van de keuzevrijheid voor patiënten. Voor zorgverzekeraars is dit een kostenbesparende maatregel, maar voor patiënten kan het ernstige gevolgen hebben voor hun gezondheid en welzijn.

De nadruk op winstmaximalisatie heeft ook invloed op de manier waarop zorgaanbieders hun werk organiseren. In veel ziekenhuizen en klinieken wordt personeel gestimuleerd om efficiënter te werken, wat vaak neerkomt op het behandelen van meer patiënten in minder tijd. Hoewel dit kan bijdragen aan lagere kosten, leidt het ook tot een verschraving van de zorg. Artsen en verpleegkundigen hebben minder tijd voor individuele patiënten, wat de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid onder druk zet. Dit kan bijzonder problematisch zijn in complexe of langdurige zorgtrajecten, waarin persoonlijke aandacht en maatwerk essentieel zijn.

Een ander ethisch dilemma dat voortvloeit uit marktwerking is de toenemende ongelijkheid in toegang tot zorg. Zoals besproken in

eerdere hoofdstukken, hebben mensen met een lager inkomen minder toegang tot aanvullende verzekeringen en bepaalde behandelingen, terwijl zij wel dezelfde premies betalen voor het basispakket. Dit leidt tot een systeem waarin zorg geen universeel recht meer is, maar afhankelijk wordt van financiële middelen. Dit druist in tegen de principes van rechtvaardigheid en gelijkheid, die lange tijd de basis vormden van het Nederlandse zorgstelsel.

De focus op winst heeft ook bredere maatschappelijke implicaties. In plaats van te investeren in preventie en gezondheidsbevordering, richten zorgverzekeraars en aanbieders zich vooral op curatieve zorg, omdat deze direct winstgevend is. Dit betekent dat er minder aandacht is voor het voorkomen van ziekten en het bevorderen van een gezonde levensstijl, terwijl dit op de lange termijn juist kosten kan besparen en de kwaliteit van leven kan verbeteren. Deze korte termijnfocus is een directe consequentie van het winstgedreven karakter van het systeem.

Daarnaast rijst de vraag in hoeverre het wenselijk is dat publieke middelen, zoals belastinginkomsten en premies, worden gebruikt om winsten te genereren voor private bedrijven. Veel zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken jaarlijks aanzienlijke winsten, terwijl de premies en eigen bijdragen voor burgers blijven stijgen. Dit leidt tot een gevoel van onrechtvaardigheid bij veel mensen, die zich afvragen waarom zij steeds meer moeten betalen voor een zorgsysteem dat lijkt te profiteren van hun afhankelijkheid.

De ethische vragen rond winstmaximalisatie in de zorg hebben geleid tot een breed maatschappelijk debat. Veel mensen vinden het onacceptabel dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders winst maken terwijl patiënten soms niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Er zijn ook zorgen over de invloed van commerciële belangen op beleidsbeslissingen en de prioriteiten binnen de gezondheidszorg.



Dit roept de vraag op of het huidige systeem wel in staat is om de belangen van patiënten centraal te stellen, zoals oorspronkelijk de bedoeling was.

Er zijn verschillende alternatieven voorgesteld om de ethische spanning tussen winst en welzijn te verminderen. Een van de meest besproken opties is het herintroduceren van een non-profit model, waarin zorgverzekeraars en aanbieders worden verplicht om eventuele winsten te herinvesteren in het verbeteren van zorg. Dit zou de financiële prikkels om kosten te drukken ten koste van kwaliteit kunnen verminderen en de focus verschuiven naar het leveren van hoogwaardige en toegankelijke zorg.

Een andere optie is het vergroten van de rol van de overheid in het zorgstelsel. Door meer regie te nemen over de organisatie en financiering van zorg, kan de overheid ervoor zorgen dat het systeem opnieuw gebaseerd wordt op solidariteit en rechtvaardigheid. Dit kan bijvoorbeeld door het instellen van een nationaal zorgfonds, waarin alle premies en belastingen worden gebundeld om de zorgcollectief te financieren. Dit model wordt al met succes toegepast in andere landen, zoals Denemarken en Noorwegen.

Tot slot is er behoefte aan een bredere maatschappelijke discussie over de waarden en prioriteiten in de gezondheidszorg. Wat voor soort zorgstelsel willen we als samenleving? Welke rol mag winst spelen in een systeem dat gericht zou moeten zijn op welzijn? En hoe kunnen we ervoor zorgen dat de gezondheidszorg toegankelijk blijft voor iedereen, ongeacht inkomen, leeftijd of gezondheidstoestand? Deze vragen vereisen niet alleen politieke actie, maar ook een verandering in de manier waarop we denken over zorg en solidariteit.

De spanning tussen winst en welzijn is een van de grootste uitdagingen van het huidige zorgstelsel. Hoewel marktwerking heeft bijgedragen aan efficiëntie en innovatie in sommige sectoren, heeft het ook geleid tot ethische dilemma's en ongelijkheid. Het vinden van een balans tussen financiële duurzaamheid en menselijke waardigheid is essentieel om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorg in Nederland blijft voldoen aan de behoeften van alle burgers. In de volgende hoofdstukken zullen we verder ingaan op mogelijke oplossingen en alternatieven voor een zorgsysteem dat rechtvaardig, solidair en toekomstbestendig is.

## **Hoofdstuk 9: Overheidsbeleid en verantwoordelijkheid**

De gezondheidszorg is een van de belangrijkste publieke voorzieningen in een samenleving, en de overheid speelt een cruciale rol in het waarborgen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Met de invoering van marktwerking in de zorg heeft de overheid een deel van haar verantwoordelijkheid overgedragen aan private partijen, zoals zorgverzekeraars en aanbieders. Tegelijkertijd blijft zij verantwoordelijk voor het reguleren van het systeem en het bewaken van de publieke belangen. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe de overheid haar rol heeft ingevuld sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet en welke uitdagingen zij tegenkomt bij het balanceren van publieke en private belangen.

De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 was een ingrijpende beleidswijziging, waarbij de overheid bewust koos voor een hybride model van publieke regie en private uitvoering. De basisverzekering werd verplicht voor alle inwoners, en zorgverzekeraars kregen de taak om deze uit te voeren. De overheid stelde het basispakket vast en zorgde voor regels om te voorkomen dat verzekeraars op basis van leeftijd, geslacht of gezondheid konden selecteren. Tegelijkertijd kregen verzekeraars

de vrijheid om te concurreren op aanvullende verzekeringen en service.

Een van de belangrijkste doelen van deze hervorming was kostenbeheersing. Door concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zou de efficiëntie verbeteren en zouden de uitgaven binnen de perken blijven. De overheid hield toezicht op deze processen via instellingen zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en zorgde voor compensatieregelingen voor mensen met een laag inkomen. In theorie zou dit model de voordelen van marktwerking combineren met de waarborgen van een publiek stelsel.

In de praktijk blijkt echter dat deze balans moeilijk te realiseren is. De overheid blijft verantwoordelijk voor het waarborgen van toegang tot zorg, maar heeft beperkte controle over de uitvoering ervan door private partijen. Dit leidt tot spanningen en conflicten, vooral wanneer de belangen van verzekeraars en patiënten niet op één lijn liggen. Een voorbeeld hiervan is de discussie over selectieve contractering, waarbij zorgverzekeraars alleen contracten afsluiten met bepaalde zorgaanbieders om kosten te drukken. Hoewel dit wettelijk is toegestaan, roept het vragen op over de keuzevrijheid van patiënten en de rol van de overheid bij het bewaken van deze vrijheid.

Een ander probleem waarmee de overheid wordt geconfronteerd, is de stijgende zorgkosten. Ondanks de introductie van marktwerking zijn de uitgaven aan gezondheidszorg sinds 2006 sterk gestegen. Dit heeft geleid tot politieke druk om maatregelen te nemen, zoals het verhogen van het eigen risico en het beperken van de dekking van het basispakket. Deze maatregelen zijn echter controversieel, omdat zij vooral de financiële lasten verhogen voor mensen die al kwetsbaar zijn. De overheid staat hierbij voor een dilemma:

enerzijds moet zij de zorgkosten beheersen, maar anderzijds heeft zij de verantwoordelijkheid om te zorgen dat iedereen toegang heeft tot betaalbare zorg.

De rol van de overheid wordt verder bemoeilijkt door de complexiteit van het zorgstelsel. Door de vele betrokken partijen – waaronder zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en toezichthouders – is het lastig om effectief beleid te voeren en problemen snel aan te pakken. Dit leidt tot een gevoel van machteloosheid bij veel burgers, die de overheid verantwoordelijk houden voor de tekortkomingen van het systeem, terwijl deze vaak buiten haar directe invloedssfeer liggen. Het gebrek aan transparantie en duidelijkheid over de verantwoordelijkheden van verschillende partijen versterkt dit wantrouwen.

Een van de meest opvallende uitdagingen is het waarborgen van solidariteit in een systeem dat deels wordt gedreven door marktwerking. De overheid heeft geprobeerd om dit te doen via regelingen zoals de zorgtoeslag, die bedoeld is om lage inkomens te compenseren voor de kosten van de zorgverzekering. Hoewel deze toeslag voor veel mensen een belangrijke ondersteuning biedt, blijft het systeem afhankelijk van individuele verantwoordelijkheid. Dit betekent dat mensen die niet in staat zijn om hun zorgkosten te betalen, vaak buiten de boot vallen. De overheid heeft moeite om deze groepen adequaat te bereiken en te ondersteunen, wat leidt tot verdere ongelijkheid in de toegang tot zorg.

Daarnaast is er kritiek op het gebrek aan aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering in het overheidsbeleid. De focus ligt voornamelijk op het financieren en organiseren van curatieve zorg, terwijl preventieve maatregelen vaak onderbelicht blijven. Dit is deels te wijten aan het winstgedreven karakter van het huidige zorgstelsel, waarin preventie minder aantrekkelijk is voor

verzekeraars en aanbieders. De overheid zou een grotere rol kunnen spelen in het bevorderen van preventieve zorg, bijvoorbeeld door subsidies voor gezonde leefstijlprogramma's of strengere regulering van ongezonde producten.

Ondanks deze uitdagingen heeft de overheid ook successen geboekt. Het Nederlandse zorgstelsel staat internationaal bekend om zijn hoge kwaliteit en relatief goede toegankelijkheid, vooral in vergelijking met landen zoals de Verenigde Staten, waar het gebrek aan een publiek zorgsysteem tot veel grotere ongelijkheid leidt. De overheid heeft via wet- en regelgeving belangrijke waarborgen ingebouwd om te voorkomen dat marktwerking volledig de overhand krijgt, zoals het verplicht stellen van acceptatie door zorgverzekeraars en het vaststellen van een uniform basispakket.

Toch blijven er vragen over de toekomst van de rol van de overheid in de zorg. Veel critici pleiten voor een grotere regierol van de overheid, bijvoorbeeld door het oprichten van een nationaal zorgfonds waarin premies en belastinggelden worden gebundeld om de zorgcollectief te financieren. Dit zou de administratieve lasten verminderen en de macht van zorgverzekeraars beperken, waardoor de overheid meer directe controle krijgt over de organisatie en financiering van zorg.

Een ander veelbesproken voorstel is het versterken van regionale zorgnetwerken, waarin gemeenten en lokale zorgaanbieders samenwerken om de zorg beter af te stemmen op de behoeften van hun inwoners. De overheid kan hierin een coördinerende rol spelen door beleidskaders te bieden en financiële ondersteuning te bieden voor innovatieve projecten. Dit zou ook kunnen bijdragen aan het verkleinen van de kloof tussen stedelijke en landelijke gebieden, waar verschillen in zorgtoegang vaak groot zijn.

Het is duidelijk dat de overheid een cruciale rol speelt in het vormgeven en reguleren van het zorgstelsel, maar dat deze rol voortdurend wordt uitgedaagd door de spanningen tussen publieke belangen en private uitvoering. In de volgende hoofdstukken zal verder worden ingegaan op de internationale lessen die Nederland kan trekken en de mogelijke toekomstscenario's voor een zorgstelsel dat rechtvaardiger, duurzamer en toegankelijker is voor alle burgers. Het vinden van een evenwicht tussen solidariteit en marktwerking blijft een van de grootste uitdagingen van het Nederlandse zorgbeleid.

## **Hoofdstuk 10: Internationale vergelijkingen**

Het Nederlandse zorgstelsel wordt vaak geprezen om zijn balans tussen toegankelijkheid en kwaliteit, maar het is zeker niet zonder gebreken. Om te begrijpen hoe het Nederlandse systeem zich verhoudt tot andere landen en welke lessen daaruit te trekken zijn, is een vergelijking met zorgstelsels in andere landen van groot belang. In dit hoofdstuk onderzoeken we de systemen in enkele landen, waaronder Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Scandinavië, om te zien hoe zij omgaan met de uitdagingen van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

In Duitsland wordt de zorg georganiseerd via een systeem van sociale ziektekostenverzekeringen, dat veel overeenkomsten heeft met het vroegere ziekenfondssysteem in Nederland. Burgers zijn verplicht verzekerd via een van de vele "Krankenkassen," die non-profitorganisaties zijn. Werkgevers en werknemers dragen beide bij aan de premie, en de overheid biedt ondersteuning aan mensen met een laag inkomen. Het Duitse systeem wordt gekenmerkt door een hoge mate van solidariteit: iedereen heeft toegang tot dezelfde basiszorg, ongeacht inkomen. Hoewel het systeem vergelijkbaar is

met Nederland, zijn de premies in Duitsland doorgaans inkomensafhankelijk, wat de financiële druk voor lage inkomens verlaagt. Dit voorkomt de ongelijkheid die in Nederland door vaste premies en eigen risico's is ontstaan.

Het Verenigd Koninkrijk biedt met zijn National Health Service (NHS) een ander model, waarin de zorg grotendeels door de overheid wordt gefinancierd en geleverd. De NHS is gebaseerd op het principe dat zorg gratis moet zijn op het punt van gebruik. Financiering gebeurt via belastingen, en zorg wordt geleverd door publieke instellingen. Dit systeem heeft als voordeel dat het toegankelijk is voor iedereen, zonder dat er sprake is van directe financiële barrières zoals premies of eigen risico. Het nadeel is echter dat de NHS kampt met structurele onderfinanciering, wat leidt tot lange wachttijden en beperkte middelen. Hoewel de kosten per inwoner lager zijn dan in Nederland, zijn de kwaliteitsverschillen tussen regio's groot, en de werkdruk voor zorgverleners enorm.

De Verenigde Staten vormen een contrasterend voorbeeld. Het Amerikaanse zorgsysteem is grotendeels privaat en marktgestuurd, met een beperkte rol voor de overheid. Zorgverzekeringen worden vaak via werkgevers aangeboden, en mensen zonder baan of voldoende inkomen zijn aangewezen op publieke programma's zoals Medicaid of Medicare. Dit systeem leidt tot extreme ongelijkheid in toegang tot zorg: terwijl sommige burgers toegang hebben tot de beste medische zorg ter wereld, blijven anderen verstoken van zelfs de meest basale voorzieningen. De zorgkosten per inwoner zijn in de VS aanzienlijk hoger dan in Nederland, maar deze kosten staan niet in verhouding tot de toegankelijkheid of de algemene gezondheid van de bevolking. Het Amerikaanse systeem laat zien hoe een sterke focus op marktwerking kan leiden tot inefficiëntie en uitsluiting.

De Scandinavische landen, zoals Zweden, Noorwegen en Denemarken, worden vaak genoemd als voorbeeld van succesvolle publiek-gestuurde zorgstelsels. In deze landen wordt gezondheidszorg grotendeels gefinancierd via belastingen en geleverd door publieke instellingen, met een sterke nadruk op preventie en gelijkheid. Zorg is vrijwel gratis op het punt van gebruik, en er is veel aandacht voor regionale samenwerking om de zorg af te stemmen op lokale behoeften. Deze landen hebben relatief lage administratieve kosten en een hoge mate van patiënttevredenheid. Een belangrijk verschil met Nederland is dat zorgverzekeraars in Scandinavië nauwelijks een rol spelen, waardoor de focus volledig ligt op publieke belangen in plaats van op winstmaximalisatie.

Een belangrijke les die uit deze internationale vergelijkingen kan worden getrokken, is de rol van solidariteit in het zorgstelsel. In landen waar zorg grotendeels publiek wordt gefinancierd en georganiseerd, zoals het VK en Scandinavië, is de toegang tot zorg minder afhankelijk van financiële middelen. Dit voorkomt ongelijkheid en versterkt het vertrouwen in het systeem. Tegelijkertijd laten deze voorbeelden ook zien dat publieke systemen kwetsbaar zijn voor onderfinanciering en inefficiëntie als de middelen niet goed worden beheerd.

De vergelijking met Duitsland toont aan dat inkomensafhankelijke bijdragen een effectief middel kunnen zijn om de financiële druk op lage inkomens te verminderen zonder afbreuk te doen aan de toegankelijkheid of kwaliteit van zorg. Het Duitse model biedt een interessante optie voor Nederland, vooral omdat het elementen van marktwerking combineert met een sterke basis van solidariteit en regulering. Een andere les is de waarde van non-profit zorgverzekeraars, die in Duitsland de standaard zijn en bijdragen aan een lagere focus op winst en meer nadruk op zorgkwaliteit.



De Verenigde Staten bieden daarentegen een waarschuwing voor de gevaren van een volledig marktgestuurd zorgstelsel. Het Amerikaanse systeem heeft bewezen dat marktwerking zonder sterke regulering kan leiden tot extreme ongelijkheid, inefficiëntie en torenhoge kosten. Dit benadrukt het belang van een goed gereguleerde balans tussen marktwerking en publieke verantwoordelijkheid, zoals in Nederland nog steeds het uitgangspunt is, ondanks de uitdagingen die daarbij komen kijken.

De Scandinavische landen tonen aan dat een publiek systeem effectief kan zijn in het waarborgen van gelijkheid en toegankelijkheid, maar dat het succes hiervan sterk afhankelijk is van politieke steun en adequate financiering. Dit benadrukt het belang van een duidelijke politieke visie en langdurige investeringen in de gezondheidszorg, iets waar Nederland wellicht nog van kan leren.

De internationale vergelijkingen maken duidelijk dat er geen perfect zorgstelsel bestaat. Elk systeem heeft zijn eigen sterke en zwakke punten, en wat werkt in het ene land, is niet per se geschikt voor een ander land. Toch kunnen de ervaringen van andere landen waardevolle lessen bieden voor Nederland. Het combineren van de solidariteit en inkomensafhankelijke bijdragen uit Duitsland, de brede toegankelijkheid van de NHS en de nadruk op preventie en regionale samenwerking uit Scandinavië zou kunnen leiden tot een verbeterd Nederlands zorgstelsel.

In de volgende hoofdstukken zal verder worden ingegaan op hoe deze lessen praktisch kunnen worden toegepast en welke hervormingen nodig zijn om het Nederlandse zorgsysteem toekomstbestendig te maken. Hoewel Nederland een relatief goed functionerend zorgstelsel heeft, is er duidelijk ruimte voor verbetering, vooral op het gebied van gelijkheid, toegankelijkheid en

efficiëntie. Internationale voorbeelden kunnen hierbij als inspiratie dienen.

## **Hoofdstuk 11: Toekomstperspectieven: kan het anders?**

De huidige uitdagingen in het Nederlandse zorgstelsel roepen de vraag op of er alternatieve modellen zijn die beter aansluiten bij de behoeften van de samenleving. De stijgende kosten, toenemende ongelijkheid en complexiteit van het systeem hebben geleid tot een groeiende roep om hervormingen. In dit hoofdstuk worden mogelijke toekomstscenario's verkend, met aandacht voor hervormingen die solidariteit, toegankelijkheid en kwaliteit centraal stellen, terwijl de financiële duurzaamheid wordt gewaarborgd.

Een van de meest besproken alternatieven is het instellen van een nationaal zorgfonds. Dit fonds zou de rol van zorgverzekeraars grotendeels overnemen en alle zorguitgaven centraliseren. Burgers en bedrijven zouden bijdragen via een inkomensafhankelijke premie, en de zorg zou grotendeels worden gefinancierd uit publieke middelen. Een nationaal zorgfonds zou de administratieve lasten aanzienlijk verminderen, omdat het niet langer nodig is om contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders te onderhandelen of polissen te vergelijken. Dit zou de efficiëntie verhogen en de kosten verlagen, terwijl de solidariteit wordt versterkt. Voorstanders wijzen erop dat dit model in landen zoals Denemarken en Noorwegen succesvol is gebleken, met een hoge mate van patiënttevredenheid en relatief lage kosten.

Een andere optie is het aanpassen van het huidige systeem door meer regulering en publieke controle in te voeren. Zorgverzekeraars zouden kunnen worden verplicht om non-profit te opereren, zoals in Duitsland het geval is. Dit zou de focus op winstmaximalisatie wegnemen en verzekeraars aanmoedigen om meer te investeren in

zorgkwaliteit en innovatie. Daarnaast kan de overheid strengere eisen stellen aan zorgverzekeraars, bijvoorbeeld door te bepalen dat een groter deel van de premiegelden direct naar zorg gaat in plaats van naar marketing, reserves of winsten.

Het verlagen of afschaffen van het eigen risico is een andere veelgenoemde maatregel. Het eigen risico wordt vaak gezien als een financiële drempel die vooral kwetsbare groepen treft. Door het eigen risico te verlagen of volledig te schrappen, wordt de zorg toegankelijker voor mensen met een laag inkomen en chronisch zieken. De financiering hiervan kan worden gerealiseerd door een hogere inkomensafhankelijke premie of door extra overheidsfinanciering. Hoewel deze maatregel de zorgkosten voor burgers verlaagt, brengt het wel de uitdaging met zich mee om de totale zorguitgaven beheersbaar te houden.

Preventie kan een sleutelrol spelen in de hervorming van het zorgstelsel. Op dit moment ligt de focus van het Nederlandse zorgstelsel vooral op curatieve zorg, terwijl preventieve zorg relatief onderbelicht blijft. Door meer te investeren in gezondheidsbevordering, zoals campagnes voor gezonde voeding, beweging en mentale gezondheid, kunnen toekomstige zorgkosten worden verminderd. Preventieprogramma's hebben bewezen effectief te zijn in het verminderen van chronische ziekten en het verbeteren van de algemene volksgezondheid. De overheid kan hierbij een actieve rol spelen door subsidies beschikbaar te stellen voor preventieve initiatieven en door regelgeving in te voeren die gezonde keuzes stimuleert.

De decentralisatie van zorg, zoals ingezet met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), kan verder worden versterkt om beter in te spelen op de behoeften van burgers. Gemeenten spelen een cruciale rol in het bieden van maatwerk voor

mensen met langdurige zorgbehoeften, maar worden vaak beperkt door onvoldoende financiering en bureaucratische lasten. Door gemeenten meer middelen en autonomie te geven, kunnen zij effectiever inspelen op de behoeften van hun inwoners. Tegelijkertijd is het belangrijk dat er duidelijke kaders en toezicht blijven om ongelijkheid tussen gemeenten te voorkomen.

Technologische innovaties bieden ook interessante mogelijkheden voor de toekomst van de zorg. E-health, zoals digitale consulten, monitoring op afstand en het gebruik van kunstmatige intelligentie, kan de efficiëntie van het zorgsysteem verbeteren en tegelijkertijd de toegankelijkheid vergroten. Deze technologieën kunnen vooral in landelijke gebieden een uitkomst bieden, waar het aantal zorgaanbieders vaak beperkt is. Het is echter belangrijk dat deze innovaties zorgvuldig worden geïmplementeerd, met aandacht voor privacy en de menselijke maat.

Daarnaast is het versterken van regionale samenwerking een veelbelovende aanpak. Zorgnetwerken waarin ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen en welzijnsorganisaties samenwerken, kunnen bijdragen aan betere coördinatie en efficiënter gebruik van middelen. Door regionaal te plannen en te investeren in zorg, kan de kloof tussen stedelijke en landelijke gebieden worden verkleind en kunnen patiënten profiteren van een meer geïntegreerde benadering.

Ten slotte is er een dringende behoefte aan een bredere maatschappelijke discussie over de waarden en prioriteiten in de zorg. Welke rol moet solidariteit spelen in het systeem? Hoeveel zijn we bereid te betalen voor een eerlijk en toegankelijk zorgstelsel? En hoe kunnen we ervoor zorgen dat iedereen gelijke kansen heeft op goede zorg, ongeacht inkomen, leeftijd of gezondheid? Deze vragen

vereisen niet alleen politieke actie, maar ook betrokkenheid van burgers, zorgverleners en andere belanghebbenden.

De toekomst van de zorg in Nederland hangt af van de bereidheid om het systeem fundamenteel te herzien en aan te passen aan de veranderende behoeften van de samenleving. Hoewel er geen eenvoudige oplossingen zijn, bieden de genoemde alternatieven en hervormingen een basis voor een zorgstelsel dat betaalbaar, rechtvaardig en duurzaam is. In de volgende hoofdstukken zal verder worden ingegaan op wat burgers kunnen doen om bij te dragen aan deze hervormingen en hoe een collectieve inspanning kan leiden tot een betere zorg voor iedereen.

## **Hoofdstuk 12: Wat kunnen burgers doen?**

De gezondheidszorg raakt ons allemaal, en hoewel de overheid en zorgverzekeraars een grote rol spelen in de organisatie ervan, hebben ook burgers de kracht om bij te dragen aan veranderingen in het systeem. Een breed gedragen hervorming van de zorg is alleen mogelijk als alle betrokkenen – inclusief patiënten, zorgverleners en burgers – samenwerken om een rechtvaardiger, toegankelijker en duurzamer systeem te creëren. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe burgers zich actief kunnen inzetten om de zorg te verbeteren, zowel individueel als collectief.

Een van de eerste stappen die burgers kunnen nemen, is het bewust kiezen van een zorgverzekeraar. Hoewel het systeem complexe barrières kent, kunnen consumenten een krachtige boodschap sturen door te kiezen voor verzekeraars die non-profit werken of een transparant beleid voeren. Verzekeraars die maatschappelijk verantwoord ondernemen en solidair zijn, verdienen steun van consumenten. Door jaarlijks polissen te vergelijken en actief over te stappen naar een verzekeraar die past

bij deze principes, kunnen burgers verzekeraars stimuleren om meer aandacht te besteden aan de belangen van patiënten in plaats van winst.

Daarnaast kunnen burgers hun stem laten horen door deel te nemen aan publieke debatten en campagnes over de toekomst van de zorg. Het zorgstelsel is een veelbesproken onderwerp in de politiek, en maatschappelijke druk kan een belangrijke rol spelen in het aanzetten tot hervormingen. Petities, demonstraties en deelname aan inspraakavonden bieden burgers de mogelijkheid om beleidsmakers te laten weten wat zij belangrijk vinden. Het versterken van de solidariteit in de zorg, het verlagen van het eigen risico of het uitbreiden van het basispakket zijn voorbeelden van onderwerpen die door collectieve actie op de politieke agenda kunnen worden gezet.

Lokale initiatieven kunnen eveneens een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van de zorg. Veel gemeenten en buurtorganisaties richten zich op welzijnsprojecten, preventieprogramma's en gemeenschapszorg. Door actief deel te nemen aan of ondersteuning te bieden aan deze initiatieven, kunnen burgers bijdragen aan een sterkere lokale gezondheidszorg. Dit kan variëren van vrijwilligerswerk bij buurthuizen tot het organiseren van activiteiten gericht op gezondheidsbevordering, zoals sportevenementen of voorlichtingscampagnes over gezonde voeding.

Een andere manier waarop burgers invloed kunnen uitoefenen, is door gebruik te maken van hun rol als patiënt. Het geven van feedback aan zorgverleners en verzekeraars kan helpen om knelpunten in het systeem aan te pakken. Veel zorginstellingen hebben patiënttevredenheidsenquêtes of klachtenprocedures. Door deze te benutten, kunnen patiënten bijdragen aan de verbetering

van zorgprocessen en dienstverlening. Ook het actief delen van ervaringen met andere patiënten, bijvoorbeeld via sociale media of patiëntenorganisaties, kan zorgen voor meer bewustwording en collectieve actie.

Samenwerking met patiëntenorganisaties is een krachtig middel om structurele verbeteringen te realiseren. Deze organisaties behartigen de belangen van specifieke patiëntengroepen en hebben vaak directe toegang tot beleidsmakers en zorgaanbieders. Burgers die zich aansluiten bij een patiëntenorganisatie, kunnen helpen bij het verzamelen van data, het organiseren van bijeenkomsten of het lobbyen voor betere zorgvoorzieningen. Door de krachten te bundelen, kunnen burgers en patiëntenorganisaties een sterke stem vormen in het zorgdebat.

Preventie is een ander gebied waar burgers zelf een verschil kunnen maken. Hoewel structurele preventieprogramma's vaak door de overheid of zorgverzekeraars worden opgezet, kunnen mensen zelf bijdragen aan hun eigen gezondheid en die van hun gemeenschap. Door bewuste keuzes te maken op het gebied van voeding, beweging en mentale gezondheid, kunnen mensen niet alleen hun eigen risico op ziekten verkleinen, maar ook een voorbeeld stellen voor anderen. Gemeenschapsinitiatieven, zoals gezamenlijke moestuinen, sportgroepen of wandelclubs, kunnen hier een grote impact hebben.

Financiële solidariteit is ook een gebied waar burgers een verschil kunnen maken. Het ondersteunen van lokale zorginitiatieven, zoals welzijnsorganisaties of mantelzorgers, via donaties of sponsoring kan helpen om hiaten in de publieke financiering op te vullen. Hoewel deze aanpak de verantwoordelijkheid van de overheid niet mag vervangen, kan het op korte termijn bijdragen aan betere zorg in de eigen gemeenschap.

Tot slot kunnen burgers invloed uitoefenen via hun stemrecht. Zorg is een van de belangrijkste thema's in de politiek, en verkiezingen bieden de kans om te kiezen voor partijen die een rechtvaardiger zorgstelsel willen realiseren. Het goed bestuderen van verkiezingsprogramma's en het stemmen op kandidaten die zich inzetten voor solidariteit, toegankelijkheid en kwaliteit in de zorg, is een directe manier om bij te dragen aan structurele hervormingen.

De rol van burgers in het verbeteren van de gezondheidszorg mag niet worden onderschat. Hoewel het huidige zorgstelsel veel uitdagingen kent, hebben individuele en collectieve acties de potentie om verandering teweeg te brengen. Door bewuste keuzes te maken, samen te werken en zich actief in te zetten, kunnen burgers bijdragen aan een toekomst waarin de zorg rechtvaardiger, toegankelijker en duurzamer is voor iedereen. In de nabeschuiving zullen de belangrijkste inzichten uit dit dossier worden samengevat en de weg naar een betere gezondheidszorg verder worden verkend.

## **Nabeschuiving**

De gezondheidszorg staat wereldwijd voor complexe uitdagingen. In Nederland heeft de invoering van marktwerking in de zorg geleid tot zowel vooruitgang als knelpunten. Hoewel het huidige systeem wordt geprezen om zijn toegankelijkheid en kwaliteit in vergelijking met veel andere landen, heeft het ook duidelijke tekortkomingen, zoals stijgende kosten, toenemende ongelijkheid en bureaucratische barrières. Dit dossier heeft deze uitdagingen verkend, evenals de ethische, maatschappelijke en economische gevolgen van marktwerking in de zorg.

De historische ontwikkeling van het Nederlandse zorgstelsel laat zien hoe het principe van solidariteit de basis heeft gevormd voor



een systeem dat zorg toegankelijk maakt voor iedereen. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is deze solidariteit gedeeltelijk vervangen door een model waarin private verzekeraars en concurrentie centraal staan. Dit heeft geleid tot meer efficiëntie in sommige delen van de zorg, maar heeft ook de kloof vergroot tussen mensen die zorg kunnen betalen en zij die dat niet kunnen.

De kosten van de zorg blijven een belangrijk aandachtspunt. Burgers betalen een steeds groter deel van hun inkomen aan premies, eigen risico en aanvullende bijdragen, terwijl de toegankelijkheid van sommige vormen van zorg afneemt. Chronisch zieken, kwetsbare groepen en mensen met een lager inkomen worden onevenredig zwaar getroffen door deze ontwikkelingen. Tegelijkertijd zien we een systeem waarin winst boven welzijn wordt gesteld, wat ethische vragen oproept over de rol van zorgverzekeraars en de prioriteiten binnen het zorgstelsel.

Internationale vergelijkingen hebben aangetoond dat er alternatieven zijn voor het huidige systeem. Landen zoals Duitsland, Scandinavië en het Verenigd Koninkrijk bieden waardevolle lessen over hoe solidariteit, inkomensafhankelijke bijdragen en preventie kunnen bijdragen aan een duurzamer en rechtvaardiger zorgstelsel. Hoewel geen enkel systeem perfect is, bieden deze voorbeelden inspiratie voor hervormingen die beter aansluiten bij de behoeften van de Nederlandse samenleving.

Toekomstperspectieven laten zien dat hervormingen noodzakelijk zijn om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief hoogstaand te houden. Opties zoals een nationaal zorgfonds, het versterken van preventie, het verlagen van het eigen risico en het vergroten van de rol van de overheid in het reguleren van zorgverzekeraars, bieden concrete mogelijkheden om het stelsel te verbeteren. Het versterken van regionale samenwerking en het inzetten van technologische

innovaties kunnen eveneens bijdragen aan een meer geïntegreerde en efficiënte zorg.

Burgers spelen een belangrijke rol in het aanjagen van verandering. Door bewuste keuzes te maken, zich uit te spreken en samen te werken met patiëntenorganisaties en lokale initiatieven, kunnen zij bijdragen aan een eerlijker en beter zorgsysteem. Uiteindelijk is de kracht van collectieve actie essentieel om de belangen van patiënten centraal te stellen en de zorg toekomstbestendig te maken.

De belangrijkste boodschap van dit dossier is dat gezondheidszorg meer is dan een economische sector; het is een fundamenteel recht dat solidariteit, rechtvaardigheid en menselijke waardigheid vereist. Het huidige systeem kan en moet beter, en dat is alleen mogelijk door een gezamenlijke inspanning van beleidsmakers, zorgverleners, verzekeraars en burgers. Samen kunnen we werken aan een zorgstelsel dat niet alleen problemen behandelt, maar ook bijdraagt aan het welzijn van iedereen.

De weg naar een rechtvaardiger zorgsysteem is uitdagend, maar niet onhaalbaar. Het begint met een heldere visie op wat we belangrijk vinden als samenleving, en de bereidheid om de juiste keuzes te maken – niet alleen voor vandaag, maar ook voor toekomstige generaties.

mr. Wim Gaalman