Meebetalen aan de zorg

Meebetalen aan de zorg

Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg

Sjoerd Kooiker en Mirjam de Klerk (SCP)
Judith ter Berg en Yolanda Schothorst (Bureau Veldkamp)

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, november 2012

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:
a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2012
SCP-publicatie 2012-32
Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland
Omslagontwerp: bureau Stijlzorg, Utrecht

ISBN 978 377 90 0628 4
NUR 740

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 70 00
Fax (070) 340 70 44
Website: www.scp.nl
E-mail: info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord		7
Samenvatting		9
1	Onderzoek naar de houdbaarheid van het stelsel	12
1.1	Achtergrond	12
1.2	Kwalitatieve verkenning	13
2	De ontwikkeling van zorgkosten	16
2.1	Eerste associaties	16
2.2	Toekomstbeelden	19
2.3	Reacties naar aanleiding van informatie SER	23
2.4	Mogelijke oplossingen	25
2.5	Conclusies	28
3	Solidariteit en (on)gelijkheid in de zorg	30
3.1	Kennis over financiële basis van het zorgstelsel	31
3.2	Oordeel over de solidariteit in het zorgstelsel	32
3.3	De grenzen van solidariteit	35
3.4	Ongelijkheid in de zorg, acceptabel of niet?	38
3.5	Conclusies	41
4	Betalen en besparen	43
4.1	Meebetalen aan de zorg voor anderen	43
4.2	Ideeën over mogelijke besparingen	44
4.3	Kosten besparen en zorg anders financieren: 4 voorbeelden	46
4.4	Principes voor de inrichting en financiering van de zorg	50
4.5	Conclusies	52
5	Slotbeschouwing	54
Noten		58
Literatuur		59
Summary		61

De bijlagen kunnen worden gedownload van de website, www.scp.nl
Bijlagen
1 Samenstelling groepen
2 Financiering van het zorgstelsel

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau 64

Voorwoord

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit. In de financiering van de zorg zijn de gezonden solidair met de zieken en de hogere inkomens met de lagere inkomens. In ons land koesteren we deze solidariteit als een groot goed. De Nederlandse overheid hanteert het uitgangspunt dat iedere burger moet kunnen rekenen op goede zorg. Dat is zorg van hoge kwaliteit, die voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is. En dat niet alleen voor nu maar ook voor de toekomst. De sterke stijging van de zorgkosten maken het steeds moeilijker om deze doelstelling te realiseren en zetten de solidariteit onder druk. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) maakt zich zorgen over de houdbaarheid van het zorgstelsel en laat momenteel onderzoeken hoe de houdbaarheid ook in de toekomst gewaarborgd kan worden. Aan het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft het ministerie gevraagd om te onderzoeken hoe burgers over de solidariteit in de zorg denken en hoe zij tegen de stijging van de zorgkosten aankijken. Vanwege de complexiteit van dit onderwerp is ervoor gekozen om hierover groepsgesprekken te voeren en burgers met een laag, midden en hoog inkomen uitgebreid aan het woord te laten. Dat heeft tot verrassende uitkomsten geleid, waar dit rapport verslag van doet. Uitkomsten die goed passen bij het meest recente kwartaalbericht van het Continu Onderzoek Burgerperspectieven van het SCP (Dekker et al. 2012). Beide onderzoeken samen geven een duidelijk en overtuigend beeld van de wijze waarop in de bevolking over solidariteit en de kosten in de zorg wordt gedacht.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Stijgende zorgkosten

De afgelopen jaren zijn de kosten van de zorg sterk gestegen en het is de algemene verwachting dat deze kosten ook de komende jaren fors zullen toenemen. Het is de vraag of de solidariteit waarop ons zorgstelsel is gebaseerd onder druk komt te staan door deze kostenstijging. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau gevraagd om opinieonderzoek onder burgers te doen. Wat weten burgers van deze kosten en de financiering van het stelsel, wat vinden zij een aanvaardbare verdeling van de steeds hogere lasten? Waar liggen de grenzen van de solidariteit?

Vier groepsgesprekken

Het SCP koos ervoor om een kwalitatief, dus 'verhalend', onderzoek te doen waarbij vier groepen burgers zich in gesprekken van twee uur goed in het onderwerp konden verdiepen en hun mening konden geven. In totaal hebben eenendertig personen uit Amsterdam en omstreken deelgenomen aan de gesprekken die begin mei 2012 hebben plaatsgevonden. De groepen waren ingedeeld naar (huishoud)inkomen en opleidingsniveau: een groep met een laag inkomen (tot € 32.500 bruto per jaar) en maximaal mbo-niveau, twee groepen met een middeninkomen en maximaal hbo-niveau en een groep met een hoog inkomen (€ 77.500 en hoger bruto per jaar) en minimaal hbo-niveau.

Hoe denken burgers over de (toekomstige) kosten van de zorg?

Bij 'zorgkosten' denkt vrijwel iedereen aan medische kosten (medicijnen, huisarts, ziekenhuis) en nauwelijks aan de langdurige zorg. Mensen denken hierbij vooral aan de uitgaven die zij zelf betalen (de nominale premie voor de zorgverzekering en de eigen bijdragen) en nauwelijks aan de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet, AWBZ-premie, belastingen). Mensen hebben het gevoel dat ze steeds meer zelf moeten betalen. De lagere inkomensgroepen kijken vooral terug in de tijd en vooral naar hun eigen kosten, mensen uit hogere inkomensgroepen kijken ook naar de toekomst en naar de gevolgen van de kostenstijging voor anderen of voor de solidariteit. Weinig mensen weten wat een behandeling kost en wat ze vergoed krijgen en zouden daar wel meer inzicht in willen hebben, ook om te kunnen controleren of er niet teveel gedeclareerd wordt.
Voor de toekomst verwachten de respondenten dat de kosten zullen blijven toenemen. Als oorzaken voor deze kostenstijging ziet men de demografie (het toenemend aantal ouderen), de medische technologie (er kan technisch steeds meer), sociaal-culturele factoren (het feit dat mensen tegenwoordig sneller geneigd zijn naar een dokter te gaan met 'wissewasjes') en institutionele factoren zoals de marktwerking, hoge salarissen, dure managers, verspilling en inefficiënte zorgverlening.
Als mensen tijdens de gesprekken informatie krijgen over de oplopende kosten en de noodzaak tot bezuinigingen, dan blijken de lagere en middeninkomens te twijfelen aan

het waarheidsgehalte van de informatie. De hoge inkomens lijken de geschetste trends met minder reserve te accepteren.

Hoe kunnen de kosten worden verdeeld en welke rol speelt solidariteit daarin?

Alle gespreksdeelnemers zien solidariteit als een groot goed, maar mensen zijn zich er nauwelijks van bewust hoe het zorgstelsel in Nederland gefinancierd wordt. Men beseft wel dat men een (nominale) premie voor de (basis)zorgverzekering betaalt en kan kiezen voor een zorgverzekeraar en voor het al dan niet afsluiten van een aanvullende verzekering, maar staat nauwelijks stil bij het feit dat men ook via de werkgever betaalt en AWBZ-premie afdraagt.
Men vindt het belangrijk dat de zorg toegankelijk is voor iedereen (geen 'Amerikaanse toestanden'). Dat mensen met hogere inkomens meer betalen en minder gebruik maken van zorg wordt als gegeven geaccepteerd. Wel vinden sommigen met een hoger inkomen dat vaak te gemakkelijk wordt geroepen dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen. Men vindt het lastig om bepaalde groepen (bijvoorbeeld mensen die ongezond leven) een hogere premie te laten betalen. De overheid moet ervoor zorgen dat de solidariteit in de financiering in stand blijft.

Het idee van voorrang in de zorg en luxere zorg voor de hogere inkomens is in geen van de groepen categorisch afgewezen, ook door de deelnemers met een laag inkomen niet. Wel vindt men dat de basiszorg voor iedereen beschikbaar moet blijven en dat die basiszorg niet ten koste mag gaan van het feit dat mensen met hoge inkomens extra zorg mogen kopen. Wat die basiszorg dan precies inhoudt, is in dit onderzoek niet ter sprake gekomen. Ook moet medisch noodzakelijke zorg voor iedereen beschikbaar blijven. Werkenden mogen soms voorrang krijgen op niet-werkenden, maar hoe ver dat dan moet gaan, wordt niet helemaal duidelijk.

Hoe oordelen burgers over varianten van zorgfinanciering om het zorgstelsel betaalbaar te houden?

Het principe van de solidariteit wordt alom omarmd. Als echter de consequentie zou zijn dat men zelf meer moet betalen, dan wordt het moeilijker. Dan kijkt men graag naar de (iets) rijkeren en de (iets) rijkeren kijken op hun beurt graag naar de besparingen die mogelijk zijn, zodat ook zij niet nog meer hoeven te betalen.
Besparingen op de kosten zijn volgens de respondenten vooral te bereiken door minder bureaucratie, minder management, meer kostenbewustzijn en minder verspilling. Over de marktwerking denkt men kritisch. Mensen denken daarbij vooral aan winst, dure managers en veel overhead.
Als mensen varianten voorgelegd krijgen voor een andere financiering van de zorg, dan blijkt vooral dat mensen het lastig vinden om de varianten helemaal te doorgronden. Als leidend principe voor de zorgfinanciering kiest men vooral voor 'de sterkste schouders dragen de zwaardere lasten', maar de mensen met een hoog inkomen merken hierbij wel op dat het daarbij ook belangrijk is naar de mogelijkheden tot kostenreductie te kijken.

Lessen voor de overheid

Welke maatregel de overheid ook kiest om de zorgkosten in de hand te houden of op een andere manier te financieren, duidelijk is in ieder geval wel dat er nog veel geïnvesteerd dient te worden in het informeren van de burger. Dan gaat het bijvoorbeeld om de kosten die burgers zelf én de overheid op dit moment maken voor de zorg en de achterliggende ontwikkelingen die bijdragen aan de kostenstijging. Mensen zijn vaak best bereid om meer te betalen voor de zorg, als zij dan maar wel het idee hebben dat hun geld goed gebruikt wordt. De verspilling en de hoge managementkosten zijn veel mensen een doorn in het oog.

1 Onderzoek naar de houdbaarheid van het stelsel

1.1 Achtergrond

De kosten van de zorg zijn bijna dagelijks in het nieuws. Met name de groei in de kosten leidt tot ongerustheid. De afgelopen jaren zijn de zorgkosten veel sneller gegroeid dan het nationaal inkomen. De zorgkosten leggen daarmee een steeds groter beslag op het nationaal inkomen en op de inkomens van de huishoudens in Nederland. De stijging van de (collectieve) zorguitgaven vormt hiermee een grote bedreiging voor de houdbaarheid van de overheidsfinanciën.

Een raming van de toekomstige zorgkosten is met de nodige onzekerheden omgeven. Veel hangt af van de wijze waarop men trends uit het verleden doortrekt naar de toekomst. In een raming waarin de trends over de afgelopen 30 jaar worden doorgetrokken schat het CPB dat de zorgkosten van ruim 13% in 2010 zullen groeien tot 15,5% in 2020 en 22% in 2040, wat overeenkomt met een reële groei van 3,2% per jaar (Van der Horst et al. 2011a). Aan zorgpremies betaalt een gezin met een modaal inkomen in 2040 dan 36% van het bruto gezinsinkomen. In de afgelopen 10 jaar zijn de zorgkosten sterk gestegen (Trienekens et al. 2012). Wanneer deze groei zich ook de komende decennia voortzet, dan verwacht het CPB dat de zorgkosten zullen groeien tot 16,9% in 2020 en 30,8% in 2040, en dan betaalt een gezin met een modaal inkomen in 2040 47% van het bruto gezinsinkomen aan zorpremies. (Van der Horst et al. 2011a en b). Ongeacht welke raming zal uitkomen, het gaat in ieder geval om een hoog bedrag waarvan deze gezinnen slechts in beperkte mate zullen profiteren. Een groot deel van de premie zal bestemd zijn voor ouderen en zieken die zelf vaak veel minder premie kunnen opbrengen. De solidariteit in het zorgstelsel komt onder druk te staan. Die onderlinge solidariteit is nu een groot goed: Nederlanders met hoge inkomens zijn solidair met Nederlanders met lagere inkomens, gezonde Nederlanders met minder gezonde Nederlanders, mannen met vrouwen, ouderen met jongeren etc. Op dit moment zijn er geen signalen dat de solidariteitsgedachte niet op een brede steun in de bevolking kan rekenen, maar het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vreest dat de stijgende zorgkosten de solidariteitsgedachte kunnen ondergraven. Dat zou een onwenselijke ontwikkeling zijn. In de *Beleidsagenda 2012* stelt het ministerie van VWS dat: 'Iedere Nederlander moet kunnen rekenen op goede zorg. Zorg die van hoge kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar is. Nu en in de toekomst' (VWS 2011a). De stijging van de zorgkosten zet deze doelstellingen onder druk, en voorzetting van de huidige trends leidt onherroepelijk tot een onrustbarend toekomstbeeld.

De discussie over de financiering van de zorg spitst zich toe op een herijking van verantwoordelijkheden (hoe ver gaan eigen verantwoordelijkheid versus collectieve verantwoordelijkheid) en de herverdeling van de lasten. Allerlei maatregelen zijn mogelijk, van verhoging van eigen bijdragen, pakketverkleining van de verzekerde zorg of een andere grondslag voor de verzekering. Steeds zullen daarbij vraagstukken rond solidari-

teit in het geding zijn. Lang is het mogelijk geweest om stilzwijgend uit te gaan van een grote bereidheid van de burger om te betalen voor de zorgkosten van de buurman. In het licht van de veel hogere kosten in de toekomst staat die solidariteit onder druk.
Vandaar ook dat de minister van VWS aan de Sociaal Economische Raad (SER) gevraagd heeft om een advies over 'betaalbare zorg voor toekomstige generaties'. Dit advies zal begin 2013 worden opgeleverd. Naast het kostenvraagstuk is er in dit advies ook aandacht voor de personeelsproblemen die met het stijgende zorggebruik samenhangen.
Het Centraal Planbureau voert onderzoek uit voor het ministerie van VWS dat onder meer verschillende scenario's voor de kostenontwikkeling schetst en kijkt naar de afbakeningen van het collectieve pakket en de eigen betalingen. Het ministerie van VWS heeft het SCP gevraagd om dit onderzoek naar kostenscenario's en pakketafbakeningen vergezeld te laten gaan van een opinieonderzoek onder burgers. Wat vinden burgers een aanvaardbare verdeling van de steeds hogere lasten? Waar liggen de grenzen van de solidariteit voor henzelf en voor de anderen? Hoe zou de zorg het best gefinancierd kunnen worden?
Dit rapport bevat geen verkenning van de literatuur op het terrein van solidariteit, omdat ongeveer gelijktijdig met het verschijnen van dit rapport een achtergrondstudie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uit zal komen, waarin de beschikbare literatuur op dit terrein wordt beschreven.[1]

1.2 Kwalitatieve verkenning

Het is lastig om burgers te bevragen over kosten en financiering van de zorg. Hoewel de zorg een onderwerp is waar iedereen een mening over lijkt te hebben, is het kostenbewustzijn van zorgvragers vaak niet sterk ontwikkeld. Immers, veel kosten zijn niet direct zichtbaar voor burgers doordat ze via belastingen en premies worden betaald. Daarbij komt dat die burger twee conflicterende rollen met zich meedraagt: als patiënt wil hij/zij alle behandelingen die mogelijk zijn, als (gezonde) belasting- en premiebetaler wil hij/zij niet alle zorgkosten van de (misschien wel ongezond levende) buurman voor zijn of haar rekening nemen. Juist vanwege die ambivalentie en het beperkte kostenbewustzijn moet er een extra inspanning geleverd worden om de mening van de burger over het draagvlak voor hogere zorguitgaven te onderzoeken. Het heeft weinig zin om een willekeurige groep respondenten zo maar een aantal vragen voor te leggen. Daarom is ervoor gekozen om als eerste stap burgers in groepsgesprekken stapsgewijs naar een discussie te voeren waarin mogelijke opties voor een houdbaar stelsel worden besproken.
Deze groepsgesprekken, die zijn afgenomen door bureau Veldkamp, bieden inzicht in opvattingen van mensen en in de verklaringen die zij voor hun opvattingen geven. Deze vorm van onderzoek is exploratief van aard en gaat uit van wat de deelnemers zelf ter sprake brengen. Bij dit onderzoek gaat het om het beschrijven van de diversiteit aan opvattingen en argumenten en niet om hoeveel mensen het wel of niet ergens mee eens zijn.

In dit onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:
- Hoe denken burgers over de (toekomstige) kosten van de zorg? (hoofdstuk 2)
- Hoe kunnen de kosten worden verdeeld en welke rol speelt solidariteit daarin? (hoofdstuk 3)
- Hoe oordelen burgers over varianten van zorgfinanciering om het zorgstelsel betaalbaar te houden? (hoofdstuk 4)

Deelnemers groepsgesprekken

Het onderzoek werd bij vier groepen uitgevoerd.
In de verwachtingen omtrent het draagvlak voor solidariteit in de zorgfinanciering speelt vooral het inkomen een rol: zullen mensen met een midden en hoger inkomen bereid blijven om mee te betalen aan de zorgkosten die meer dan evenredig door mensen met de lagere inkomens gemaakt worden? Vanwege deze nadruk op inkomen is ervoor gekozen om de vier groepen op basis van (huishoud)inkomen in te delen. Hoe wordt er door mensen met hoge, midden en lage inkomens over solidariteit in de zorg gedacht? Voor de middeninkomens is aanvullend een onderscheid naar leeftijd gemaakt in een jongere en een iets oudere groep met middeninkomens. Om ervoor te zorgen dat deelnemers niet al te veel uit elkaar zouden lopen voor wat betreft opleidingsniveau – wat een vruchtbaar gesprek in de weg kan staan – is eveneens rekening gehouden met het opleidingsniveau van deelnemers. Zo is in de lage inkomensgroep het opleidingsniveau op maximaal mbo-niveau gesteld, voor de middeninkomensgroepen op maximaal hbo-niveau en in de hoge inkomensgroep op minimaal hbo-niveau. Dit resulteerde in vier groepen:
1 laag inkomen (tot € 32.500 bruto per jaar), leeftijd 45 – 74 jaar
2 middeninkomen (€ 32.500 - € 77.500 bruto per jaar), leeftijd 30 – 55 jaar
3 middeninkomen (€ 32.500 - € 77.500 bruto per jaar), leeftijd 50 – 74 jaar
4 hoger inkomen (€ 77.500 en hoger bruto per jaar), leeftijd 30 – 74 jaar.

De selectie van de deelnemers is uitgevoerd via het panel TNS NIPO base.[2] In totaal hebben 31 personen uit Amsterdam en omstreken deelgenomen aan de gesprekken die begin mei 2012 hebben plaatsgevonden. Van de deelnemers is wel bekend of zij een chronische aandoening hebben, maar hier is van te voren niet op geselecteerd. Het aantal mensen met een chronische aandoening varieert van zes van de acht deelnemers in de groep met een laag inkomen tot twee van de zeven bij de groep met een hoog inkomen. De ernst van de aandoeningen varieerde van hooikoorts tot hiv. De deelnemer met hiv is de enige die zijn gezondheid tijdens het gesprek naar voren bracht. Bij de andere deelnemers werd wel af en toe genoemd dat ze contact hadden met bepaalde hulpverleners, maar hun ziekte kwam als zodanig niet aan bod. Enkele deelnemers zijn werkzaam in de zorg, of hebben daar in het verleden gewerkt. Een overzicht van de achtergrondgegevens van de deelnemers is opgenomen in bijlage 1 (te raadplegen via www.scp.nl).
Het gesprek is gevoerd aan de hand van een uitgebreide gesprekspuntenlijst en duurde twee uur.

De gesprekken werden door een ervaren gespreksleider van bureau Veldkamp geleid; drie andere onderzoekers keken mee via een videocircuit. Alle gesprekken zijn opgenomen op dvd en woordelijk uitgetypt.

Analyse

De analyse is in dit rapport vooral gericht op het zo betrouwbaar en reproduceerbaar mogelijk weergeven van opinies. De betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid is naar verwachting hoger wanneer meerdere onderzoekers het materiaal bekijken (en er dezelfde conclusies uit trekken). Op basis van de opnamen hebben onderzoekers van Veldkamp een rapport gemaakt met de belangrijkste bevindingen van de gesprekken. Dat rapport is vervolgens aangevuld en bewerkt door onderzoekers van het SCP op basis van de letterlijke verslagen en de dvd's van de gesprekken. Dit rapport is dus zowel gebaseerd op de samenvatting van Veldkamp als op de gespreksverslagen. Er is naar gestreefd om de bevindingen van het onderzoek met zo duidelijk mogelijke citaten te onderbouwen. Daarbij is gezocht naar uitspraken die een (breder gedeelde) ervaring treffend en bondig weergeven, maar ook naar citaten die juist een andere mening weergeven. Het gaat er immers om, om juist ook te laten zien dat mensen van mening kunnen verschillen. De citaten zijn een enkele keer redactioneel bewerkt om de leesbaarheid te vergroten. Het onderzoek is niet bedoeld om uitspraken te kunnen doen over de mate waarin Nederlanders met een bepaald inkomen een bepaalde mening hebben. Daarvoor is de steekproef van 31 personen te klein en te weinig representatief. Wel geeft het onderzoek een beeld van de opvattingen die er leven over de onderscheiden thema's.

2 De ontwikkeling van zorgkosten

Ieder jaar geven we meer geld uit aan zorg, zo blijkt onder meer uit een recente publicatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS 2012). Deze kostenstijging is een grote bron van zorg voor de overheid, die immers de systeemverantwoordelijkheid heeft voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg (TK 2011/2012). Maatregelen om de groei af te remmen lijken dan ook onafwendbaar. Het is de vraag of de Nederlandse bevolking hier ook zo over denkt. Als de algemene gedachte heerst dat de kosten te hoog zijn, is het immers makkelijker om besparende maatregelen in te voeren (zie bv. Taskforce 2012) dan wanneer men dat besef helemaal niet heeft. Ook is het denkbaar dat er hierbij verschillen zijn tussen inkomensgroepen. Mensen die van een laag inkomen moeten rondkomen, denken wellicht heel anders over de kosten die zij nu al moeten betalen dan mensen met een hoog inkomen.

2.1 Eerste associaties

Als eerste is de deelnemers gevraagd om hun eerste associaties bij het thema 'de ontwikkeling van de zorgkosten in Nederland' te noteren. Op die manier wordt duidelijk aan welk soort kosten mensen denken en of zij zich er bewust van zijn dat deze kosten toenemen, zonder dat zij door anderen al op een bepaald spoor zijn gebracht. Deze eerste indrukken geven een algemeen beeld van het kostenbewustzijn van mensen, maar ook van hun meningen hierover: constateren zij alleen maar dat de kosten toenemen of vinden zij dit ook terecht of onterecht? Maken zij zich zorgen over deze ontwikkeling, voelen zij ook een noodzaak om de kosten te beheersen?
Bij de notities valt op dat men, soms na enige aarzeling, veel opschrijft; het is een onderwerp dat de deelnemers raakt, al lijkt het soms ook een ingewikkeld onderwerp (sommige mensen moeten even 'op gang komen'). Het begrip 'zorg' is niet nader toegelicht. Verreweg de meeste deelnemers denken bij zorg aan medische zorg: de huisarts, specialist, medicijnen, het ziekenhuis. Aan de langdurige zorg voor mensen met een beperking denkt vrijwel niemand.

Zowel uit de notities als uit de mondelinge toelichtingen blijkt ten eerste dat mensen de kosten (te) hoog vinden, dat zij verwachten dat de kosten steeds hoger worden en dat zij dit een zorgwekkende ontwikkeling vinden. Daarnaast valt op dat veel mensen het vooral over de eigen kosten hebben ('minder vergoed krijgen', 'meer eigen bijdrage', 'hogere zorgpremie/hoger eigen risico'). Mensen zien hun eigen kosten oplopen. Overigens heeft men het in algemene termen over kosten; geen van de deelnemers noemt bedragen.

> *Ik denk aan steeds meer eigen bijdrage, dat er steeds minder dingen vergoed worden en langere wachttijden. Steeds minder dingen die je nodig hebt, worden vergoed. Je moet meer zelf gaan betalen.* (vrouw, 59 jaar, middeninkomen).

Het eerste wat bij me opkomt is de hoge premie die je moet betalen en die denk ik toch voor een heleboel mensen een flinke aanslag is op hun besteedbare inkomen. [..] Dat legt toch wel een hele financiële druk op veel gezinnen denk ik. (man, 65 jaar, hoog inkomen).

Deze gevoelens van steeds meer zelf moeten betalen sluiten aan bij recent SCP-enquêteonderzoek onder 1200 Nederlanders, dat laat zien dat veel mensen de indruk hebben dat er de afgelopen 20 jaar (veel) bezuinigd is op zorg, terwijl de zorguitgaven in werkelijkheid juist fors gestegen zijn. (Dekker et al. 2012; p. 28;Van der Horst et al. 2011a). Dit neemt niet weg dat óók de eigen betalingen van mensen zijn toegenomen, door de invoering van het eigen risico sinds 2008 en doordat een aantal zaken uit het basispakket is gehaald (zo moeten mensen sinds 1-1-2012 de eerste 20 fysiotherapiebehandelingen zelf betalen en wordt een deel van de maagzuurremmers niet meer vergoed).[3]

Wanneer we de inkomensgroepen vergelijken, dan zien we het volgende beeld: Bij de lage en de middeninkomens is het gevoel aanwezig dat men momenteel minder waar krijgt voor zijn geld dan een aantal jaren geleden en men is hier ontevreden over. Men draagt voorbeelden aan van hogere premies voor de ziektekostenverzekering, hoger eigen risico, zaken die uit het (basis-/aanvullend) pakket zijn gehaald. Ze wijzen op een verslechtering van de eigen situatie en het feit dat ze als gevolg van de kostenstijgingen zelf in financiële problemen komen ('ben bang om naar de tandarts te gaan'). Sommigen zijn ronduit verontwaardigd.

Het is niet meer op te brengen voor lage inkomens en voor chronisch zieken, want die worden dubbel gepakt. [...] Want als je kinderen hebt, nou het is voor mij niet meer te doen. Ik heb zelf mijn behandelingen en medicijnen moeten stoppen, want ik kan ze niet meer betalen. Dingen die vergoed werden, die worden allemaal uit het pakket gehaald en dat zijn ineens zelfzorg-medicijnen. (vrouw, 47 jaar, laag inkomen).

Als je dingen indient die je vroeger vergoed kreeg, door de jaren heen, die worden opeens nog maar voor de helft vergoed. (vrouw, 61 jaar, laag inkomen).

Eerst mocht je ongeveer 20 keer fysiotherapie krijgen en toen werd het vijftien en toen werd het geloof ik negen? Ik moest plotseling een hoop eigen bijdrage gaan betalen. Ze zeiden eerst van dat valt er allemaal binnen en daarna kreeg ik een rekening van € 170,- hoppa! Of het hele-maal niks is. Het wordt steeds magerder. (man, 55 jaar, middeninkomen).

Bij de hogere inkomens wordt er minder over de persoonlijke kostenstijging geklaagd. Sterker nog, er is één vrouw die zelfs aangeeft dat het voor haar goedkoper is geworden. Zij heeft het dan over de afgelopen tien jaar, een langere periode dan waarover de andere groepen meestal praten.

Ik vind de premie helemaal niet hoog, nog sterker, hij is de laatste tien jaar voor ons gezin behoorlijk gedaald. Sinds die basisverzekering is gekomen, wij betaalden vroeger veel meer. Als ik het ga hebben over eigen risico, dat was vroeger ƒ 500,- eigen risico, nou nu is het € 220,-. Dat vind ik nog niet waar ik helemaal van achterover val. (vrouw, 69 jaar, hoog inkomen).

In de groepen met de midden- en hoge inkomens wordt meer in algemene termen beschreven dat de kosten stijgen en dat dit bezwaarlijk is ('structureel probleem'/ 'veel te duur'/ 'hogere kosten in de zorg'). Ook wijzen zij erop dat de solidariteit onder druk komt te staan ('solidariteit verdwijnt'/'eerlijk verdelen van de lasten') en dat de kostenstijging kan leiden tot zorgmijdend gedrag (mensen die niet meer naar de dokter gaan omdat ze het niet meer kunnen betalen). Kortom, men heeft een wat bredere blik en kijkt ook naar de situatie van anderen.

Een ander verschil tussen de lagere en de hogere inkomens is dat de mensen met een laag inkomen iets meer geneigd zijn om te kijken naar ontwikkelingen die in het recente verleden concreet hebben voorgedaan ('wordt met de dag duurder en slechter'/'minder vergoed krijgen zonder dat je daar vooraf over geïnformeerd wordt'), terwijl de hogere inkomens ook naar de toekomst kijken ('zullen steeds hoger worden'/ 'zorg moet voor iedereen beschikbaar blijven'/'wordt in de toekomst onbeheersbaar').

De respondenten wijzen in hun notities ook oorzaken aan voor de ontwikkeling in de zorgkosten. Men heeft het dan over de 'vergrijzing', de 'efficiëntie ontbreekt', 'de marktwerking', 'verspilling', 'de hoge salarissen', 'teveel management', maar ook over 'oververzorging'. In paragraaf 2.2 gaan we hier dieper op in. Een vergelijkbaar beeld komt uit ander onderzoek van het SCP met gespreksgroepen naar voren: ook daar noemt men verkwisting, inefficiëntie, onnodige managementlagen en hoge salarissen (Dekker et al. 2012).
Sommige deelnemers geven oplossingen aan voor de kostenontwikkeling en wijzen dan in hetzelfde stramien op de noodzaak van minder overhead, minder management, minder verspilling en centralisatie van activiteiten. Aan deze oplossingen wordt meer aandacht geschonken in paragraaf 2.4.

Inzichten in kosten en vergoedingen is beperkt

Mensen hebben vaak weinig inzicht in de kosten van behandelingen. Slechts een enkele keer weet men wat een behandeling gekost heeft, omdat men een specificatie kreeg waarop concrete bedragen zijn genoemd of omdat men zelf actief gaat zoeken op internet.

> *Ja, ik heb er twee [red.: kunstheupen] namelijk. Het kost een paar duizend per stuk, buiten wat daaromheen komt: nazorg en dagen in het ziekenhuis.* (man, 55 jaar, middeninkomen).

> *Ik kreeg gister de rekening van een ambulanceritje voor mijn zoon. Hij betaalt maar 75 euro [red.: premie], met hoog eigen risico en heeft nooit wat gehad en nu wel. Was 575 euro.* (man, 52 jaar, hoog inkomen).

> *Ik heb een internetziektekostenverzekering en ik kan dus precies zien wat de huisarts declareert. Maar dat is dus sinds een jaar, sinds ik die verzekering heb. Dan duik ik er ook af en toe in en kan ik dat zien. Hij declareert per kwartaal, ook als ik daar niet geweest ben. Dat wist ik voorheen niet, maar dat is dus zo. [...]. Hij krijgt een basistarief voor elke ingeschrevene.* (vrouw, 56 jaar, hoog inkomen).

In het algemeen weten mensen niet wat een behandeling kost. Ze krijgen daar ook geen overzicht van, zo wordt door verschillende mensen genoemd. In het verleden was voor mensen wel te zien hoeveel medicijnen ze kregen en welke kosten daarmee gemoeid waren.
Uitzonderingen vormen mensen die veel kosten maken, zoals een hiv-patiënt ('Ik kost 40.000 euro per jaar aan medicijnen omdat ik hiv-positief ben, al 30 jaar lang.') of iemand die een kind kreeg na een ivf-behandeling en mensen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn (geweest).

Enkele deelnemers, vooral bij de lage inkomens, klagen over ondoorzichtigheid van de kosten en de moeite die het kost om de kosten van behandelingen aan de weet te komen, bijvoorbeeld bij tandartsbezoek of in de geestelijke gezondheidszorg.

> *Dat is niet doorzichtig, want ik kan mijn verzekering bellen, dat heb ik al een paar keer gedaan van welke codes worden nou vergoed, want dan kan ik doorgeven wat mijn tandarts wel bij mij mag doen en niet bij mij mag doen. Ja, het is bij elke tandarts anders en het is bij elke verzekering anders, dus ze kunnen geen eenduidig antwoord, ja ze kunnen alleen naar de website verwijzen, zoek het zelf maar uit.* (vrouw, 47 jaar, laag inkomen).

> *Ik wil toch wel graag van te voren weten wat het me gaat kosten. Als ik naar de bakker ga, dan weet ik ook dat ik € 2,45 voor een brood kwijt ben.* (vrouw, 56 jaar, laag inkomen).

2.2 Toekomstbeelden

In het algemeen gaan de deelnemers ervan uit dat de kosten nog verder zullen oplopen en dat dit ondermeer samenhangt met het feit dat er steeds meer ouderen komen en dat er in de zorg steeds meer kan.

> *Je zit met de vergrijzing. Dat heeft er dan mee te maken. Dat het alleen maar duurder wordt. […] Als er geen goed beleid op gevoerd wordt dat ze de kosten gaan beheersen, dan wordt het natuurlijk alleen nog maar duurder.* (man, 65 jaar, laag inkomen)

> *De wetenschap wordt steeds beter, dus de mensen kunnen langer in technische zin gezond worden gehouden. Dat zal kosten met zich meebrengen, dus ik denk dat het zeer moeilijk wordt om die kosten niet te laten stijgen.* (man, 65 jaar, hoog inkomen).

> *Vroeger had je iets aan je been, dan ging je naar het ziekenhuis, dan konden ze je niet helpen. Tegenwoordig geven ze je een nieuwe heup. Dat kon vroeger niet.[…] Niet een heup die ook nog eens tien jaar in je lichaam kon blijven zitten en eventueel vervangen kon worden.* (man, 37 jaar, middeninkomen).

Verder doorpratend wordt met name in de midden- en hogere inkomensgroepen een aantal ontwikkelingen in de samenleving aangewezen die medeverantwoordelijk zijn voor de stijging, zoals de hoge verwachtingen die men heeft ten aanzien van de zorg, het feit dat er steeds meer technische mogelijkheden zijn, de hoge salarissen en de marktwerking. Deze worden hierna toegelicht.

Hogere verwachtingen

In enkele groepen wordt naar voren gebracht dat de zorgvraag is toegenomen: mensen gaan sneller naar een arts om uitsluitsel te krijgen en soms worden daarbij ook nog eens de verkeerde wegen bewandeld die leiden tot extra kosten, zoals een bezoek aan de Spoedeisende Hulp (SEH).

De vraag naar zorg neemt toe: als je kind vroeger een snotneus had dan ging dat wel over. Hoor nu van collega's die met hun snotneuskinderen naar de dokter gaan. We slaan door. (vrouw, 35 jaar, hoog inkomen).

Ik krijg ook wel eens de indruk dat mensen heel makkelijk naar een ziekenhuis gaan, naar de huisartsenposten, de ehbo. Dat doet de kosten wel oplopen. Au, ik heb een verzwikte enkel, nu moet ik naar het ziekenhuis. Ik heb vroeger vaak mijn enkel verzwikt, dan ging ik ook niet. (man, 63 jaar, middeninkomen).

Hoge salarissen, verspilling, bureaucratie, marktwerking

Anderen noemen als redenen voor de oplopende kosten van de gezondheidszorg de hoge salarissen, verspilling van bijvoorbeeld medicijnen of pleisters, de bureaucratie en de marktwerking. Bij dit laatste punt moeten met name de zorgverzekeraars het ontgelden:

Hoeveel zorgverzekeringen heb je wel niet. Volgens mij heb je er wel 20. Al die managers moeten betaald worden. (man, 45 jaar, middeninkomen).

Ik vraag me af: 'Wat is de toegevoegde waarde geweest in het verleden van al die verzekeringmaatschappijen die je hebt gekregen? Die elkaar beconcurreren en daar miljoenen aan besteden om jou als klant binnen te halen.' Dan vraag ik me af: 'Moet je al die partijen hebben? '. Het is al geprivatiseerd en er zit een stuk marktwerking in. Ik vraag me sterk af of die marktwerking per saldo besparingen oplevert. (man, 65 jaar, hoog inkomen).

Men baseert zich bij de indrukken duidelijk op datgene wat men zelf meemaakt, maar ook op wat men hoort uit de eigen omgeving of via de verschillende media meekrijgt ('in de Volkskrant stond een stuk..' / 'Toevallig stond er vanmorgen in de krant bij de ingezonden brieven'/ 'ik hoorde laatst op de radio'). Duidelijk wordt dat sommigen veel beter op de hoogte zijn van ontwikkelingen in de zorg dan anderen. Degenen die beter geïnformeerd zijn, komen met voorbeelden aanzetten, waaruit hun grotere kennis over het onderwerp blijkt. De beter gesitueerden onder de deelnemers lijken over meer kennis te beschikken over het onderwerp of in ieder geval een actievere houding aan te nemen om ontwikkelingen op dit vlak te volgen.

Een enkeling, vooral bij de hogere inkomensgroepen, vraagt zichzelf ook wel af of er niet bespaard kan worden door kritischer te kijken wat er allemaal voor zorg verleend wordt en of mensen niet meer zelf kunnen betalen.

Er zijn steeds meer mogelijkheden, moeten we daar allemaal gebruik van blijven en gaan maken? [...] Moeten we alles wat mogelijk is ook bij iedereen toepassen? (vrouw, 69 jaar, middeninkomen).

We slaan door: oververzorging. Ik denk even aan mijn ouders die een heel goed inkomen hebben en toch allerlei zaken vergoed krijgen en die dat zelf ook vinden. (man, 52 jaar, hoog inkomen).

Ik kan niet zo goed inschatten of een handeling echt per se nodig is, maar omdat het om mijn gezondheid gaat, doe het dan maar. Misschien was het wel onzin of veel te duur. (vrouw, 42 jaar, hoog inkomen).

Het opwerpen van drempels in de zorg door bijvoorbeeld een eigen bijdrage van € 9 te vragen bij een huisartsbezoek levert discussie op in een groep, want wie worden daardoor het meest getroffen? Het vermoeden bestaat dat dit soort maatregelen te veel ten koste zou gaan van de mensen met een laag inkomen. In de hogere inkomensgroep blijkt men van het begin af aan de mening te zijn toegedaan dat de 'sterkste schouders de zwaarste lasten' moeten dragen. We komen daar in het hoofdstuk over solidariteit (hoofdstuk 3) op terug.

Een deelnemer verwijt politici een gebrek aan daadkracht, omdat het hen aan lef ontbreekt om de burger voor pijnlijke keuzes te stellen:

Ze willen geen impopulaire maatregelen nemen, dus dan stijgen de zorgkosten. (vrouw, 42 jaar, hoog inkomen).

Een ander toont meer begrip:

Er is moeilijk grip op te krijgen, omdat er een soort emotionele component in zit van: 'Onze gezondheid daar willen we natuurlijk alles voor doen.' Gezondheid en bezuinigingen gaan niet zo goed samen. (vrouw, 42 jaar, hoog inkomen).

Betaalbaarheid en solidariteit

Gesteld voor de vraag in hoeverre men de stijging in zorgkosten als een probleem ziet, blijkt dat het probleembesef zich met name voor de lagere inkomensgroep concentreert op de persoonlijke financiële gevolgen. Men maakt zich, ook in de andere groepen, daarnaast zorgen of mensen in de toekomst wel voldoende toegang tot de zorg zullen hebben.

Als je nog werkt gaat het nog wel. Maar als je niet meer werkt, dan is het echt erg. Dat je alles van tevoren moet betalen en soms heb ik geen geld om het van tevoren te betalen. (man, 47 jaar, laag inkomen)

Ik heb veel huisbezoeken gedaan bij schuldhulp aan mensen. Die mensen zitten echt aan de grond hoor. Dat is echt vreselijk. Die mensen kunnen niet meer naar het … ([naam ggz-instelling-Red), want ze moeten wel € 200,- uit hun eigen zak betalen. (vrouw, 56 jaar, laag inkomen).

Stel je hebt fysiotherapie nodig en je kan je alleen maar de basisverzekering permitteren, wat dan? (vrouw, 45 jaar, middeninkomen).

Enquêteonderzoek van het SCP bevestigt dit beeld: ongeveer een derde van de volwassenen maakt zich (tamelijk) veel zorgen over de mogelijkheid dat ze in de toekomst niet meer de benodigde medische zorg zullen krijgen. Dit speelt vaker bij laagopgeleiden (45% maakt zich zorgen) dan bij hoger opgeleiden (19%) (Dekker et al. 2012).

Mensen signaleren dat er sprake is van een afnemende solidariteit en noemen daarbij onder meer de solidariteit tussen jongeren en ouderen, maar bijvoorbeeld ook tussen mensen met lichamelijke en mensen met geestelijke aandoeningen.

> *Het geld moet wel worden opgebracht door iedereen. Ik erger me er de laatste tijd aan dat jongeren zeggen dat de ouderen zoveel kosten, maar ze worden zelf ook ouder, en hebben op onze kosten mogen studeren.* (man, 65 jaar, middeninkomen).

> *De solidariteit verdwijnt, en de tweedeling lichamelijk en geestelijk. Als je psychiatrische hulp nodig hebt dan moet je meer eigen bijdrage betalen.* (vrouw, 53 jaar, middeninkomen).

Men is best bereid om te betalen voor de zorg, maar dan moeten die kosten voor hun gevoel wel terecht zijn.

> *Als ik 143 euro moet betalen, maar het is wel eerlijk opgebouwd, dan heb ik er geen problemen mee. Als ik merk dat het onterecht is, zet ik mijn hakken in het zand. Vorig jaar ben ik door mijn huisarts doorverwezen naar een diëtist, kreeg van de verzekering de nota: 45 euro voor 10 minuten binnen te zijn geweest, terwijl het als een uur wordt gerekend. Ze kan er 4 [red.: afspraken] in een uur doen. Dat is hetzelfde als een ziekenhuis dat dubbel wordt geboekt en betaald.* (man, 55 jaar, middeninkomen).

De ontwikkeling van de zorgkosten wordt in vergelijking tot andere maatschappelijke problemen als een groot probleem ervaren. Zo wordt in de hogere inkomensgroep aangegeven dat de zorgkosten nu 30% van alle overheidsuitgaven beslaan, een enorm bedrag. In de andere groepen denkt men vooral aan de oplopende kosten die men in de eigen portemonnee ervaart. De problemen in de zorg worden ook als een groot probleem gezien omdat de zorg wordt aangemerkt als eerste levensbehoefte: men is van mening dat de zorg goed geregeld moet zijn en heeft daar nu zijn twijfels over.

> *Ik zie het toch als een eerste levensbehoefte. Als ik hier de deur uitloop en ik kom onder een auto, dan hoop ik toch dat de ziekenauto komt.* (man, 57 jaar, hoog inkomen).

> *Ik heb pas mijn zus verloren, die was 84 en die was dement en dan denk ik: 'Mijn God, als je zo aan je eind moet komen'. En als je ziet wat er gedaan moet worden om een beetje hulp voor iemand te krijgen, nou... dat is een schande, echt.* (vrouw, 68 jaar, laag inkomen).

Wie betaalt de zorgkosten?

De deelnemers zijn zich ervan bewust dat iedereen meebetaalt aan de zorg. Hierbij valt op dat men in eerste instantie denkt aan de premie die men zelf betaalt aan de ziektekostenverzekering. Een enkeling noemt de premies/belastingen die worden ingehouden op het salaris/de uitkering. Men heeft het dan in algemene termen over 'de belastingen'. Een enkeling heeft het ook over bijdrages van de werkgever.

Ze zeggen wel die basisverzekering, dat is maar zoveel, maar wat er uit je salaris bijkomt wordt nooit genoemd. (man, 63 jaar, middeninkomen).
In hoeverre hebben jullie het beeld voor ogen dat je ook premie betaalt via je belastingen? (interviewer).
Ik zie het gespecificeerd op mijn pensioenuitdraai, dus ik zie het. (vrouw, 69 jaar, zelfde groep).
Ik denk dat weinig mensen daarop letten. (man, 65 jaar, zelfde groep)

Wat verder opvalt is dat naarmate het inkomensniveau toeneemt, er eveneens sprake is van een toenemend kennisniveau over de basis van het stelsel. Dit kan te maken hebben met het hogere opleidingsniveau in deze groepen. In hoofdstuk 3 wordt dieper ingegaan op de wijze waarop het zorgverzekeringsstelsel in elkaar zit.

2.3 Reacties naar aanleiding van informatie SER

Deelnemers hebben een filmpje[4] te zien gekregen van de Sociaal Economische Raad waarin Alexander Rinnooy Kan een uiteenzetting geeft over de oplopende zorgkosten en de dilemma's die dit oplevert voor de financiering van het zorgstelsel in de toekomst. Zijn boodschap is helder: zo doorgaan is onmogelijk omdat de zorgkosten per Nederlander zullen oplopen van € 5.000 nu naar € 17.000-€ 25.000 in 2040 en dan een derde van de rijksbegroting zullen beslaan. Om de zorgkosten beperkt te houden, zal in het basispakket gesneden moeten worden, zullen eigen bijdragen verhoogd moeten worden of zal er consumptievrijheid ingeleverd moeten worden. Dit filmpje is getoond om ervoor te zorgen dat de deelnemers enige kennis op zouden doen over de kosten van de zorg en de verdeling van de uitgaven in de zorg en vanuit eenzelfde kennispositie het gesprek met elkaar konden voeren. Ook is op deze manier een gevoel van urgentie aan de deelnemers overgedragen: de uitgaven stijgen zo snel dat er echt iets moet gebeuren.

De reacties op het filmpje laten zien dat men – op de hoge inkomensgroep na – grote vraagtekens zet bij de gegeven informatie. Het waarheidsgehalte van de informatie wordt in twijfel getrokken: mensen betwijfelen of de cijfers wel het volledige beeld geven. Enkele citaten:

Hij zegt wel, die stijging is zo groot, maar op basis waarvan? Waar komen die bedragen dan vandaan? (man, 63 jaar, middeninkomen).

Komt die stijging alleen maar doordat alles wat er gedaan wordt steeds duurder is geworden? Een verdubbeling, komt dat daarvandaan? (vrouw, 69 jaar, middeninkomen).

Je hoort niets over de hoge managementkosten. (man, 55 jaar, laag inkomen).

In de lage inkomensgroep wordt zelfs met enige verontwaardiging gereageerd: alsof de zorg nu toegankelijk zou zijn voor iedereen, terwijl dat volgens hen niet overeenkomt met de werkelijkheid.

Want hij zegt dat het hier nog hartstikke goed is, maar dat is niet meer zo ...[...] dat is in gang gezet, dat je al die dingen zelf moet betalen. (vrouw, 61 jaar, laag inkomen).

Zij zien zichzelf geconfronteerd met pijnlijke keuzes, omdat ze het niet kunnen opbrengen.

Ik kan het [red:. eigen behandeling en medicatie] niet betalen, want ik moet mijn kinderen te eten geven, hoe is het dan toegankelijk? (vrouw, 47 jaar, laag inkomen).

Bij de middengroepen overheersen eveneens de kanttekeningen, al gaat dat met iets minder emotie gepaard. Zo vraagt een deelnemer zich af waarom hier niet eerder over nagedacht is.

Ze weten van de babyboom en de vergrijzing, ze wisten dat de tijd eraan kwam. [...] Waarom hebben ze toen niet gezegd: 'Jongens, we grijpen nu in voor de kinderen en kleinkinderen'. (man, 47 jaar, middeninkomen).

Er wordt gevraagd of de voortschrijdende technologie het niet mogelijk maakt om apparatuur steeds goedkoper te produceren (net als bij bijvoorbeeld plasmatelevisies). Hier wordt tegenin gebracht dat de productie ervan niet op een dermate grote schaal plaatsvindt dat het leidt tot een goedkopere productie. Tevens komt aan de orde dat de afschrijving van apparatuur misschien te snel gebeurt, waardoor telkens nieuwe investeringen nodig zijn. Daarnaast vindt een deelnemer het tegenstrijdig dat er ondanks een tekort aan personeel toch een stijging van de zorgkosten is: waardoor wordt de stijging dan veroorzaakt?
Enerzijds wijst men erop dat er technisch steeds meer mogelijk is, waardoor de kosten stijgen.

Er kan steeds meer, ook baby's die in leven blijven terwijl ze vroeger zouden zijn overleden. Ik heb met gehandicapten gewerkt, ms patiënten verzorgd, mijn oma is op haar 39e overleden want ze had ms, en die kreeg een longontsteking. En ik heb patiënten verzorgd die waren in de 60. Nu bedoel ik niet dat mensen eerder dood moeten gaan, maar het is wel waardoor de kosten stijgen. Er kan steeds meer, mensen willen steeds meer. (vrouw, 53 jaar, middeninkomen).

Anderzijds worden er ook wel vraagtekens geplaatst of alle kosten wel nodig zijn.

Als je zwanger bent kun je 3D de baby volgen, ja, dat is hartstikke duur. (vrouw, 45 jaar, middeninkomen).

Er staan kelders vol met rolstoelen, onder zorgcentra, maar die worden niet gebruikt, die worden naar andere landen gestuurd. (vrouw, 69 jaar, middeninkomen).

De hoge inkomensgroep gaat meer mee met de uiteenzetting van Rinnooy Kan. Mogelijk is deze groep beter geïnformeerd en heeft men vaker dit soort gegevens gehoord. Ze zien het als een bevestiging van de eigen vermoedens en reageren vooral geschrokken op het geschetste toekomstbeeld.

Ik had geen verdubbeling verwacht, wel een stijging. (vrouw, 35 jaar, hoog inkomen).

Ja en het perspectief hè. Nu € 5.000,- en straks tussen de € 17.000,- en de € 25.000,-, dat met name. We vermoedden wel dat het sterk zou stijgen, maar dit is wel extreem. (man, 52 jaar, hoog inkomen).

2.4 Mogelijke oplossingen

Medicijnen

Op de vraag wat we in Nederland zouden kunnen doen om de kosten in de hand te houden, worden door de lage en midden inkomensgroepen als eerste verspilling en de hoge kosten van medicijnen genoemd. Mensen hebben de indruk dat ze meer medicijnen krijgen dan nodig is en dat medicijnen onnodig duur zijn.

Als ik medicijnen haal bij de apotheek, dan krijg ik twee doosjes mee, terwijl ik maar zes pilletjes gebruik, misschien acht pilletjes. Als ik nu naar huis ga en ik doe een la open, want ik gebruik veel medicijnen, mijn zoon die gebruikt veel medicijnen, en die la die ligt helemaal vol. Want elke keer als ik voor controle ga, elke 3 maanden, dan krijg ik weer een hele set mee en dan zeg ik: 'we hebben nog' en dan zegt ie: 'ja neem maar mee voor het geval dat...' En dan denk ik: 'ja...'. (vrouw, 56 jaar, laag inkomen).

Ik denk dat medicijnen veel minder duur zijn dan die ik twee jaar geleden had. Ze kunnen efficiënter werken denk ik. Die farmaceutische bedrijven die worden ook stinkend rijk. Goedkopere medicijnen die toch hetzelfde werken. (man, 65 jaar, laag inkomen).

Salarissen

Daarnaast zou men de salarissen van specialisten en managers aan willen pakken. Hier wordt vooral lang bij stil gestaan bij de groep met een laag inkomen, maar ook wel bij de andere groepen.

Als die mensen [Specialisten; red] nou in overheidsdienst komen. Gewoon voor een salaris werken. (vrouw, 68 jaar, laag inkomen).

Nou ja, als het in de zorg net zo is als in het onderwijs, met die schaalvergroting, waardoor je steeds meer managementlagen krijgt. [...] Je krijgt steeds meer overhead en die mensen moeten allemaal betaald worden met hele dikke salarissen, die niet in verhouding staan tot de salarissen van degenen die de zorg leveren en daar mogen ze wel heel hard in gaan snijden. (vrouw, 47 jaar, laag inkomen).

Ik denk dat in Nederland de kosten van een specialist ook heel hoog liggen. Vooral de vrijgevestigde specialisten, die verdienen, vind ik zelf, naar verhouding wel veel te veel. Ik denk dat in die sector ook best gesneden kan gaan worden en dat er best bepaalde normen opgelegd kunnen worden. (man, 65 jaar, hoog inkomen).

De organisatie van de zorg

In de hogere inkomensgroep noemt men daarnaast meer efficiency in de zorg, minder bureaucratie en het afschaffen van de marktwerking ('terug van commercieel naar

publiekrechtelijk') als mogelijke oplossingen om te besparen. Ook nu wordt weer gewezen naar de zorgverzekeraars.

Ik heb het over centraliseren, dingen op een centraal punt. Ieder ziekenhuis tegenwoordig heeft een eigen laboratorium, dat is in principe ook niet nodig, Dan heb je bijvoorbeeld nieuwe regels, nou ieder maand komt er wel een regel binnen. Ik werk zelf 30 jaar in een ziekenhuis, maar met iedere regel wordt weer een uitvoerend iets opgesteld, wordt weer een staf-functionaris aangenomen. (man, 53 jaar, middeninkomen).

Die ziektekostenverzekeraar, daar moeten we nog eens serieus naar kijken, moeten die nou echt wel een voetbalploeg sponsoren of moeten die hun geld nou aan medische zaken gaan besteden. (vrouw, 35 jaar, hoog inkomen).

Rol van de huisarts

Over de rol van de huisarts als poortwachter zijn de meningen verdeeld, zo blijkt uit de volgende discussie uit de hoge inkomensgroep:

Als ik heel eerlijk ben, dan wil ik rechtstreeks naar die oogarts kunnen en die hele huisarts overslaan, want ik kan zelf wel zeggen: 'ik heb last van mijn oog.' Waarom moet ik dan nog een keer naar de huisarts toe die zegt: 'inderdaad mevrouw u heeft last van uw oog'. Wij hebben in Nederland gezegd dat er een schakel tussen moet zitten. In Nederland gaan we, in tegenstelling tot onze buurlanden, niet rechtstreeks naar een specialist toe, terwijl ik denk dat dat niet altijd toegevoegde waarde heeft. (vrouw, 35 jaar).
Zouden daarmee de kosten van de zorg omhoog of omlaag gaan? (interviewer).
Ik denk omhoog, want iedereen wil wel naar de specialist (vrouw, 42 jaar).
Ik vind dat moeilijk hoor. Iedereen wil wel naar de specialist, maar in mijn eigen ding, de afgelopen maand heb ik geconstateerd dat ik van het ziekenhuis inderdaad eerst langs de huisarts moest. De huisarts die weet van dat specialisme helemaal niets, dus die belt de specialist op. En daar wordt over de telefoon medicatie gegeven, vervolgens moet ik weer naar de huisarts die het weer niet weet. Uiteindelijk moet ik dan bij de specialist komen. En dan denk ik: 'Ja, dan ben ik 2x bij die huisarts geweest en dat niet alleen...' (vrouw, 69 jaar).
Je hebt altijd een uitzondering, maar daar kun je geen beleid op maken. (vrouw, 42 jaar).
Maar als ik kijk naar onze buurlanden, naar België, naar Duitsland. [...] *Daar werkt dat systeem dus wel heel erg goed, waarbij de zorgkosten ook relatief beheersbaar zijn, dus ik denk niet dat je zomaar kan zeggen: 'Als de patiënt rechtstreeks naar de specialist gaat, dan stijgen de kosten daarin'. Want ik denk dat als een patiënt ergens denkt van: 'Dit klopt niet', dan gaat hij wel 3x terug naar die huisarts, terwijl als hij wellicht naar een specialist gaat, zich daardoor eerder gerust zal laten stellen omdat hij weet: 'Dit is iemand die heeft ervoor gestudeerd.'* (vrouw, 35 jaar).

Onnodige behandelingen voorkomen, laten meebetalen

Ook wordt geadviseerd nog eens kritisch te kijken of alle behandelingen wel nodig zijn en of er wellicht niet meer zelf betaald kan worden.

Ik had een zieke oude tante hè, die dement was en eigenlijk het liefst dood zou gaan. Toen kreeg ze iets aan haar hart en toen kreeg ze ook nog een hartoperatie en toen heeft ze een half

jaar langer geleefd, 97 jaar. Dan denk ik dat is toch onzin. Ze doen toch ook veel bij mensen, ook al is het niet meer nodig? (vrouw, 61 jaar, laag inkomen).

Ik vind het goed dat dat [=rollator] nu ook uit het basispakket is gehaald. Dat is ook iets wat mensen ook gewoon zelf kunnen aanschaffen. (vrouw, 37 jaar, middeninkomen).

Verhogen kostenbewustzijn

Een aantal mensen noemt ook het verhogen van het kostenbewustzijn. Mensen zouden zich meer bewust moeten worden van de kosten en zelf een afweging moeten maken. Als mensen echt ziek zijn, dan gaan ze toch wel naar een arts ('je gaat niet voor de lol naar de dokter'/ 'als je je arm breekt, dan ga je'), maar mensen zouden bijvoorbeeld minder snel naar de eerste hulp van een ziekenhuis kunnen gaan.

Iemand had ergens pijn en had daar vier dagen mee gelopen en ging toen naar de eerste hulp. En dan denk ik, daar is de eerste hulp niet voor. Dan kun je misschien ook wel een dag wachten tot het maandag is en dan naar de huisarts gaan. (vrouw, 53 jaar, middeninkomen).

Van die simpele dingen, zoals een verzwikte enkel, een gekneusde vinger, daar gaan ze voor naar het ziekenhuis. Dan denk ik, je kan ook even in een boekje kijken wat kan ik het beste doen. (man, 63 jaar, middeninkomen).

Anderen betwijfelen of mensen dit soort kostenafwegingen wel zullen maken. Als mensen ziek zijn, willen zij immers geholpen worden, wat het ook kost.

Als ik denk dat ik ziek ben, dan ga ik toch naar de arts toe en dan wil ik toch geholpen worden ook al kost dat veel geld. (vrouw, 35 jaar, hoog inkomen).

Ik denk dat als jij zelf iets hebt, dat toch het egoïsme gaat spelen. Voor jezelf. Dat je denkt ja, maar ik wil die heup of ik wil dat hebben. [...] *Je gaat niet zeggen: 'Doe maar niet die heup, dan blijf ik wel rot lopen'. Dat doe je ook niet omdat het zoveel kost.* (vrouw, 71 jaar, laag inkomen)

Mensen zouden in ieder geval meer inzicht in de kosten willen om te voorkomen dat er teveel wordt gedeclareerd. Alleen als zij zelf ook een opgave van de kosten te zien krijgen, dan krijgen zij zelf inzicht in de kosten en kunnen zij controleren of er niet ten onrechte bedragen worden gedeclareerd van behandelingen die niet hebben plaatsgevonden.

Het zou misschien wel eens makkelijker wezen als de rekening van een specialist naar de patiënt toegaat. [...] *Dan ga je kijken en dan zeg je: 'Hé, dit heb ik helemaal niet gehad'. Die specialist kan dat makkelijk opschrijven en dit heb ik ook niet gehad. Dit geeft de mogelijkheid tot controle.* (vrouw, 68 jaar, laag inkomen).

Het zou het mooiste zijn dat wanner je iets betaalt, dat die factuur ook aan jou zichtbaar wordt gemaakt, dat zou goed zijn. [...] *Je hebt als patiënt controle, je ziet wat ze in rekening brengen. He, die dag heb ik er niet in gelegen, bij wijze van spreken. En ook inzicht in wat jouw kwaal heeft gekost.* (man, 65 jaar, middeninkomen).

Opvallend is dat mensen geen oplossingen noemen waarbij zij zelf iets kunnen doen om de kosten te verlagen: zij leggen de verantwoordelijkheid bij de overheid. Iets dergelijks was ook te zien in een ander onderzoek naar de houdbaarheid van de medische zorg (Dekker et al. 2012).

2.5 Conclusies

Als mensen gevraagd wordt waar zij aan denken bij 'ontwikkelingen in de zorgkosten' dan noemen alle groepen het feit dat de kosten oplopen. Ze denken hierbij vooral aan hun eigen uitgaven (de nominale premie voor de zorgverzekering en de eigen bijdragen). Het merendeel van wat men betaalt aan de zorg (inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet, AWBZ-premie, belastingen) blijft onderbelicht. Mensen hebben het gevoel dat ze steeds meer zelf moeten betalen. Sommige mensen uit de lage inkomens wijzen erop dat ze bepaalde behandelingen of medicijnen niet meer kunnen betalen en zien er daarom vanaf. De compensatie van het eigen risico via de zorgtoeslag blijft buiten beeld. Bij de hogere inkomens heeft men het minder over de eigen kosten, maar meer over de gevolgen van de kostenstijging voor anderen of voor de solidariteit. Een ander verschil is dat de lagere inkomens meer terugkijken naar de ontwikkelingen in de tijd, terwijl de hogere inkomens ook geneigd zijn naar de toekomst te kijken. Mensen denken bij zorgkosten vrijwel alleen aan medische zorg (medicijnen, huisarts, ziekenhuis) en vrijwel niet aan de langdurige zorg.

Weinig mensen weten wat een behandeling nou feitelijk kost en wat je vergoed krijgt. Mensen zouden in het algemeen meer inzicht willen hebben in de kosten: dat is een middel om te controleren of er niet teveel gedeclareerd wordt en wellicht draagt het ertoe bij dat mensen minder zorg gebruiken. Alhoewel dat laatste ook wordt betwijfeld: als mensen ziek zijn, gaan ze toch naar de dokter.

Voor de toekomst verwachten de respondenten dat de kosten zullen blijven toenemen. Belangrijke oorzaken (die overigens ook worden genoemd door het RIVM in hun rapport over de determinanten van de volumegroei in de zorg, zie Kommer et al. 2010)) zijn de demografie (het toenemend aantal ouderen) en de medische technologie (er kan technisch steeds meer). Daarnaast dragen ook sociaal-culturele factoren (het feit dat mensen steeds gemakkelijker naar de dokter gaan met 'wissewasjes' of te snel naar een specialist gaan) bij aan de groei van de kosten. Tot slot noemen mensen institutionele factoren zoals de marktwerking, hoge salarissen, dure managers, verspilling en inefficiënte zorgverlening.

Als mensen informatie krijgen waaruit blijkt dat de kosten van de gezondheidszorg snel oplopen en er bezuinigingen nodig zijn, dan valt op dat de lagere en middeninkomens de informatie in twijfel trekken. De hoge inkomens lijken de geschetste trends wel zonder meer te accepteren. Mogelijk zijn zij beter geïnformeerd en hebben zij dit soort geluiden vaker gehoord.

Als mogelijke oplossingen van het probleem van de toenemende kosten zou men de verspilling (van bijvoorbeeld medicijnen) willen aanpakken, de hoge salarissen van specialisten en managers willen aanpakken, de zorg efficiënter willen organiseren en de marktwerking willen terugdringen (waarbij men dan onder meer denkt aan de verzekeraars die allemaal reclame maken en winst willen maken) en het kostenbewustzijn willen verhogen. Mensen noemen geen zaken die zij zelf zouden kunnen doen.

3 Solidariteit en (on)gelijkheid in de zorg

Op meerdere plaatsen is in dit rapport de term 'solidariteit' reeds gevallen. Maar wat bedoelen we daar eigenlijk mee? En bedoelt iedereen er hetzelfde mee? En vooral, wat bedoelen we als we het over de solidariteit in de ziektekostenverzekering hebben? Solidariteit als term betekent dat leden van een groep een gemeenschappelijk belang onderschrijven. Dat klinkt enigszins abstract en misschien is het eenvoudiger om solidariteit te zien als 'positieve lotsverbondenheid' (De Beer 2005).
In veel discussies over solidariteit is het gebruikelijk om op twee manieren onderscheid te maken tussen verschillende vormen van solidariteit. Ten eerste maakt men wel een onderscheid tussen vrijwillige en verplichte solidariteit en ten tweede maakt men een onderscheid tussen eenzijdige en tweezijdige solidariteit. De Nederlandse verzorgingsstaat is gebouwd op verplichte solidariteit en bestaat uit een mix van eenzijdige en tweezijdige arrangementen. Bij eenzijdige solidariteit betaalt men vooral voor anderen, zonder dat men verwacht ooit van een regeling gebruik te maken. Bij tweezijdige solidariteit betaalt men voor een risico dat de betaler ook zelf zou kunnen treffen. Een voorziening als de Wajong geldt als een voorbeeld van eenzijdige solidariteit, de basisverzekering van de zorgverzekeringswet is vooral een tweezijdig arrangement (Blom 2011).

Schema: vier soorten solidariteit

	Eenzijdig (vooral)	Tweezijdig (vooral)
Vrijwillig	Vrijwilligerswerk	Particuliere verzekeringen
	Giften aan 'goede doelen'	Aanvullende verzekering tegen ziektekosten
	Bloeddonatie	
	Orgaandonatie	
Verplicht	Sociale voorzieningen (bijv. Wajong)	Werknemersverzekeringen
	Ontwikkelingshulp	Basisverzekering tegen ziektekosten
	Asielverlening	

Bron: gebaseerd op De Beer (2005) en Blom (2011).

Onderzoek naar de opvattingen van Nederlanders over solidariteit laat zien dat de houding van de Nederlander ten opzichte van het betalen van een verplichte premie voor sociale zekerheid vooral neerkomt op welbegrepen eigenbelang: het verzekert me van een uitkering op het moment dat ik die nodig heb. Het gaat hier om tweezijdige solidariteit. Hier is 85% het mee eens. Dat betalen wordt minder gezien als een morele plicht ten opzichte van de zwakkeren in de samenleving (65% mee eens) of het persoonlijk meevoelen met een uitkeringsgerechtigde (38% mee eens), wat vormen van eenzijdige solidariteit zijn (Van Oorschot en Jeene 2011). De tweezijdige solidariteit is dus belangrijker dan de eenzijdige.

Solidariteit is ook iets wat je moet verdienen, we zijn het meest solidair met mensen die buiten hun schuld afhankelijk zijn geworden en onze steun echt nodig hebben. Verder zijn we ook meer solidair met groepen in de samenleving waar we ons verwant mee voelen (Van Oorschot 2012).

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op de solidariteit van gezond met ziek en van rijk met arm, een mengvorm van twee- en eenzijdige solidariteit. Die solidariteit kan onder druk komen te staan als de gezonden door de oplopende zorgkosten met steeds grotere bedragen moeten meebetalen aan de kosten voor de zieken.

Met behulp van groepsgesprekken onderzoeken we hier hoe het ervoor staat met de opvattingen over solidariteit. Deelt men die? Zijn er grenzen aan? Hoe solidair is men met specifieke groepen, bijvoorbeeld mensen met een ongezonde leefstijl? Vervolgens willen we ook weten hoe men denkt over het krijgen van voorrang in de zorg. Zal men dat categorisch afwijzen? Zijn mensen met lagere inkomens 'tegen' en mensen met hogere inkomens 'voor'?

3.1 Kennis over financiële basis van het zorgstelsel

Het gesprek over de solidariteit begon met vragen over de feitelijke situatie rond de zorgfinanciering en de solidariteit die daaraan ten grondslag ligt. Belangrijke vragen, want als de overheid met de burger in discussie wil gaan over de zorgkosten, dan is het wel van belang om te weten welke kennis en welk beeld de burger daarover heeft. Gevraagd naar de wijze waarop het zorgstelsel wordt gefinancierd (zie bijlage 2 voor een beschrijving van het stelsel), blijkt dat het merendeel van de deelnemers weet heeft van een aantal elementen van deze financiering.

Zoals al eerder bleek, staat de nominale premiebetaling via de verplichte zorgverzekering centraal in de beleving. Diverse deelnemers brengen echter naar voren dat er eveneens via belastingen wordt geïnd. Ook subsidies, commerciële partijen en de farmaceutische industrie worden genoemd.
Slechts enkele deelnemers betrekken de bijdrage van de werkgever hier ook bij.
Een enkeling zegt dat de overheid ook bijdraagt. Ook de zorgtoeslag en de AWBZ-premie worden slechts door een enkeling genoemd. De kennis over de wijze van financiering is in het algemeen dus beperkt. Met name in groep met de lagere inkomens weet men het niet goed ('betaalt de werkgever daar ook niet aan mee?').

Men weet ook niet zeker of iedereen nou evenveel betaalt of niet. Een aantal deelnemers geeft aan dat er verschillen zijn in de belastingbijdragen, afhankelijk van de hoogte van het inkomen. Bij een aantal blijft echter hardnekkig de zorgverzekering terugkomen, verschillen die er tussen pakketten zijn en tussen zorgverzekeraars onderling in de prijsstelling van de nominale premie. Het is een lastige materie die voor veel deelnemers ver van hen afstaat, zoveel wordt duidelijk. De gesprekken geven de indruk dat mensen met

een hoog inkomen vaak een iets gedetailleerder beeld hebben van de zorgfinanciering dan de andere groepen.

De wijze waarop solidariteit in de financiering van het zorgstelsel is meegenomen, is wisselend bekend.
Een enkeling trekt een vergelijking met het pensioenstelsel, een ander heeft het over het basispakket waarin zaken zijn opgenomen die je misschien zelf niet nodig hebt, maar die voor anderen relevant kunnen zijn. Ook de financiering via de belastingen en de solidariteit van jong met oud worden genoemd.

> *Ik betaal premie, daarvan worden de ziektekosten betaald, als ik er geen gebruik van maak, dan worden er toch rekeningen betaald van andere mensen die meer kosten hebben dan de hoogte van hun premie is.* (man, 45 jaar, middeninkomen).

> *Het belastingdeel is redelijk solidair, verder is het jouw keuze welke verzekeraar je neemt met welke aanvullingen. Ze willen eventueel doorvoeren dat oudere mensen hogere premies moeten betalen dan jongeren.* (man, 65 jaar, middeninkomen).

> *Jong en oud gemixt eigenlijk hè, want als je oud bent, heb je over het algemeen meer zorg nodig. Rijk en arm, daarop is de solidariteit gebaseerd, daarom is het een percentage, zodat iedereen: jong en oud, geel en groen, voor hetzelfde in aanmerking kan komen.* (man, 52 jaar, hoog inkomen).

3.2 Oordeel over de solidariteit in het zorgstelsel

De deelnemers kregen de volgende korte uitleg over de wijze waarop de solidariteit in Nederland is geregeld: "*Het Nederlands systeem is gebaseerd op verschillende vormen van solidariteit: gezonde mensen betalen mee aan de zorgkosten van ongezonde mensen, mensen met hoge inkomens betalen meer dan mensen met lage inkomens (percentage inkomen), kinderen zijn gratis verzekerd en daar betaalt iedereen aan mee, ongeacht of je kinderen hebt of niet.*"

Vervolgens is gevraagd hoe men daar tegenover staat. Uit de reacties blijkt dat men unaniem het systeem ondersteunt. Men vindt dat alle mensen recht en toegang moeten hebben tot zorg en men vindt het vanzelfsprekend dat iedereen daaraan meebetaalt.

> *Op een gegeven moment zijn bepaalde groeperingen klein, maar ze hebben wel geld nodig, bepaalde ziektes of wat dan ook, die kunnen dat zelf niet opbrengen, dat moet ergens vandaan komen.* (man, 63 jaar, middeninkomen).

> *Dat vind ik wel terecht. Nogmaals, als mij morgen wat gebeurt, dan ben ik ook blij dat iedereen daarvoor betaalt. Maar gebeurt jou wat, dan betaal ik daar ook voor, dus dat vind ik wel terecht.* (vrouw, 56 jaar, laag inkomen)

De wijze waarop de zorg in de Verenigde Staten wordt gefinancierd, geldt als een schrikbeeld. Niemand wil 'Amerikaanse toestanden'.

> *Geen Amerikaanse toestanden alsjeblieft! (vrouw, 68 jaar, laag inkomen).*

> *Iedereen is verzekerd, prima. Niet als in de vs, dat alleen de bovenlaag is verzekerd.* (man, 65 jaar, hoog inkomen).

Eén deelnemer gaat nog verder: hij vindt dat de solidariteit best mag worden aangescherpt door de hogere inkomens meer belasting voor de zorg te laten betalen. Want miljonairs betalen helemaal niet zoveel premie, vindt hij. Er ontstaat in de oudere middeninkomensgroep discussie over het meebetalen aan de ziektekosten voor kinderen, want – zo redeneert een deelnemer – de keuze voor kinderen is een persoonlijke keuze, die volgens hem veronderstelt dat je zelf financieel verantwoordelijk voor hen bent. Als tegenargument wordt ingebracht dat het krijgen van kinderen van belang is voor de toekomst van de samenleving.
Men komt er niet uit, want het krijgen van kinderen is volgens een ander geen ziekte en moet om die reden ook niet over iedereen worden omgeslagen. In de overige groepen wordt de discussie niet op deze manier gevoerd. Wel wordt in de hogere inkomensgroep opgemerkt dat solidariteit inhoudt dat iedereen meebetaalt, terwijl het aantal wanbetalers volgens een deelnemer erg hoog is. Dat vindt hij niet eerlijk, hij stelt voor een andere manier van premie-inning te hanteren.

Geconfronteerd met de onderzoeksbevinding dat hogere inkomens meer voor de zorg betalen en er minder gebruik van maken en dat de lagere inkomens weinig betalen en er meer gebruik van maken (Van der Torre et al. 2012), levert de reactie op dat degenen met een laag inkomen minder in staat zijn om een gezonde levensstijl te betalen, waardoor ze meer gebruik moeten maken van de zorg. Wel wordt de tandarts als uitzondering gezien, daar 'laat je meer doen' als je er geld voor hebt. Men vindt het in het algemeen begrijpelijk dat de relatie tussen inkomen en zorggebruik zo is en men trekt niet de conclusie dat mensen met lage inkomens een te groot beroep doen op de solidariteit. Er wordt eveneens aangegeven dat in de lagere inkomensgroepen verhoudingsgewijs meer mensen in problematische situaties verkeren, zoals zwervers, mensen met psychische problemen of mensen die anderszins niet mee kunnen draaien in de werkende wereld. In de lage inkomensgroep wordt met enige felheid gereageerd, men voelt zich in deze groep duidelijk aangesproken:

> *Is toch logisch? Die lagere inkomens kunnen niet naar de gym, een stresskuurtje volgen of gezond eten.* (vrouw, 68 jaar, laag inkomen).

> *Als je minder verdient ga je ook minder voor jezelf zorgen, want je kunt het niet betalen.* (man, 47 jaar laag inkomen).

In de hogere inkomensgroep wordt nog wel gesteld dat een vorm van controle terecht is om te zien of de zorguitgaven goed worden besteed. Een ander voegt daaraan toe dat solidariteit wat haar betreft niet moet inhouden dat alle lasten automatisch op de hogere inkomens worden afgewenteld, maar dat naar allerlei aspecten moet worden gekeken, zoals het aandeel van preventie.

Iedereen vindt solidariteit een belangrijk uitgangspunt voor de zorgfinanciering. Alle mensen hechten aan gezondheid en dienen mogelijkheden te krijgen om gebruik te maken van zorg. Een man vertelt dat hij al ettelijke jaren dure medicatie heeft ter bestrijding van het hiv-virus; hij is heel blij dat er solidariteit is. Anderen vinden dat het niet zo mag zijn dat aan de staat van iemands gebit af te lezen is dat degene geen geld heeft voor tandartszorg of dat onverzekerden niet meer in aanmerking zouden komen voor zorg.

> *Je wilt toch niet dat je aan de mensen kunt zien, doordat ze geen gebit in hun mond hebben of ze arm zijn ja of nee? Dat wil je toch niet. Dat was toch vroeger zo? En in sommige landen is dat nog steeds zo. Dat is toch verschrikkelijk?* (vrouw, 61 jaar, laag inkomen)

De rol van de overheid

Het vertrouwen in de medemens laat echter een paar barstjes zien bij de vraag of de solidariteit aanwezig zou zijn indien deze niet wordt afgedwongen door de overheid. Indien men aangewezen op elkaar zou zijn, vermoedt men dat 'de Nederlander' zich steeds minder solidair opstelt. Sommigen merken nu al dat er sprake is van minder solidariteit in de samenleving, dat er meer individualisme heerst en dat bepaalde groepen in de samenleving op anderen neerkijken en zich onderling weinig verbonden voelen.

In elke groep wordt de term 'Amerikaanse toestanden' gebezigd om aan te duiden hoe de samenleving er uit zou zien zonder afgedwongen solidariteit. Dan zouden mensen op zichzelf zijn aangewezen en gaat het recht van de sterkste gelden. Unaniem is men van mening dat dat een zeer onwenselijke situatie zou zijn; daarom omarmt men het huidige systeem.

> *Dan is het ieder voor zich. Heb je geen of weinig werk, dan val je eruit.* (vrouw, 69 jaar, hoog inkomen).

> *Denk het ook niet. Dan krijg je die hokjesgeest, je zorgt voor jezelf.* (vrouw, 71 jaar, laag inkomen).

Ook in ander SCP-onderzoek met gespreksgroepen wordt de term 'Amerikaanse toestanden' gebruikt om aan te geven dat een gezondheidszorg die niet voor iedereen toegankelijk is, voor Nederland onwenselijk is (Dekker et al. 2012). Welke rol dient de overheid in te nemen op het terrein van solidariteit? De overheid wordt gezien als de hoeder van het algemeen belang en daarmee wordt tevens duidelijk dat de overheid een regierol moet hebben ten aanzien van het in stand houden van de solidariteit in de zorg, maar ook in het beheersbaar houden van de kosten. Twee deelnemers uit dezelfde groep met een middeninkomen zeggen het zo:

> *De overheid moet wel een rol nemen, anders is het helemaal niet te betalen.* (man, 53 jaar, middeninkomen).

> *Ze moeten een rol spelen in het efficiënter werken, het drukken van de overhead en onnodige kosten.* (man, 65 jaar, middeninkomen).

Diverse deelnemers doen de suggestie aan de hand om de marktwerking terug te draaien, aangezien dat volgens hen leidt tot extra kosten.

> *Daar zitten zoveel kosten omheen die niets met zorg te maken hebben.* (vrouw, 61 jaar, laag inkomen).

Waarna een andere deelnemer uit deze groep op ironische toon aanvult:

> *Ik denk dat dat bij al die bedrijven speelt. De post, de Nuon. Het waren eerst allemaal overheidsbedrijven en het zou zo een zegen zijn als daar marktwerking in zou komen, daar zou de consument beter van worden. Nou we hebben het gemerkt. Ik niet.* (vrouw, 47 jaar, laag inkomen).

Het zijn sentimenten die niet alleen leven onder de mensen met een laag inkomen.

> *Er is een veel te grote marktwerking, de overheid moet dat terugdraaien, net als bij ProRail.* (man, 62 jaar, middeninkomen).

Het onderwerp 'marktwerking' komt ook aan de orde in paragraaf 4.4 waar het gaat om de principes die bepalend zijn voor de financiering van het zorgstelsel.

Met het oog op de toekomst moet de overheid wel die rol van bewaker van de solidariteit blijven vervullen. Op zich verwacht men wel dat solidariteit een onderdeel van het systeem zal blijven, maar het is de rol van de overheid om dat af te dwingen. Als dat vervalt, ziet men de individualisering toch als bedreiging. Ook de schandalen met de hoge salarissen van bestuurders worden als gevaar gezien. Mensen zijn niet langer bereid om te betalen als ze het idee hebben dat hun geld niet goed terecht komt:

> *Zolang er nog van die uitwassen zijn. Of het nou een financieel directeur is die met 8 miljoen weggaat of een [..] directeur die ongestraft met 3 miljoen vertrekt of een of andere ziekenhuisdirecteur die meer verdient dan de Balkenende-norm, dan gaan mensen zich toch achter de oren krabben, zo van: 'Komt mijn geld inderdaad wel goed terecht?' Dan heb je het niet meer over zuivere solidariteit, dan heb je het over geldverspilling. Dat vinden mensen niet goed.* (vrouw, 42 jaar, hoog inkomen).

3.3 De grenzen van solidariteit

Is de solidariteit die men belijdt onvoorwaardelijk of zijn er grenzen aan verbonden? Vaak wordt de vraag gesteld of de samenleving wel moet opdraaien voor de zorgkosten die het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl. Uit kwantitatief onderzoek is bekend dat een groot deel van de bevolking vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl mogen worden verplicht om een hogere zorgpremie te betalen. In het meest recente onderzoek van het CBS is dat net iets meer dan de helft (55%) van de ondervraagden (Kloosterman 2011). In een eveneens recent SCP-onderzoek vindt 48% van de respondenten het acceptabel om mensen financieel zelf verantwoordelijk te stellen voor de gevolgen van ongezond gedrag (De Boer en Kooiker, te verschijnen). Daartegenover staat dat ook 50% van de respondenten in het SCP-onderzoek vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl net zo veel recht hebben op een medische behandeling als mensen met een gezonde

leefstijl. In dit SCP-onderzoek bleken veel respondenten voor beide vragen geen duidelijke keuze te kunnen maken. Steeds zei meer dan 30% het 'niet eens maar ook niet oneens' te zijn.
Kennelijk zitten er aan het onderwerp nogal wat haken en ogen, waaraan een simpele kwantitatieve vraagstelling geen recht doet. Het is daarom waardevol om ook in kwalitatief onderzoek te verkennen in welke mate men solidair is met verschillende groepen in de samenleving. Dat is hier gedaan door te vragen of men bereid is mee te betalen aan de zorg voor groepen als ouderen en toekomstige generaties, maar ook wat diffusere categorieën als mensen die ongezond leven of voor elk wissewasje naar de dokter gaan, of mensen met een korte levensverwachting die een dure behandeling nodig hebben.[5]

Bereidheid mee te betalen aan zorg voor ouderen

Unaniem verklaart men zich solidair met ouderen en toont men bereidheid mee te betalen aan zorg voor hen. Zij hebben ervoor gezorgd dat we zo kunnen leven als we nu doen en iedereen wordt tenslotte een keer oud.

Als argument hiervoor wordt in vrijwel iedere groep genoemd dat ouderen in Nederland al heel lang hebben bijgedragen aanhet huidige welvaarts- en voorzieningenniveau; en dat zij er dan ook zeker van moeten kunnen meeprofiteren. Wel wordt een kanttekening geplaatst bij het vergoeden van alle kosten. Zo vindt een deelnemer in de groep met een hoog inkomen het onzin dat een rollator voor iedereen vergoed wordt.

> *Moet iedereen een gratis rollator hebben? Ook als ze een goed inkomen hebben? Het slaat door wat we aan het vergoeden zijn.* (man, 52 jaar, hoog inkomen).

Bereidheid mee te betalen aan zorg voor toekomstige generaties

Ten aanzien van toekomstige generaties is de bereidheid mee te betalen eveneens groot. Maar er wordt in de middeninkomensgroep wel opgemerkt dat niet alles af te dekken valt voor de toekomst.

Bereidheid mee te betalen aan zorg voor mensen die ongezond leven

Deze groep levert meer discussie op. Er zijn deelnemers die stellen dat bijvoorbeeld rokers bewust een groot gezondheidsrisico nemen en zij voelen zich om die reden minder genegen mee te betalen aan zorgkosten voor deze groep. Anderen daarentegen geven aan dat heel veel mensen sportblessures oplopen: zij doen dan weliswaar een gezonde activiteit, maar hebben alsnog zorg nodig. Veel deelnemers vinden het lastig om een scherpe grens te trekken tussen gezond en ongezond gedrag, er zijn veel mitsen en maren. Want wat is ongezond?Leeft niet iedereen op zijn manier ongezond? Er wordt nog gesuggereerd de premie voor de zorgverzekering afhankelijk te stellen van bepaalde risico's, dus bijvoorbeeld een roker meer premie te laten betalen. Anderzijds stelt iemand in de groep met de hoge inkomens dat rokers eerder overlijden en voor de zorg dus minder kosten. Iemand anders uit deze groep maakt een duidelijk onderscheid tussen mensen die heel bewust een keuze maken voor een gevaarlijke sport en mensen die vanuit hun opvoeding (en dus veel minder bewust) heel vet eten zonder groente. Er is

kortom geen eenduidige mening ten aanzien van het onderwerp solidair zijn met mensen die 'ongezond leven'.

Bereidheid mee te betalen aan zorg voor mensen die voor elk wissewasje naar de dokter gaan

De bereidheid om mee te betalen slaat om in een voorwaardelijk meebetalen. Zo wordt gesteld dat het zinvol is om dan een financiële drempel aan te brengen om een te makkelijk bezoek aan een arts te ontmoedigen. In een van de groepen met een middeninkomen werd dat zo verwoord:

> *Ik vind op zijn minst dat die daarin een eigen bijdrage mogen hebben ja, als je te pas en te onpas bij de dokter staat. (vrouw, 48 jaar, middeninkomen).*
> *Ik hoorde laatst dat ze een tientje per doktersbezoek gingen rekenen voor een bezoek aan de huisarts, wat ook een idee was. Toen dacht ik: 'Nou, waarom niet'.* (man, 37 jaar, zelfde groep).
> *Je kan best even een bepaalde drempel, dat mensen toch even nadenken van is het nou echt nodig of kan ik nog even een paar dagen..., want de dokter zegt toch wel van kijkt u het een paar dagen aan.* (vrouw, 37 jaar, zelfde groep).

Anderen vinden dat het aan een arts is om te bepalen of mensen voor een wissewasje komen of niet, alhoewel er ook mensen zijn die betwijfelen of dat wel gebeurt ('want iedere patiënt die binnenkomt is geld'). Maar ook voor deze categorie blijkt dat men het moeilijk vindt om aan te geven wat 'een wissewasje' inhoudt. Men neemt die beslissing liever niet voor elkaar. Waarbij we aantekenen dat men in de gespreksgroepen voor het onderzoek 'burgerperspectieven' iets stelliger lijkt in de opvatting dat men niet wil meebetalen aan het ongezonde gedrag en het onnodig zorggebruik van anderen (Dekker et al. 2012)

Bereidheid mee te betalen aan de zorg voor mensen met een korte levensverwachting die een dure behandeling nodig hebben

Deze stelling roept de vraag op in hoeverre het mogelijk is om een bepaalde levensverwachting te voorspellen. Verder blijkt men het lastig te vinden om degene te zijn die bepaalt of een behandeling dan niet meer 'genoeg' opbrengt. Een paar deelnemers stellen voor dat aan de behandelende artsen en de patiënt zelf moet worden overgelaten of behandelen dan nog zinvol is. Een van hen zegt dat er op zijn minst kwaliteit van leven moet zijn om de solidariteit in stand te houden.

> *Als het de kwaliteit van hun leven in stand weet te houden dan denk ik dat je wel solidair moet zijn. Niet per se het leven nodeloos rekken, maar als je weet: iemand die heeft nog zoveel tijd te leven en dat leven heeft kwaliteit, dan ben ik wel solidair.* (man, 65 jaar, middeninkomen).

Al met al wordt de solidariteit vrij breed gevoeld en dan vooral omdat het heel lastig is om grenzen te stellen die voor een ieder te billijken zijn.

> *Dat moeten ze helemaal niet aan het volk overlaten.* (vrouw, 61 jaar, laag inkomen).

Als je eenmaal begint met mensen uit te sluiten, dan begeef je je eigenlijk op glad ijs. Dit wordt mooi verwoord door een van de deelnemers uit de hoge inkomensgroep:

> *Eigenlijk is het heel erg als je mensen gaat uitsluiten. Als je nu gaat kijken naar een groep mensen, wie ga je dan uitsluiten? De persoon die rookt; de persoon die heel veel sport, maar daardoor heel veel sportblessures krijgt; de persoon die heel hard werkt, heel veel belastinggeld betaalt, maar vervolgens wel een hartaanval krijgt; de huisvrouw die de ramen staat te lappen en vervolgens van het trapje valt? Als je gaat kijken, dan denk ik dat je 80% van de mensen om een of andere reden wel kunt gaan uitsluiten.* (vrouw, 35 jaar, hoog inkomen).

Wel blijkt dat de grenzen in zicht komen bij mensen die bijvoorbeeld langdurig in coma liggen zonder enig vooruitzicht op verbetering van hun toestand of bij mensen met een ongezonde of gevaarlijke levensstijl. Het is echter moeilijk om de grenzen te bepalen. Zo zou je sommige mensen weer wel moeten blijven behandelen als hun geloofsovertuiging dat oplegt en kun je mensen die parachutespringen wel een hoger eigen risico laten betalen, maar wat doe je dan met mensen die te hard rijden?
In de gespreksgroep met mensen met een hoog inkomen komen de grenzen in de solidariteit ook op een andere manier naar voren. Dat komt omdat zij vooral de betalers en niet de ontvangers van de solidariteitsbijdrage zijn. Daar wil iemand best veel voor zorg betalen, maar dan wel onder voorwaarde dat het goed terecht komt.

> *Ik vind wel, de hoogste inkomens die betalen relatief meer, maar het gevoel wat ik zelf heel erg heb, ik vind het niet erg om meer te betalen, als ik dan weet dat het goed terechtkomt. Ik heb hier nu heel erg het gevoel: Ik betaal hier een mooi bedrag aan geld om solidair te zijn, maar uiteindelijk komt dat terecht bij de hoge salarissen van de heren directeuren in de bureaucratie, in weet ik het wat, maar niet uiteindelijk bij, heel simplistisch gezegd, dat jongetje met kanker die gewoon zorg nodig heeft, wat zijn ouders zelf nooit kunnen betalen. Want ik denk dat we daar geen discussie over hebben, dat dit kind geholpen moet worden. Daar moeten we met zijn allen voor betalen, maar die hele bubbel die er omheen zit, daarvan denk ik wel eens: 'Betaal ik daar ook voor.'* (vrouw, 35 jaar, hoog inkomen).

3.4 Ongelijkheid in de zorg, acceptabel of niet?

Eerder in het gesprek was de onderzoeksbevinding gepresenteerd dat hogere inkomens meer voor de zorg betalen en er minder gebruik van maken en dat de lagere inkomens weinig betalen en er meer gebruik van maken. Die scheve verhouding zou anders verdeeld kunnen worden door bijvoorbeeld sommige groepen in de samenleving (bv. werkenden met een drukke baan) voorrang te geven of door luxere zorg naast de sobere basiszorg te laten bestaan. In de discussies in beleid en politiek rust op beide onderwerpen een taboe: het opgeven van gelijke zorg voor iedereen wordt door velen gezien als aantasting van de solidariteit. Hoe denken onze gespreksdeelnemers daarover? Als eerste is de vraag gesteld wat men vindt van voorrang in de zorg. De respondenten signaleren dat topsporters in de praktijk voorrang krijgen en een aantal deelnemers kan daarmee leven, maar niet iedereen vindt dat terecht. Verder wordt in de hoge inkomensgroep opgemerkt dat in bepaalde kringen voorrang wordt gegeven doordat men behoort

tot een bepaald netwerk (men kent de juiste mensen); men vindt dit niet eerlijk, maar ook niet te voorkomen.
Voorrang lijkt wel gerechtvaardigd indien er sprake is van:
– levensbedreigende/acute situaties (ongeval, calamiteit, ernstig geval op de spoedeisende hulp)
– ernstige aandoeningen

Sommigen geven aan het ook acceptabel te vinden dat werkende mensen eerder geholpen worden dan niet-werkenden, maar daar zijn wel grenzen aan. Het moet niet zo zijn dat een niet-werkende dan eindeloos moet wachten. Of mensen met een hogere maatschappelijke status ook voorrang hebben boven mensen met een lagere maatschappelijke status is discutabel. Alhoewel sommige erop wijzen dat het de maatschappij meer geld kost als een minister langer ziek is dan wanneer een stratenmaker langer ziek is, stuit het de meesten tegen de borst om zo te redeneren. Niettemin is het opvallend dat er vrij veel instemming, met name onder de (niet meer) werkenden, is voor het verlenen van voorrang aan werkenden.

Vervolgens is de deelnemers een scenario voorgelegd, waarin onder invloed van de stijgende zorgkosten de collectieve zorg soberder en minder uitgebreid wordt dan nu, overigens zonder dat dit ten koste gaat van de echte basiszorg. Hoe kijkt men met een dergelijk uitgekleed collectief pakket aan tegen mogelijke voorrangssituaties in de zorg? Het antwoord op deze vraag is opvallend en onverwacht: vrijwel iedereen is van mening dat mensen met meer geld luxere zorg mogen kopen dan beschikbaar is in het collectieve pakket. In de lage inkomensgroep wordt naar voren gebracht dat het momenteel al zo is dat mensen met meer geld naar privé-klinieken gaan of een behandeling in het buitenland ondergaan. Eén belangrijke voorwaarde is er wel: het bestaan van luxe zorg mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de basiszorg of van mensen met minder geld. Ook heel schaarse goederen als een donorhart mogen niet met voorrang aan de rijken verstrekt worden. Voor het overige redeneert men redelijk liberaal in deze: als je meer geld hebt, mag je zelf weten waar je dat aan uitgeeft.

> *Wel dat ze een luxere kamer krijgen … maar niet als twee mensen een hart nodig hebben, de een hem krijgt omdat hij meer geld heeft. […] Mijn vader heeft zich laten scannen in Duitsland, prima als je dat zelf betaalt.* (vrouw, 37 jaar, middeninkomen).

In de hogere inkomensgroep heeft men een ander perspectief dan de rest, hier behoren de deelnemers tot de (potentiële) gebruikers van de luxere zorg. Een van hen zegt:

> *Ik mis dat eigenlijk in de huidige zorg een beetje. Ik ben een zzp-er. Stel dat ik ziek zou worden, dan mis ik daar inkomen in. Als ik bereid zou zijn om te zeggen: 'Goed ik wil graag extra snel beter worden, als dat betekent dat ik daarvoor twee keer per dag fysiotherapie nodig heb, dan ben ik bereid om daarvoor te betalen.' Het huidige systeem* […] *gaat daar niet zo gemakkelijk mee om, ook als je zegt van: 'Ik ben bereid om daar zelf een financiële bijdrage bij te doen'.* (vrouw, 35 jaar, hoog inkomen).

De deelnemers zijn vervolgens voor een aantal keuzes gesteld met betrekking tot mogelijke voorkeursposities voor mensen met meer geld. Dit betreft de volgende keuzes:
– nieuwste behandelingen als eerste beschikbaar voor mensen die het zelf kunnen betalen;
– nieuwste en dus dure medicijnen beschikbaar voor mensen die het zelf kunnen betalen, goedkope medicijnen in het basispakket;
– mogelijkheid een duurdere kunstheup te kopen (die langer meegaat) voor mensen die het zelf kunnen betalen;
– voorrang kopen op de wachtlijst voor operaties die niet urgent zijn.

De meningen verschillen per keuze

Want, zo blijkt, men vindt het onwenselijk als nieuwste behandelingen als eerste beschikbaar komen voor mensen die deze zelf kunnen betalen. Dit gaat volgens veel deelnemers een tweedeling in de zorg veroorzaken; de medische zorg moet echter voor iedereen beschikbaar zijn, dus ook nieuwe behandelingen. Een dergelijke situatie zou volgens hen afbreuk doen aan de solidariteit.

> *Daar heb ik wel moeite mee. Ik vind dezelfde mogelijkheden moeten ook bestaan voor de basiszorg en daar mag je geen onderscheid in maken. Ik kan me wel indenken dat je in de randvoorwaarden hè, dat je daar niveauverschil in aanbrengt, maar in de medische zorg zou ik dat heel gevaarlijk vinden.* (man, 65 jaar, hoog inkomen).

Iets anders is of mensen zelf het initiatief nemen om in een ander land een behandeling te ondergaan die in Nederland nog niet beschikbaar is. Dat gebeurt nu al en als zij dat zelf bekostigen moet dat mogelijk zijn. Een deelnemer uit de hoge inkomensgroep zegt het heel duidelijk:

> *Wij hebben het eigenlijk in eerste instantie over recht op zorg en dat moet in Nederland voor iedereen hetzelfde zijn. Nieuwe technieken prima, maar die worden aan iedereen aangeboden, dat zou een arts trouwens ook willen, ik denk niet dat die dat anders zou doen. Een andere zaak is dus, als je geld hebt, dat je dan naar Amerika vliegt of naar Kuala Lumpur of weet ik veel waar en dat je dan dat inkoopt wat jij graag wilt hebben.* (vrouw, 69 jaar, hoog inkomen).

Ten aanzien van de mogelijkheid om de nieuwste en dus dure medicijnen zelf te betalen en alleen goedkope medicijnen in het basispakket op te nemen, gaan de stemmen meer de richting op dat toe te staan. De redenatie die men hierbij volgt is dat er nu eenmaal een prijsverschil is tussen A-merkproducten en huismerkproducten. Het toestaan hiervan wordt echter nadrukkelijk gekoppeld aan de voorwaarde dat de goedkope medicijnen kwalitatief vergelijkbaar zijn. Want het mag niet ten koste gaan van de behandelingsresultaten. In de hoge inkomensgroep wordt hier nog aan toegevoegd dat het basispakket erg duur zou worden indien de A-merken hierin zijn opgenomen.

De mogelijkheid om een nieuwe kunstheup te kopen die langer meegaat, geeft dezelfde redeneerlijn te zien als bij de medicijnen het geval is. Dus: het is te billijken indien de standaard te verstrekken heup eveneens van goede kwaliteit is en dat de extra kosten zelf

betaald worden en niet ten koste van de gemeenschap zijn. Er ontstaat in de midden- en hogere inkomensgroepen wel meer discussie over de consequenties hiervan. Mocht het zo zijn dat de standaardheup sneller moet worden vervangen, dan worden de zorgkosten namelijk niet verminderd doordat sneller een tweede operatie nodig is. Dus dan zou het mogelijk efficiënter zijn om ook de betere kunstheup in het basispakket op te nemen. Bij de hoge inkomensgroep stelt iemand dat artsen de afweging moeten maken welke heup het meest wenselijk is, los van de kosten en of iemand meer wil en kan betalen voor een duurdere heup.

> *Ik vind dat niet ethisch en zou het als arts weigeren. Ik zou altijd doen wat het beste is voor de patiënt. Daar ben ik namelijk voor opgeleid en als ik dat niet kan, daar worstelen sommigen ook toch al mee, dan zou ik dat ook echt weigeren.* (vrouw, 69 jaar, hoog inkomen).

Het kopen van voorrang voor operaties die niet urgent zijn, stuit bij vrijwel iedereen op bezwaren. Want het risico bestaat dan dat mensen zonder geld zo lang moeten wachten dat ze niet aan de beurt komen. Men heeft met andere woorden het gevoel dat het ten koste gaat van medepatiënten. In de hoge inkomensgroep wordt gesuggereerd dat je voorrang kunt realiseren in een privékliniek, want dat hou je toch niet tegen, maar dat er 'basisziekenhuizen' moeten zijn die voor iedereen in gelijke mate toegankelijk zijn.

Iets later in het gesprek werd aan de deelnemers de volgende tekst voorgelezen: '*We hebben het niet alleen over medische zorg maar ook over thuiszorg (huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging) en zorg in tehuizen. Stel twee mensen verdienen evenveel. De een spaart veel en leeft zuinig. De ander leeft bij de dag en zet niets opzij voor later. Beiden hebben op een gegeven moment zorg nodig. De een kan met z'n spaargeld zelf zorg inkopen, de ander is aangewezen op de collectieve zorg.*'.

Variërend op het vorige thema is aan de deelnemers gevraagd of ze vinden dat de collectieve zorg en de spaargeldzorg in luxe mogen verschillen. Opnieuw blijkt dat men goed kan leven met de ongelijke zorg die hierdoor ontstaat, mits de collectieve zorg voldoet aan een bepaalde standaard. Met die standaard wordt bedoeld dat de collectieve zorg in orde moet zijn en aan bepaalde minimumeisen moet voldoen.

> *Zolang de basis goed is. Iedereen moet acceptabel kunnen leven, niet dat ze eens per twee weken gewassen worden. Maar als iemand anders een mooiere kamer krijgt, prima als ze daarvoor betalen.* (man, 37 jaar, middeninkomen).

Men is eveneens unaniem van mening dat spaarzame personen net zo veel recht hebben om gebruik te maken van de collectieve zorg als mensen zonder spaargeld. Iedereen betaalt tenslotte mee aan de collectieve zorg en dus heeft iedereen dezelfde rechten om er aanspraak op te maken. Men vindt ook dat het niet verplicht mag worden om het spaargeld aan zorg te besteden, dat moet een ieder voor zichzelf uitmaken.

3.5 Conclusies

Wat laat dit hoofdstuk zien? Solidariteit is een groot goed. Zowel in de financiering als in de verstrekking van de zorg. Iedereen staat daar achter, unaniem. De kennis over de

financiering is echter beperkt. De (nominale) premie voor de (basis)zorgverzekering en de keuze voor een aanvullende verzekering zijn bekende onderwerpen, maar daar houdt het vaak op. Weinig mensen weten hoe het zit met het werkgeversdeel bij de financiering of de afdracht voor de AWBZ. Men weet dus vaak niet hoe die solidariteit nou precies in de financiering verwerkt is.

De zorg moet ook voor iedereen toegankelijk zijn. Als dat niet zo zou zijn, krijg je 'Amerikaanse toestanden' en die wil niemand, zo blijkt uit dit en ander SCP-onderzoek. Dat mensen met hogere inkomens meer betalen en minder gebruik maken van zorg wordt als gegeven geaccepteerd. Men verwijt de lage inkomens hun hogere zorgconsumptie niet, men begrijpt dat het voor hen ook moeilijker is om gezond te leven. Wel vinden sommigen met een hoger inkomen dat vaak te gemakkelijk wordt geroepen dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen. Te gemakkelijk worden dan de kosten voor de hogere inkomens verhoogd zonder dat er goed naar besparingsmogelijkheden wordt gekeken. Groepen of categorieën in de samenleving uitsluiten of meer laten betalen, doet men niet graag. Bij de gedachte van een hogere premie voor mensen die ongezond leven plaatst men vraagtekens, want wat is ongezond? Mensen die welbewust riskant gedrag (riskante sport) vertonen, kunnen zelf verantwoordelijk worden gehouden voor de gevolgen hiervan.

De overheid moet ervoor zorgen dat de solidariteit in de financiering in stand blijft. Als Nederlanders zijn we solidair, maar wanneer de overheid het niet afdwingt, gaat het met de solidariteit wellicht de verkeerde kant op. Dan zijn opnieuw de 'Amerikaanse toestanden' het schrikbeeld.

Moet de zorg voor iedereen, arm en rijk gelijk zijn, of mogen mensen met hogere inkomens iets extra's verwachten voor het vele (belasting)geld dat zij deels nu al aan zorg betalen en zeker in de toekomst zullen doen? Het idee van voorrang in de zorg en luxere zorg voor de hogere inkomens is in geen van de groepen categorisch afgewezen, ook door de deelnemers met een laag inkomen niet.
Wel stelt men duidelijke grenzen. Medische noodzaak moet bepalend zijn voor het verlenen van voorrang. Geld mag niet bepalend zijn voor ingrepen waarvoor wachtlijsten bestaan, zoals orgaantransplantatie. Mensen met hoge inkomens mogen extra zorg kopen en uit eigen zak betalen als het maar niet ten koste gaat van de basiszorg voor iedereen. De basiszorg moet van goede kwaliteit blijven, er mag geen tweedeling ontstaan tussen armoedige basiszorg en goede zorg voor de rijken, dus ook geen 'Engelse toestanden', please! De acceptatie dat niet alle zorg gelijk is of gelijk kan blijven, komt deels omdat men zich neerlegt bij de bestaande praktijken van privéklinieken en de voorrang die met name sporters krijgen. Verder speelt het maatschappelijk belang een rol. Werkenden mogen soms voorrang krijgen op niet-werkenden. Als het er maar niet op uitdraait dat de laatste in de rij helemaal niet geholpen worden. Ook voor de thuiszorg vindt men het billijk dat mensen die lang hebben gespaard voor zorg, vervolgens luxere zorg krijgen als de nood zich voordoet dan mensen die hiervoor geen geld opzij gezet hebben.

4 Betalen en besparen

4.1 Meebetalen aan de zorg voor anderen

Er is gesproken over solidariteit in de zorg en het recht op zorg. Daar toonde iedereen zich solidair, met de vaste overtuiging dat de basiszorg goed moet blijven en niet te veel mag verschralen. Wil men daar ook zelf offers voor brengen? De vraag of men bereid is mee te betalen aan het in standhouden van een breed pakket daarvoor, levert in de groepen overwegend instemmende reacties op. Men vindt dat de solidariteit gehandhaafd moet blijven en om die reden is men bereid hieraan bij te dragen. Het enthousiasme waarmee men dit aangeeft is echter, nu dit onderwerp meer concreet aan de orde komt, wat minder groot dan in het eerdere deel van het gesprek. Met name in de lage inkomensgroep komt naar voren dat men de zorgkosten nu al hoog vindt: meer betalen in de toekomst wordt bezwaarlijk.

De deelnemers zijn vervolgens geïnformeerd over de huidige zorgkosten en hen is gevraagd welke stijging in lasten ze acceptabel zouden vinden om dat brede pakket in stand te houden. Men schrikt van de percentages, mensen zijn zich helemaal niet bewust van het feit dat hun huidige zorgkosten al zo hoog zijn. In de middeninkomensgroep plaatst een goed ingevoerde deelnemer een kanttekening bij dit percentage, want hij merkt terecht op dat miljonairs in Nederland niet eenzelfde percentage betalen, dit bedrag is gemaximeerd.

Als het in het gesprek om het eigen inkomen gaat, dan daalt de bereidheid tot het leveren van een extra financiële bijdrage aanzienlijk in alle groepen. Men vindt het lastig om in percentages te denken, ziet liever een concreet bedrag in euro's genoemd dat zij dan meer zouden moeten betalen. In de lage inkomensgroep geven diverse deelnemers aan niet meer te kunnen betalen dan wat ze nu al doen en dat eigenlijk al te veel te vinden gezien hun financiële situatie.

> *Ik kan niet meer betalen, ik heb mijn eigen behandeling al gestopt ten bate van mijn kinderen.* (vrouw, 47 jaar, laag inkomen).

> *Ik denk toch ook niet dat ik veel hoger zou gaan, dan wat ik nu al inlever. [...] Als je je afschriften ziet, dan is het al belasting, belasting, belasting, belasting, er gaat van alles en nog wat af.* (vrouw, 71 jaar, laag inkomen).

Een van hen vindt dat de bijdrage inkomensafhankelijk moet zijn en dat degenen met een hoger inkomen meer moeten gaan betalen. Slechts een paar deelnemers in deze groep willen eventueel een wat hoger percentage van hun inkomen bijdragen.

In de jongere middeninkomensgroep blijkt men eveneens de huidige lasten al hoog te vinden. Deze groep vindt dat het niet zo kan zijn dat alleen de burgers verantwoordelijk worden gemaakt om de zorg betaalbaar te houden en ze verlangen om die reden dat er dan actiever wordt ingegrepen om kostenbeheersing te realiseren. Zij vinden dat er sprake moet zijn van wederkerigheid: als zij meer bijdragen, moet er vanuit de zorg efficiënter en goedkoper worden gewerkt. Daarnaast is het niet goed voor de rest van de economie als er steeds meer geld naar de zorg gaat.

Ik bedoel als het moet, dan moet het, want het moet wel in stand gehouden worden die verzekering, maar ze moeten ook, zoals we het in het begin er al over gehad hebben, niet alleen maar bij de mensen geld weghalen, maar ook de kosten gaan beheersen. (man, 45 jaar, middeninkomen).

Weet je wat het is, als het 5% meer wordt voor iedereen, dan gaan we ook 5% minder uitgeven, dus 5% minder... dus het gaat door, helemaal, in de hele economie. (man, 37 jaar, middeninkomen).

Bij de iets ouderen met een middeninkomen zien we eveneens terug dat ze bereid zijn om meer te betalen maar ook daar wordt gezegd dat er iets tegenover moet staan.

Ik wil wel iets meer betalen, 20% wil ik misschien wel, maar als het bijv. 30% wordt... [gezicht drukt uit dat het dan te ver gaat]. (vrouw, 53 jaar, middeninkomen).

Ik ben er wel toe bereid, mits het vergoedingsstelsel wordt aangepakt. De kosten die de zorg met zich meebrengt ook eerlijk verdeeld en geboekt worden [..]. Als dat niet wordt aangepakt, dan ben ik niet bereid daar meer voor te betalen. (man, 55 jaar, middeninkomen).

Bij de hoge inkomensgroep is eveneens terughoudendheid merkbaar: een lichte stijging is nog bespreekbaar, maar niet meer dan dat. Ook zij vinden dat er meer moet worden gedaan om de kosten in de hand te houden dan nu het geval is. Snijden in de bureaucratie en toch ook een kleiner pakket.

Kortom: op het moment dat deelnemers hun bereidheid concreet moeten maken, worden er terugtrekkende bewegingen gemaakt. Solidariteit in abstracte zin is iets anders dan zelf daadwerkelijk nog meer bijdragen. Bovendien wordt een tegenprestatie verwacht; er moet een kostenreductie worden gerealiseerd in de zorg.
De hoop is eigenlijk dat het door die maatregelen niet nodig is om zelf (veel) meer te gaan betalen.

4.2 Ideeën over mogelijke besparingen

Op verschillende momenten in het gesprek is nagegaan welke ideeën leven bij de deelnemers om de kosten van het zorgstelsel te beperken/beheersbaar te houden (zie bijvoorbeeld ook § 2.4). Hierna is per groep (in een willekeurige volgorde) aangegeven welke oplossingsrichtingen men tijdens het gesprek genoemd heeft.

Schema 4.1

Oplossingsrichtingen voor het beheersbaar krijgen van de zorgkosten

Lage inkomensgroep 47 – 71 jaar	Middeninkomensgroep 34 – 55 jaar
Pakketmaatregelen • goedkopere medicijnen inkopen/ verstrekken *Zorgstelsel* • marktwerking verminderen *Medicijnen* • minder royaal medicijnen uitgeven *Overige maatregelen* • specialisten in loondienst: lager salaris • minder management in ziekenhuizen • belasting op medicijnen omlaag brengen • kritisch kijken naar noodzaak behandelingen	*Pakketmaatregelen* • zaken uit basispakket halen, zoals rollator *Zorgstelsel* • marktwerking verminderen • belangrijke zaken in beheer van overheid *Overige maatregelen* • inzichtelijk maken van rekeningen/kosten • eigen pakket samenstellen • controle op fraude • probleemanalyse doen: waarom stijgen die kosten zo snel? *Financieringsalternatieven* • rijken meer betalen
Middeninkomensgroep 53 – 69 jaar	**Hoge inkomensgroep 35 – 69 jaar**
Pakketmaatregelen • minder medicijnen verstrekken *Zorgstelsel* • marktwerking verminderen *Efficiëntie vergroten* • efficiënter werken • minder overhead • minder bureaucratie *Organisatie van de zorg* • centraliseren onderzoeksfaciliteiten • minder snel naar specialist • niet te snel naar eerste hulp gaan (zelf oplossen of naar huisarts gaan) *Medicijnen* • medicijnen niet weggooien *Overige maatregelen* • mensen bewuster maken van kosten • geen tv-programma's over zorg omdat deze zorgvraag uitlokken • gezonde levensstijl *Financieringsalternatieven* • ander financieringssysteem: inkomensafhankelijk, iedereen hetzelfde percentage • laten betalen als mensen niet opdagen bij afspraak • hogere inkomens hogere bijdrage • inningsysteem premies zorgverzekering verbeteren: inhouden op salaris	*Pakketmaatregelen* • versobering *Efficiëntie vergroten* • bureaucratie verminderen • efficiency omhoog *Organisatie van de zorg* • nurse practitioners als leiding zorginstelling • meer mantelzorgers inzetten • andere cultuur: niet alleen medici in de leiding maar ook andere disciplines • verwijzingssysteem (alleen via huisarts naar specialist) *Medicijnen* • farma/apothekers 'aanpakken' *Overige maatregelen* • kostenbewustzijn patiënt én artsen/personeel verhogen • uitgaven verzekeraars (geen voetbalploeg sponsoren) • preventie • salarissen specialisten • media-invloed terugdringen *Financieringsalternatieven* • ook premie heffen bij 65-plussers

Kijken we naar de suggesties van deelnemers om de kosten meer beheersbaar te houden, dan valt op dat de oudere middeninkomens- en hoge inkomensgroep meer oplossingen aandragen dan de lage inkomens- en jonge middeninkomensgroep.

Er zijn zaken die in bijna alle groepen genoemd worden. Vaak is men ervan overtuigd dat er een slag te winnen is in een vergroting van de efficiency, het verminderen van overhead, management of bureaucratie. De meeste groepen pleiten voor het terugdraaien van de marktwerking in de zorg (en wijzen daarbij bijvoorbeeld op verzekeraars die winst willen maken en reclamekosten maken). Ook pleit iedereen wel voor het nemen van pakketmaatregelen; sommigen hebben het dan alleen over 'versobering', anderen noemen de rollator als voorbeeld. Ook het medicijnenbeleid mag onder de loep worden genomen, zowel in de verstrekking aan patiënten als in de inkoop ervan. Minder verspilling en zuiniger inkopen.

Andere maatregelen worden in een beperkt aantal groepen genoemd. Zowel in de lage als de hoge inkomensgroepen zien een paar deelnemers heil in het aanpakken van de salarissen van specialisten; deze mogen naar beneden worden bijgesteld. De middeninkomensgroep met wat oudere mensen zet zijn pijlen op het aanleren van een andere houding bij zorgvragers, en de hoge inkomensgroep lijkt geporteerd te zijn van een wat andere organisatiestructuur. In de midden- en hoge inkomensgroep wordt spontaan naar voren gebracht dat een vergroting van het kostenbewustzijn van burgers, maar ook van professionals in de zorg één van de oplossingen zou kunnen zijn. Desgevraagd geeft ook de lage inkomensgroep aan dat een vergroting van het kostenbewustzijn positief kan uitpakken. Kostenbewustzijn kan volgens de deelnemers bijdragen aan een iets terughoudender opstelling bij het naar de dokter gaan. Tevens heeft het verschaffen van inzicht in de kosten het voordeel in zich dat het controle mogelijk maakt: klopt de factuur/kostenspecificatie wel? Ter relativering wordt echter naar voren gebracht dat als je je zorgen maakt of je iets mankeert je ook gewoon geholpen wil worden, ongeacht wat de kosten ervan zijn. De werking die ervan uitgaat is dus waarschijnlijk maar beperkt. Niettemin gaan mensen soms te gemakkelijk naar de eerste hulp waar ze eigenlijk naar hun eigen huisarts zouden moeten gaan. Dat verminderen scheelt ook kosten. De midden- en hoge inkomens noemen ook de besparingen door preventie en een gezonde levensstijl. Mensen noemen, vooral bij de midden- en hoge inkomens, niet alleen manieren om de kosten zelf te beperken, maar ook manieren om de kosten op een andere manier te financieren.

4.3 Kosten besparen en zorg anders financieren: 4 voorbeelden

Naast de suggesties voor besparingen die spontaan in de gesprekken zijn genoemd, bestond er bij de onderzoekers behoefte aan een oordeel over varianten van zorgfinanciering die begin 2012 vaak genoemd zijn als mogelijkheid om de kostenstijging af te remmen of de kosten via een andere bron te financieren. Het gaat hierbij om de volgende varianten:

1. Collectieve zorgverzekering is beperkt tot absoluut medisch noodzakelijke zorg (bv. geen vergoeding psychische hulpverlening voor verwerkings-/burnout-problemen). De rest moet iedereen zelf aanvullend verzekeren. Het eigen risico wordt €750,-. Voor de minima is er een gedeeltelijke compensatie.
2. De overheid maakt met zorgverleners afspraken over budgetten van instellingen: bijvoorbeeld maximaal 2,5% stijging in kosten per jaar toestaan. Mogelijk gevolg: wachttijden en wachtlijsten. Degene die de zorg medisch gezien het meest nodig heeft, komt het eerst aan bod. Dat wordt door de arts beoordeeld.
3. Langdurige zorg via het eigen huis financieren: mensen kunnen in de toekomst de overwaarde van hun huis gebruiken om zorg in te kopen. Terwijl zij in hun eigen huis blijven wonen, kunnen ze de overwaarde deels verzilveren bij de bank of het pensioenfonds en daarvan verzorging of verpleging kopen. Ze kunnen dan wel luxe zorg krijgen. Voor andere mensen is er alleen de collectieve basiszorg.
4. Zorgsparen: een collectieve regeling net als een pensioen. Alleen bedoeld voor iets luxere verpleging en verzorging thuis of opname in een luxer verzorgingstehuis. Doordat het collectief is, spreid je de risico's, maar hebben alleen de mensen die meedoen ook rechten (net als bij pensioen). Mensen die niet zorgsparen, hebben alleen recht op basiszorg.

Elke variant is besproken op zijn merites en mogelijke gevolgen zijn geïnventariseerd. Tijdens het doorlezen van de beschrijvingen van deze vier varianten blijkt al dat men het heel lastig vindt zich een oordeel te vormen over de reikwijdte en consequenties van de verschillende varianten. Er wordt behoorlijk wat gezucht en commentaar geleverd. Daarbij overheersen de twijfels. Na het doorlezen heeft men individueel een keuze gemaakt voor een variant. Vaak is dat de keus voor de minst slechte:

> *Ik kan geen keuze maken. Ik vind ze alle vier slecht, ik denk dat die 2,5% in ieder geval dwingt om prioriteiten te stellen, dan valt er een aantal dingen af.* (man, 52 jaar, hoog inkomen).

Per groep lopen de voorkeuren behoorlijk uiteen. In de lage inkomensgroep kiest de helft van de groep voor variant 2, de jonge middeninkomensgroep kiest net als de oudere middeninkomensgroep overwegend voor variant 4, terwijl de hoge inkomensgroep de voorkeur geeft aan variant 1. Variant 3 is vrijwel niet gekozen.

Variant 1: Collectieve zorgverzekering beperkt tot absoluut noodzakelijke zorg, hoog eigen risico

De deelnemers hebben twijfels over de bepaling van absoluut noodzakelijke zorg. Is dat alleen levensbedreigende zorg? Wie bepaalt er dan wat absoluut medisch noodzakelijk is? Psychische klachten kunnen hele ernstige vormen aannemen, waar leg je dan de grens?

Het hoge eigen risico wordt als een nadeel gezien; voor sommige deelnemers in de lage inkomensgroep is dat zelfs onoverkomelijk. Men heeft niet het vertrouwen dat de compensatie veel zal voorstellen. Een ander nadeel dat naar voren wordt gebracht, is dat het zal leiden tot een verdere verschraling van de zorg. Ook wordt betwijfeld of het zal leiden tot werkelijke kostenbesparing, omdat het in feite een continuering is van het huidige

systeem. In de hoge inkomensgroep stelt men dat de middeninkomensgroepen het zwaar zullen krijgen indien dit wordt doorgevoerd: zij hebben geen recht op de compensatie en het eigen risico geldt per persoon wat in een gezin met kinderen hard doortelt, zeker als daar zorggebruikers tussen zitten.[6] Misschien wel het enige voordeel van deze variant is volgens de deelnemers dat hiermee de solidariteit in het stelsel in stand wordt gehouden, een uitgangspunt waar ze zich graag achter scharen.

Je weet dan waar je aan toe bent, het is collectief, voor iedereen hetzelfde. Iedereen betaalt evenveel. De rest moet je zelf aanvullen. (vrouw, 69 jaar, middeninkomen).

Omdat er toch een collectieve zorgverzekering blijft. [...] een nadeel is dat je eigen risico omhoog moet, maar goed ik moet een keuze maken dus heb ik gekozen voor collectiviteit (man, 65 jaar, laag inkomen).

Variant 2: Afspraken over budgetten. Degene die de zorg het meest nodig heeft krijgt voorrang

Het oplopen van de wachtlijsten/-tijden is een belangrijk nadeel van deze variant, want wie geeft je zekerheid dat je nog aan de beurt komt met dit systeem? De discretionaire bevoegdheid van artsen in het bepalen van voorrang werkt voor de een geruststellend, terwijl het voor de ander eerder alarmerend uitpakt. Bovendien loop je het risico dat – indien het jaarbudget op is – er geen verrichtingen meer worden gedaan.

Je hebt het over een wachtlijst; dan is die eerder aan de beurt. Maar daarna komt er nog een, die toch weer ernstiger is, in hoeverre blijft iemand voorgaan? De achterste gaat steeds verder, hoelang blijft die daar staan? Komen die minder urgente ooit wel aan de beurt? (man, 63 jaar, middeninkomen).

Positief aan deze variant wordt gevonden dat de kostenstijging wordt gemaximeerd op 2,5%; daarmee wordt de indruk gewekt dat het tot enige beheersbaarheid op het kostenvlak zal leiden.

Het enige voordeel is dat die kostenstijging in de hand wordt gehouden, als je stringente afspraken maakt als overheid dat het niet meer dan 2,5% mag stijgen. Maar ja, dat is moeilijk te handhaven vaak, lijkt mij. (man, 65 jaar, middeninkomen).

Anderen vinden 2,5% juist nog erg veel. Tegelijkertijd roept dat de vraag op bij verschillende deelnemers tot welke bezuinigingen dat zal leiden, want een maximumstijging houdt in dat er keuzes moeten worden gemaakt. Niet iedereen heeft daar vertrouwen in. Iemand die uit de zorg komt, stelt dat het snel ten koste zal gaan van de werkvloer, maar niet van de hoge inkomens en dat het artsen te veel macht geeft.

Waar wordt het eerst bezuinigd? Niet op die hoge inkomens, weer op de werkvloer. (vrouw, 47 jaar, laag inkomen).

Variant 3: Langdurige zorg via het eigen huis financieren, overwaarde verzilveren voor luxe zorg

Op één deelnemer na (die voor deze variant koos omdat er nu eenmaal gekozen moest worden, niet uit volle overtuiging) heeft niemand voor deze variant gekozen. Voor een

deel voelt men zich niet aangesproken, omdat men zelf geen huizenbezitter is. Degenen die wel een eigen huis hebben, zetten hun vraagtekens bij de mogelijkheid de overwaarde te verzilveren, aangezien ze merken dat hun huis in waarde daalt. Los daarvan lijkt deze variant ook niet geheel duidelijk: ben je verplicht om zorg in te kopen via de overwaarde van je huis? Een deelnemer merkt op dat deze variant geen oplossing is om de stijgende zorgkosten in te tomen, maar alleen een mogelijkheid is om bepaalde luxe zorg gefinancierd te krijgen als privépersoon.

Variant 4: Zorgsparen, een collectieve regeling net als een pensioen

Deze variant roept vragen op over de kwaliteit van de basiszorg, want is die basiszorg volwaardige zorg of wordt het bijsparen een noodzakelijk kwaad om te komen tot fatsoenlijke zorg? Veel staat of valt met de kwaliteit of garantie van de geleverde basiszorg.

Een aantal mensen wijst erop dat de pensioenen onder druk staan en dat ze daarom niet veel vertrouwen hebben in deze variant.

> *Belachelijk. Net als met pensioen, hebben we alleen maar gezeur mee. Als wij straks aan de beurt zijn, is er niets meer over.* (vrouw, 37 jaar, middeninkomen).

Deze variant heeft volgens de deelnemers als pluspunt dat er sprake is van een collectieve regeling waarbij je de keuze hebt om eraan mee te doen. Tevens vindt men het een voordeel dat de basiszorg voor iedereen geldig is.

> *Het collectieve, dan creëer je solidariteit. Maar dat is ook moeilijk voor mensen die niet mee kunnen. Het is een soort sparen. Dat luxe mag van mij wel wegblijven. Maar in ieder geval ben je verzorgd.* (man, 62 jaar, middeninkomen).

> *Het collectieve. Mensen die niet sparen hebben wel recht op basiszorg. Je wordt niet afgestraft omdat je niet spaart.* (vrouw, 53 jaar, middeninkomen).

> *Hier kunnen mensen met lagere inkomens ook aan meedoen, aan dat sparen.* (man, 63 jaar, middeninkomen).

Overigens kiest niemand uit de hoge inkomensgroep deze variant. Gedacht wordt dat deze onvoldoende effect zal hebben, omdat de grootste kostenstijging in het basispakket zit.

Al met al kan men niet veel met deze varianten. Ze besparen misschien op de (collectieve) kosten maar lossen de problemen van het systeem zelf niet op. In de groep met de hoge inkomens zegt iemand het zo:

> *Er moet dus een gecompliceerdere oplossing komen dan hier staat, om de simpele reden dat er prikkels moeten zijn voor alle partijen, voor zowel degenen die zorg zoeken als voor degenen die zorg verlenen als voor degenen die zorg verzekeren hè, dus je hebt eigenlijk drie partijen die op een of andere manier met prikkels te maken gaan krijgen waarin je die kosten moet bedwingen.* (vrouw, 69 jaar, hoog inkomen).

4.4 Principes voor de inrichting en financiering van de zorg

Aan het einde van het gesprek willen we weten wat de deelnemers denken over twee principes die een belangrijke rol spelen bij enerzijds de inrichting van het zorgstelsel en anderzijds de financiering ervan.

Dit zijn:
1. Marktwerking in de zorg: de zorgaanbieder als zakenman en de klant als koning.
2. De sterkste schouders dragen de zwaarste lasten.

Deze principes zijn met opzet kernachtig en ongenuanceerd geformuleerd om te kijken wat voor reacties dit oplevert. Uiteraard is er bijvoorbeeld over marktwerking veel meer te zeggen, maar om het voor alle deelnemers eenvoudig te houden is hier gekozen voor een stelling die een van de basisprincipes van de markt weergeeft.[7]

1. Marktwerking met de zorgaanbieder als zakenman en de klant als koning

De deelnemers hebben zich op verschillende momenten in het gesprek al negatief uitgelaten over de marktwerking in de zorg. Naar hun mening leidt dit niet tot betere zorg, maar lokt het eerder een duurdere zorg uit: de verschillende partijen die betrokken zijn bij de zorg, zoals verzekeringsmaatschappijen en zorgverleners, willen geld verdienen. Winst maken komt voorop te staan en dat staat volgens de deelnemers haaks op zorgzaam zijn. Er wordt naar diverse sectoren gewezen waar de marktwerking in hun ogen eveneens mislukt is, zoals het openbaar vervoer en de energiesector. Of het nu de lage of de middeninkomens zijn, de reacties lijken erg op elkaar.
Tijdens het gesprek met mensen met een laag inkomen vallen de volgende opmerkingen:
- *Noem één sector waar het wel gelukt is.*
- *Door de concurrentie wordt de prijs alleen maar hoger en de zorg minder.*
- *Ja, over de ruggen van de zieke mens.*
- *Door de marktwerking zijn er zoveel kosten die niets met zorg te maken hebben.*
- *Marktwerking hoort niet bij zorg en mensen.*

In de groep wat jongere deelnemers met een middeninkomen:
- *Zoals met die tandartsen met die marktwerking, dat vind ik wel heel slecht. Ik vind dat je ook een bepaalde vertrouwensrelatie hebt. Je gaat naar een bepaalde dokter of een bepaalde tandarts.*
- *Zolang het (de zorg) geprivatiseerd is blijft het een probleem, het moet weer publiekrechtelijk worden.*

In de groep iets oudere deelnemers met een middeninkomen:
- *Door de marktwerking wordt het alleen maar duurder.*
- *Ik wil als marktkoopman zoveel mogelijk verdienen.*
- *Net als in het openbaar vervoer, het werkt gewoon niet.*
- *Die verzekeringmaatschappijen hebben natuurlijk veel mensen in dienst, dat kost ook veel geld. Als je die topsalarissen ziet, van die verzekeringsmaatschappijen, daar betalen wij allemaal aan mee. Ze hebben het over kosten in de zorg, maar daar gaat ook veel geld naartoe.*

– *Die marktwerking zeker opheffen, en al verschillende verzekeringsmaatschappijen, want die moeten allemaal met elkaar concurreren. Die hebben allemaal potjes voor reclame, ik vind dat verspilling van ons geld, die reclame, echt onzin.*

Alleen tijdens het gesprek met de deelnemers met een hoger inkomen komen ook voorstanders van marktwerking aan het woord. Volgens hen kan het in sommige situaties goed uitpakken, indien zakelijkheid en efficiency de overhand hebben. Een ziekenhuis wordt als goed voorbeeld aangedragen.

Als je hier naar het Slotervaartziekenhuis kijkt waar die directie het echt helemaal onder controle heeft, denk ik van: 'Zo zouden er meer directeuren moeten zijn'. (man, 57 jaar, hoog inkomen).

Waarna iemand uit de groep aanvult:

Ja, maar dat is dus iemand die niet uit de medische wereld komt. Want juist al die medici bij elkaar, die gaan het juist vanuit het medisch oogpunt bekijken en die willen het beste en duurste, terwijl zij volgens mij, maar dat is een voorbeeld wat ik ook gehoord heb, het bekijkt vanuit een ander perspectief en je moet juist verschillende soorten mensen in zo'n directie hebben. (vrouw, 42 jaar, hoog inkomen)

En op de vraag van de gespreksleidster of de marktwerking het leidende principe moet zijn, zegt ze;

Misschien niet leidend, maar ik denk wel dat je met verschillende blikken naar zorg moet kijken en één daarvan is een economisch financiële. Want het gaat er niet om dat we nu in alles voor opa en oma het allerbeste willen, wat natuurlijk iedereen wil, maar je moet ook kijken: 'het moet ook betaalbaar blijven', ook voor die andere generaties die er nog aan koment. (vrouw, 42 jaar, hoog inkomen).

2. De sterkste schouders dragen de zwaarste lasten

Het principe van de sterkste schouders die de zwaarste lasten dragen is een principe dat vrijwel iedereen het meest aanspreekt om als uitgangspunt te hanteren bij de financiering van de zorg. Dat doet volgens de deelnemers het meeste recht aan het in stand houden van de door iedereen gewenste solidariteit. Hierbij valt op dat men dan wijst naar degenen met topinkomens om als sterkste schouder te fungeren en zichzelf het liefst buiten schot laat. Er wordt voorgesteld dat mensen met een topinkomen eenzelfde percentage gaan betalen als mensen met een laag inkomen:

Als wij nou 10% betalen is het toch niet zo erg als zij ook 10% betalen? Zelfde percentage, maar grotere som. (vrouw, 68 jaar, laag inkomen).

Daar zit volgens de lage inkomens wel een grens aan. Het gaat om het dragen van 'zwaardere' lasten door de hoge inkomens, niet de 'zwaarste'. En iemand merkt op dat je 'ze' niet helemaal hoeft te plukken.

In de midden- en hoge inkomensgroepen wordt aangegeven dat er wel een bovengrens is aan wat kan worden gevraagd van hogere inkomens.

Je moet wel een bovengrens stellen. Als je pensioen betaalt, is dat ook tot een bepaald bedrag, dat geldt uiteraard ook voor de zorgkosten. (man, 65 jaar, middeninkomen).

Zij zien de inkomens vanaf twee keer modaal als 'de sterkste schouders', maar voegen er direct aan toe dat deze groepen niet in aanmerking komen voor allerlei toeslagen en tegemoetkomingen. Per saldo vallen die inkomens dus toch niet zo hoog uit. Eerder al had iemand uit de hoge inkomensgroep gezegd dat zij het te gemakkelijk vindt om steeds maar meteen naar de hoge inkomens te wijzen voor meer geld, als niet ook naar andere oplossingen voor de kostenstijging worden gezocht.

Op zich met het stelsel ben ik het wel eens, alleen heb ik zoiets van: 'Eer is wel een grens'. Daarom was ik een beetje allergisch voor 'de sterkste schouders, de zwaarste lasten.' Dan denk ik van: 'Ja, dat hoor ik de hele tijd'. En ik vind het te gemakkelijk, want dan is er weer ergens een tekort, hoppa... gaan ze maar weer de mensen met de hogere inkomens... in plaats van ook eens te kijken naar andere oplossingen. En dan vind ik, dan moet ook alles bespreekbaar zijn. Ook bezuinigingen in de zorg, hoe gevoelig het dan ook ligt, in plaats van het automatisch maar af te wentelen. Mijn solidariteit houdt wel een keer op. (vrouw, 42 jaar, hoog inkomen).

4.5 Conclusies

Het principe van de solidariteit wordt alom omarmd. Als echter de consequentie zou zijn dat men zelf meer moet betalen, dan wordt het moeilijker. Dan kijkt men graag naar de (iets) rijkeren en de (iets) rijkeren kijken op hun beurt graag naar de besparingen die mogelijk zijn zodat ook zij niet nog meer hoeven te betalen.

Besparingen op de kosten zijn er volgens de respondenten vooral te bereiken door minder bureaucratie en minder management. Wat het moeilijk maakt om te besparen is dat een kostenbewustzijn vaak ontbreekt, zowel bij de patiënt als bij de zorgverlener. Meer kostenbewustzijn en inzicht in de kosten zou ook kunnen helpen om op de zorgkosten te besparen. Er wordt volgens de deelnemers ook teveel verspild in de zorg. Met name medicijnen en onnodige bezoeken aan de spoedeisende hulp worden genoemd.

De voorgelegde varianten voor een andere financiering en kostenbesparing kunnen op weinig steun rekenen. Men kiest er wel uit, maar zegt erbij dat men dan het beste van het slechte kiest. Mensen vinden het ook lastig om de varianten helemaal te doorgronden en te overzien en reageren vaak alleen op een bepaalde passage en niet op het idee achter de varianten.

Als leidend principe voor de zorgfinanciering kiest men vooral voor 'de sterkste schouders dragen de zwaardere (niet zwaarste) lasten'. Dit geldt in ieder geval voor de lage en middeninkomens. Bij de hoogste inkomens bestaan reserves. De kanttekening die zij plaatsen bij het 'zwaarste schouders'-principe is dat het er volgens hen toe kan leiden dat hun lasten met een soort automatisme verhoogd worden, zonder dat er naar kostenreductie gekeken wordt.

De organisatie van de zorg via marktwerking is impopulair omdat het het gelijkgeschakeld wordt met winstdenken, dure managers en veel overhead. Wordt er ook naar voordelen zoals efficiency gekeken (hetgeen vooral onder de deelnemers met een hoger inkomen gebeurt), dan is er meer oog voor de merites van de marktwerking.

5 Slotbeschouwing

Solidariteit is een belangrijke pijler voor de financiering van de zorg en de daarvoor benodigde bijdragen worden meestal zonder protest opgebracht. Maar blijft dat zo? Wat zal er gebeuren als we straks meer dan een derde van ons inkomen aan zorg kwijt zijn, waarbij diegenen die het grootste bedrag moeten opbrengen waarschijnlijk ook diegenen zijn die het minst van de zorg gebruik maken? Hoe staat het er dan voor met onze bereidheid om mee te betalen aan de zorg voor de buurman? Dat is de belangrijkste vraag van dit onderzoek dat het SCP in opdracht van het ministerie van VWS heeft uitgevoerd.

Het gaat hier om een kwalitatief, verhalend onderzoek dat mensen uit verschillende inkomensklassen aan het woord laat. In 4 groepsgesprekken hebben ze verteld hoe ze aankijken tegen de kosten van de zorg en de stijging daarvan. Ze werden aan de tand gevoeld over hun kennis van de zorgfinanciering en de kosten van behandelingen. Het belang van solidariteit werd besproken en controversiële onderwerpen als voorrang in de zorg en luxere zorg voor mensen met hogere inkomens werden niet geschuwd.

Wat is het beeld dat uit deze gesprekken naar voren komt? Alle deelnemers zijn er voorstander van dat solidariteit de basis van ons stelsel blijft en dat de overheid die solidariteit moet afdwingen. In het sociale verkeer ziet men de solidariteit afkalven en de overheid moet hier nadrukkelijk als de hoeder van het algemeen belang optreden. Toegang tot de zorg voor iedereen is een groot goed en niemand wil 'Amerikaanse toestanden' waarbij de kosten hoog zijn, maar waarbij ook veel mensen onverzekerd zijn. Men vindt het moeilijk om aan te geven waar de grens van de solidariteit ligt. Zomaar mensen die 'ongezond leven' meer laten betalen, wil men niet. Wel dat mensen die bewust risico's opzoeken daarvoor ook de verantwoordelijkheid dragen. Misschien moet het wel duurder gemaakt worden om voor elk wissewasje naar de dokter te gaan.

Gevraagd naar hun mening over de zorgkosten zien alle deelnemers die oplopen. Men denkt daarbij als eerste aan de zorgpremie en aan de eigen bijdragen en het eigen risico. Veel deelnemers hebben er geen idee van dat de zorg ook via inhoudingen op het salaris gefinancierd wordt (zoals de AWBZ) en via de belastingen. Over de kosten van specifieke behandelingen tast men voor een groot deel in het duister. Behalve wanneer men recentelijk een specifieke operatie (bv. heupoperatie) ondergaan heeft of met dure medicijnen behandeld wordt. Ook hoge rekeningen van de dokter blijven in het bewustzijn hangen.

Dat de kosten hoog oplopen en verder zullen stijgen wijt men aan tal van factoren. Ten eerste noemt men het toenemend aantal ouderen en de toegenomen technische mogelijkheden, Andere factoren die vaak genoemd worden, zijn de bureaucratie en de vele managementlagen in de zorg, de hoge salarissen van medisch specialisten en directeuren. Verspilling ziet men overal in de zorg, medicijnen worden te gemakkelijk en in te grote hoeveelheden voorgeschreven en vervolgens weggegooid. Men komt met

voorbeelden van dure en misschien onnodige behandelingen. Iemand wijst op de kelders vol met rolstoelen in de tehuizen die liggen te wachten op verscheping naar arme landen.

Op de marktwerking is veel kritiek. Bij marktwerking denken mensen bijvoorbeeld aan verzekeraars, die vooral winst willen maken, veel geld uitgeven aan reclame en zelfs voetbalploegen sponsoren. Het grote aantal verzekeraars leidt ook tot veel management en daarmee tot veel managementkosten. Dat er ook andere kanten zitten aan marktwerking, zoals prijsconcurrentie op de zorgpolis en dat wachtlijsten voorkomen worden, ontgaat de meeste burgers.
Een belangrijke conclusie is in ieder geval dat de betalingen en de kosten van de zorg veel te weinig transparant zijn. Meer kennis over de kosten en betalingen zal de problemen niet oplossen, maar kan wel een ander bewustzijn genereren, zo denken veel deelnemers. De boodschap van de SER-voorzitter dat de zorgkosten per Nederlander van € 5.000 nu naar € 17.000-€ 25.000 in 2040 zullen oplopen, stuit op ongeloof. De deelnemers met een laag- en middeninkomen twijfelen aan de cijfers. Onder de hoge inkomens is twijfel aan de voorspelbaarheid voor 2040 geuit.

Een opvallende uitkomst is tevens dat er van hoog tot laag begrip is voor het naast elkaar bestaan van basiszorg en luxe zorg en dat voorrang krijgen in de zorg onder bepaalde omstandigheden te billijken is. Dit alles onder een voorwaarde die door iedereen onderschreven wordt: ook de basiszorg moet van voldoende kwaliteit zijn. Als daaraan voldaan is, dan mogen mensen geld opzij zetten om later luxere zorg te kunnen kopen. De vraag wat basiszorg is, is in dit onderzoek niet aan de orde geweest. Veel mensen denken bij luxe zorg toch vooral aan een kamer alleen of zorg in het buitenland. Het zou interessant zijn om in een vervolgonderzoek verder in te gaan op die basiszorg: wat is dan het minimumpakket waarop iedereen recht zou moeten hebben en wat zou er dan bijvoorbeeld uit kunnen?
In het algemeen vindt men dat vooral de medische noodzaak bepalend dient te zijn bij de vraag wie er als eerste aan de beurt is voor een behandeling en dat het onterecht is als rijken voorrang kunnen kopen. Maar aan de andere kant mogen in bepaalde situaties werkenden eerder behandeld worden dan niet-werkenden, zo vindt een aantal deelnemers. Het scheelt de maatschappij immers ook in kosten als zij snel weer aan het werk gaan. Als het maar niet betekent dat de niet werkenden heel veel later of helemaal niet aan de beurt komen.

Aan de onderkant (lage inkomens) hebben veel mensen een ziekte en wordt veel zorg gebruikt. Men uit vooral de eigen beleving van verschraling: meer betalen en er minder voor terugkrijgen. De kosten zijn niet transparant en men voelt zich overvallen met hoge rekeningen. In het gesprek geeft men lucht aan zijn verontwaardiging. Als het om de organisatie van het zorgstelsel gaat, is men vaak tegen de marktwerking. Voor de financiering van de zorg moet het principe 'de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten' leidend zijn. Voor de toekomst bestaat weinig hoop op verbetering, ook dan zal de zorg

alleen maar duurder worden. De positieve kanten van de kostenstijging (meer en betere zorg, minder wachtlijsten) benoemt men niet.
De deelnemers met een middeninkomen zien zichzelf minder als slachtoffer. Ze zijn voorstander van solidariteit. De verspilling is hen een doorn in het oog en ze delen de kritiek op de marktwerking. Met name de deelnemers met een hoog inkomen vormen een uitzondering in dit onderzoek. Zij hebben minder last van de stijgende kosten en zijn ook meestal gezond. Zij zijn diegenen die de solidariteit moeten financieren en uit hoofde daarvan zijn ze ook sterk tegen de verspilling. Voor hen is het belangrijk dat de hoge premies die ze betalen terechtkomen bij de zorg waarvoor ze bedoeld zijn. Als principe onderschrijven ze de solidariteit volledig, maar ze vinden wel dat er soms te gemakkelijk een beroep gedaan wordt op het idee dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen. Laat er eerst maar eens gekeken worden of er niet slim te besparen valt. Marktwerking kan bij hen dan ook op meer steun rekenen.
Bijna niemand heeft overigens het idee dat hij of zij zelf veel meer kan gaan betalen dan nu het geval is. Men wijst graag naar de hogere inkomens en deelnemers met zo'n hoog inkomen zien graag eerst de efficiëntie verbeterd worden voordat zij voor een hogere premie aangeslagen worden.

De lessen die dit onderzoek voor de overheid heeft, zijn nu gemakkelijk samen te vatten. De overheid moet werk maken van het aanpakken van de verspilling in de zorg, ook om het draagvlak voor hogere premies op peil te houden. Verder doet de overheid er goed aan om veel meer inzicht te geven in de kosten van de zorg en de financiering ervan. Nu blijven de kosten nog te vaak buiten de discussie, wat mede een reden is dat zij onbeheersbaar worden. Dat de kosten in de toekomst (sterk) zullen stijgen, stuit vaak op ongeloof. Ook daar ligt voor de overheid nog een informerende taak. Het principe van solidariteit staat niet ter discussie, hoogstens de reikwijdte ervan richting de gevolgen van een ongezonde leefstijl. Pasklare antwoorden op wat de ongezonde leefstijl dan inhoudt, geeft dit onderzoek niet. Op de marktwerking is veel kritiek gehoord en die dient serieus te worden genomen. Het nog te verschijnen onderzoek van het SCP over privatisering kan helpen om deze kritiek in een breder perspectief te plaatsen (Den Ridder en Dekker 2012). Dat er coûte que coûte geen onderscheid zou mogen bestaan tussen luxere en minder luxe zorg is door dit onderzoek gelogenstraft. Onder voorwaarden is daar best over te praten, zo zeggen de deelnemers van hoog tot laag.

Natuurlijk valt er het een en ander af te dingen op de reikwijdte van dit onderzoek. Er zijn immers slechts 31 personen aan het woord geweest. Zouden de deelnemers in ander onderzoek heel andere opinies over de besproken onderwerpen aanhangen? Daarover zijn twee dingen op te merken. Ten eerste laat een recent SCP-onderzoek met vier groepsgesprekken en een enquête onder 1200 Nederlanders een vergelijkbaar beeld zien. Ook daarin voelt men zich de dupe van een steeds duurder wordend zorgstelsel en vindt men dat er nog veel efficiëntiewinst te boeken is door te streven naar minder managers, minder onnodige behandelingen en minder (dure) medicijnen (Dekker et al. 2012). Ten tweede is het moeilijk voorstelbaar dat deelnemers in ander onderzoek ineens niet de solidariteit zouden ondersteunen of dat er wel veel kennis zou bestaan over de zorgkosten.

Van de opvattingen en antwoorden die breed gedragen werden in dit onderzoek mag worden aangenomen dat ze ook elders in de bevolking vaak worden aangetroffen. Een andere zaak is of bepaalde veranderingen in de zorg niet ook weer tot andere opinies zouden leiden. Bijvoorbeeld als een strakke budgettering weer wachtlijsten tot gevolg zou hebben of wanneer er daadwerkelijk zichtbare verschillen zouden ontstaan tussen de basiszorg voor iedereen en de luxe zorg voor de hogere inkomens.

Noten

1 Informatie hierover is te vinden op de website van de RvZ. http://rvz.net/publicaties/bekijk/solidariteit.
2 Hieruit is een gestratificeerde steekproef getrokken waarbij geselecteerd is op woonplaats, inkomen, leeftijd, sekse en opleidingsniveau. Een willekeurige selectie van relevante panelleden uit de regio Amsterdam kreeg per e-mail een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek. De panelleden zijn verhuld uitgenodigd, dat wil zeggen dat hen niet is verteld welk thema onderwerp van gesprek zou zijn. In totaal stuurden we 2.014 uitnodigingen waarop 138 panelleden positief reageerden. Bij aanmelding is gevraagd aan te geven of er sprake is van (chronische) aandoeningen bij de deelnemer zelf of bij een gezinslid. Dit gegeven is meegenomen als achtergrondkenmerk, maar speelde geen rol bij de selectie. Per groep is een spreiding nagestreefd over sekse, leeftijd, gezinssituatie, werkzaamheid en gezondheidsklachten in het huishouden. Met inachtneming van deze criteria is een selectie gemaakt.
3 Zie bijvoorbeeld www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering.nl voor een overzicht van recente veranderingen in het basispakket.
4 http://www.ser.nl/nl/actueel/persberichten/2010-2019/2012/20120207.aspx
5 Er is hierbij niet gespecificeerd om welk type zorg het dan zou kunnen gaan, alleen gesproken over bijvoorbeeld 'zorg voor ouderen'.
6 Dit is een onjuiste voorstelling: kinderen betalen nu geen eigen risico.
7 Over de wijze waarop de ethiek van de markt van invloed is op het handelen van artsen zie bijvoorbeeld: Dwarswaard (2011), Trappenburg en Dwarswaard (2011) en Visser (2011).

Literatuur

Beer, P de (2005). Hoe solidair is de Nederlander nog? In: Eelke de Jong en Martin Buijsen (red.) *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, Nijmegen: Thijmgenootschap/ Valkhof Pers, pp. 54-79.

Blom, M. en D. Scheele (red.) (2011). *Het profijt van solidariteit. Draagvlak voor herziening in het stelsel van werk en inkomen*, Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Boer, Alice de en Sjoerd Kooiker (nog te verschijnen). Zorg. In: Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Vic Veldheer en Cok Vrooman (red.). *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dekker, Paul, Pepijn van Houwelingen en Evert Pommer (2012). *Burgerperspectieven 2012/3. Kwartaalbericht van het Continu Onderzoek Burgerperspectieven.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dwarswaard, J. (2011). *De dokter en de tijdgeest; Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen.* Dan Haag: Uitgeverij Boom | Lemma.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong (2011a). *Trends in gezondheid en zorg.* CPB Policy Brief 2011/11 Den Haag: CPB.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong (2011b). *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. Achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2011/11, 'Trends in gezondheid en zorg'.* Den Haag: CPB.

Kloosterman, R. Solidariteit in de gezondheidszorg (2011). In: *CBS Bevolkingstrends*, 3e kwartaal 2011, p. 33-38.

Kommer, G.J., A. Wong en L.C.J. Slobbe (2012). *Determinanten van de volumegroei in de zorg.* Bilthoven: RIVM.

Oorschot, W. van en M.D. Jeene (2011). De truc voor een breed maatschappelijk draagvlak.In: SZW, *Het profijt van solidariteit. Draagvlak voor herziening in het stelsel van werk en inkomen.* Den Haag, p. 20-31.

Oorschot, W.J.H. van (2011). Waarom we meer solidair zijn met een bejaarde dan met een immigrant. In L.C.J.M. Halman en I.J.P. Sieben (Eds.), *Respect man! Tolerantie, solidariteit en andere moderne waarden* (p. 169-182). Amersfoort: Celsus.

Ridder, J. den en P. Dekker (2012). *Op afstand gezet. Een onderzoek naar de publieke opinie op verzoek van de Parlementaire Onderzoeks-commissie 'Privatisering en verzelfstandiging'.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Schnabel, Paul, Evelien Eggink, Evert Pommer, Jedid-Jah Jonker, Michiel Ras, Cok Vrooman, Maroesjka Versantvoort, Arjan Soede, Jaco Dagevos, Mérove Gijsberts, Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen (2012). *Startklaar voor vier jaar. Een verkenning van publieke prestaties voor de kabinetsformatie 2012.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Taskforce (2012). *Naar beter betaalbare zorg. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven.* Den Haag: ministerie van VWS.

TK (2011/2012). *Uitgavenbeheersing in de zorg. Rapport van de Algemene Rekenkamer.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2011/2012, 33060, nr. 2.

Torre, A.G.J. van der, E.J. Pommer en J.J.J.Jonker (2012). Zorg, financiering en profijt. In: J.H.M. Donders en C.A. de Kam (red.). *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg.* Den Haag: SDU uitgevers.

Trappenburg, Margo en Jolanda Dwarswaard (2011). Door markt werd arts onverschillig. In: *NRC Handelsblad*, 5 januari 2011.

Trienekens, J. G. van der Vlugt, P. Jeurissen en M. Germin (2012). Gezondheidszorg. Analyse stijging zorguitgaven. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 97 nr. 4643, p. 534-537.

Visser, J. (2011). Beroepsethiek volgt tijdgeest. Promovenda Dwarswaard: "Terughoudende zorg steeds moeilijker vol te houden." In: *Medisch Contact* (66), nr. 13, pp. 787 - 789.

VWS (2011a). *Beleidsagenda 2012*. Den Haag: ministerie van VWS.

VWS (2011b). *Ziektekostenverzekeringen in Nederland*. Te downloaden via www.rijksoverheid.nl/zorgverzekering (geraadpleegd september 2012)

VWS (2012). *De zorg: hoeveel extra is het ons waard?* Den Haag: ministerie van VWS.

Summary

Sharing the costs of care

The Dutch on solidarity and the affordability of care

Rising costs of care

The costs of care have risen sharply in recent years and are generally expected to continue doing so in the years ahead. This raises the question of whether the principle of solidarity on which the Dutch care system is based will come under pressure as a result of these cost increases. The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport asked the Netherlands Institute for Social Research/SCP to carry out public opinion research on this issue. What do Dutch citizens know about these costs and the funding of the care system? What do they regard as an acceptable distribution of the ever increasing costs? And where do the limits of solidarity lie?

Four group discussions

SCP opted for a qualitative or 'narrative' study, involving the organisation of two-hour discussion sessions in which four groups of Dutch citizens were able to immerse themselves thoroughly in the topic and give their opinions. A total of 31 persons from Amsterdam and the surrounding area took part in the discussions, which took place in early May 2012. The groups were categorised by (household) income and education level: one group with a low income (maximum €32,500 gross per annum) and maximum educational attainment of senior secondary vocational level, two groups with middle incomes and a maximum of higher professional education, and one group with a high income (at least €77,500 gross per annum) and a minimum of higher professional education.

What do people think about the (future) costs of care?

When talking about 'costs of care', virtually everyone thinks of medical costs (medicines, doctors, hospitals); almost no one thinks of long-term care. People mainly think about the costs they pay themselves (the nominal health insurance premium and patient co-payments) and barely consider the income-dependent contributions to funding the Care Insurance Act, contributions to the Exceptional Medical Expenses Act, and taxation. People have the feeling that they are having to pay more and more themselves. The lower income groups tend to look back in time and think mainly about their own costs; people from the higher income groups also look to the future and at the consequences of the cost increases for others or for solidarity. Few people know what a treatment costs, nor what proportion of the costs they would be reimbursed, and would like to know more about this, partly to ensure that care professionals are not claiming more than they should.

The respondents expect the costs of care to continue rising in the future. The reasons cited for this expectation are demographic (the growing number of older people),

advancing medical technology (more and more treatments are possible), socio-cultural (the fact that people today are more inclined to go to the doctor with minor complaints) and institutional factors such as market forces, high salaries, expensive managers, waste and inefficient care delivery.
Where people received information during the discussions about the rising costs and the need to make savings, the lower and middle-income groups expressed doubts about the veracity of that information. Those on high incomes appeared to accept the outlined trends more readily.

How can the costs be shared out and what role does solidarity play?

All participants in the discussions see solidarity as a great asset, but know virtually nothing about how the care system in the Netherlands is funded. People are aware that they pay a (nominal) premium for the (basic) care insurance package, and that they can choose a care insurer and also whether or not to take out supplementary insurance; but they give virtually no thought to the fact that they also pay for care through their employer and through their contributions to the Exceptional Medical Expenses Act. People consider it important that care should be accessible to everyone ('we don't want to end up with a system like that in America'). The fact that people with higher incomes pay more for care and make less use of it is accepted as a given, although some of those on higher incomes feel it is too often argued that those with the broadest shoulders should bear the heaviest burden. People have difficulty with the idea of forcing certain groups (e.g. people with unhealthy lifestyles) to pay higher contributions. The government must ensure that the solidarity in the funding of care is protected.

The idea of priority in care and of the availability of more luxurious care arrangements for those on higher incomes is not categorically rejected by any of the groups, even those on low incomes. There is however a general feeling that basic care must continue to be accessible to everyone and that that basic care must not suffer from the fact that people with high incomes are able to pay for extra care. Precisely what the basic care package should contain was not addressed in this study. Respondents also felt that medically necessary care must remain available to everyone. It is acceptable for workers sometimes to be given priority over non-workers, but how far that should go was not entirely clear.

What do people think about different care funding variants in order to keep the care system affordable?

The principle of solidarity is universally embraced. However, if the consequence of this were to be that people had to pay more themselves, things become more difficult. In that case, people turn to the (slightly) better off, while the (slightly) better off start thinking about the savings that could be made, so that they do not have to pay more. According to the respondents, the best way of achieving cost savings is through less bureaucracy, less management, greater cost-awareness and less wastage. People are critical about market forces, mainly citing things such as profits, expensive managers and high overheads.

If people are presented with alternative ways of funding the care system, the main thing to emerge is the difficulty they have in understanding the variants thoroughly. People opt mainly for the idea of 'the broadest shoulders bear the heaviest burden' as a guiding principle for funding the care system, but those with a high income qualify this by stressing the importance of looking at ways of reducing costs.

Lessons for the government

Whatever measures the government takes to keep control of the costs of care or to change the way the system is funded, one thing is clear: a great deal still needs to be invested in informing the public. This need relates to things such as the costs that citizens and the government currently pay for the care system and the underlying trends that contribute to the increase in costs. People are often willing to pay more for care if they have the feeling that their money is being spent wisely. Wastage and high management costs are a thorn in the flesh for many people.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het SCP. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

Sociaal en Cultureel Rapporten

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6
Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008. ISBN 978 90 377 0368-9
Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010. Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8
Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9

SCP-publicaties 2011

2011-1 *KLEUR. SCP-nieuwjaarsuitgave 2011* (2011). ISBN 978 90 377 0537 9
2011-2 *Stemming onbestemd. Tweede verdiepingsstudie Continu Onderzoek Burgerperspectieven* (2011). Paul Dekker en Josje den Ridder (red.). ISBN 978 90 377 0528 7
2011-3 *Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten* (2011). Jaco Dagevos en Edith Dourleijn (red.). ISBN 978 90 377 0526 3
2011-4 *Emancipatiemonitor 2010* (2011). Ans Merens, Marion van den Brakel-Hofmans, Marijke Hartgers en Brigitte Hermans (red.). ISBN 978 90 377 0503 4
2011-5 *Moeilijk werken. Gezondheid en de arbeidsdeelname van migrantenvrouwen* (2011). Myra Keizer en Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0524 9
2011-6 *Informele groepen. Verkenningen van eigentijdse bronnen van sociale cohesie* (2011). E. van den Berg, P. van Houwelingen en J. de Hart (red.). ISBN 978 90 377 0527 0
2011-7 *Gezinsrapport 2011* (2011). Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0538 6
2011-8 *Hoe cultureel is de digitale generatie? Het internetgebruik voor culturele doeleinden onder schoolgaande tieners* (2011). Marjon Schols, Marion Duimel en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0457 0
2011-10 *Kwetsbare ouderen* (2011). Cretien van Campen (red.). ISBN 978 90 377 0542 3
2011-11 *Minder voor het midden. Profijt van de overheid in 2007* (2011). Evert Pommer (red.), Jedid-Jah Jonker, Ab van der Torre, Hetty van Kampen. ISBN 978 90 377 0437 2
2011-12 *Wonen, wijken en interventies. Krachtwijkenbeleid in perspectief* (2011). Karin Wittebrood, Matthieu Permentier, m.m.v. Fenne Pinkster. ISBN 978 90 377 0065 7

2011-13 *Armoedegrens op basis van de budgetbenadering – revisie 2010* (2011). Arjan Soede. ISBN 978 90 377 0551 5
2011-14 *Werkgevers over de crisis* (2011). Edith Josten. ISBN 978 90 377 0543 0
2011-15 *Op weg naar een inclusieve arbeidsmarkt. Bijdragen van de sprekers op het symposium 15 oktober 2010, Den Haag* (2011). Gerda Jehoel-Gijsbers (red.). ISBN 978 90 377 0546 1
2011-16 *Eropuit! Nederlanders in hun vrije tijd buitenshuis* (2011). Desirée Verbeek en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0547 8
2011-17 *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief* (2011). K. Sadiraj, D. Oudijk, H. van Kempen, J. Stevens. ISBN 978 90 377 0557 7
2011-19 *Kwetsbare ouderen in de praktijk. Een journalistieke samenvatting* (2011). Malou van Hintum. ISBN 978 90 377 0555 3
2011-20 *Dimensies van sociale uitsluiting. Naar een verbeterd meetinstrument* (2011). Stella Hoff en Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0532 4
2011-21 *Chinese Nederlanders. Van horeca naar hogeschool* (2011). Mérove Gijsberts, Willem Huijnk, Ria Vogels (red.). ISBN 978 90 377 0529 4
2011-22 *Gemengd leren. Etnische diversiteit en leerprestaties* (2011). Lex Herweijer. ISBN 978 90 377 0575 1
2011-23 *Voorbestemd tot achterstand? Armoede en sociale uitsluiting in de kindertijd en 25 jaar later* (2011). Maurice Guiaux m.m.v. Annette Roest en Jurjen Idema. ISBN 978 90 377 0577 5
2011-24 *Kinderen en internetrisico's. EU Kids Online onderzoek onder 9-16-jarige internetgebruikers in Nederland* (2011). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0576 8
2011-25 *De basis meester. Onderwijskwaliteit en basisvaardigheden* (2011). Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0574 4
2011-26 *Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland 2011. Internationale vergelijking, ontwikkelingen en actuele situatie* (2011). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0579 9
2011-27 *Poolse migranten. De positie van Polen die vanaf 2004 in Nederland zijn komen wonen* (2011). Jaco Dagevos (red.). ISBN 978 90 377 0530 0
2011-28 *Gewoon aan de slag? De sociale veiligheid van de werkplek voor homoseksuele mannen en vrouwen* (2011). Saskia Keuzenkamp en Ans Oudejans. ISBN 978 90 377 0581 2
2011-29 *Acceptance of homosexuality in the Netherlands 2011. International comparison, trends and current situation* (2011). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0580 5
2011-30 *Nederland in een dag. Tijdsbesteding in Nederland vergeleken met die in vijftien andere Europese landen* (2011). Mariëlle Cloïn, Carlijn Kamphuis, Marjon Schols, Annet Tiessen-Raaphorst en Desirée Verbeek. ISBN 978 90 377 0405 1
2011-31 *Overheid en onderwijsbestel. Beleidsvorming rond het Nederlandse onderwijsstelsel (1990-2010)* (2011). Ria Bronneman-Helmers. ISBN 978 90 377 0567 6
2011-32 *Frail older persons in the Netherlands* (2011). Cretien van Campen (ed.). ISBN 978 90 377 0553 9
2011-33 *Maten voor gemeenten. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2011). Evert Pommer en Ingrid Ooms, m.m.v. Saskia Jansen, Jedid-Jah Jonker, Hetty van Kempen en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0585 0
2011-34 *Maak het nieuw! Over religieuze ontwikkelingen en de positie van de kerken: een persoonlijke geschiedenis* (2011). Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0592 8
2011-35 *Oudere migranten. Kennis en kennislacunes* (2011, electronische publicatie). Maaike den Draak en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0597 3

2011-36 *Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008* (2011). Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0586 7
2011-37 *Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg* (2011). Evert Pommer, Hetty van Kempen en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0587 4
2011-38 *Verlof vragen. De behoefte aan en het gebruik van verlofregelingen* (2011). Edith de Meester en Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0589 8
2011-39 *De sociale staat van Nederland 2011* (2011). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Mariëlle Cloïn, Evert Pommer et al. ISBN 978 90 377 0558 4
2011-40 *Kunnen meer kinderen meedoen? Verandering in de maatschappelijke deelname van kinderen, 2008-2010* (2011). Annette Roest. ISBN 978 90 377 0570 6
2011-41 *Samenvatting Overheid en onderwijsbestel.* Ria Bronneman-Helmers. ISBN 978 90 377 0590 4

SCP-publicaties 2012

2012-1 *Niet alle dagen feest. Nieuwjaarsuitgave 2012* (2012). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0598 0
2012-2 *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten* (2012). Bob Kuhry en Flip de Kam (red.). ISBN 978 90 377 0596 6
2012-3 *Jaarrapport integratie 2011* (2012). Mérove Gijsberts, Willem Huijnk en Jaco Dagevos (red.). ISBN 978 90 377 0565 2
2012-4 *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek* (2012). Y. Wittenberg, M.H. Kwekkeboom en A.H. de Boer. ISBN 978 90 377 0566 9
2012-5 *VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030* (2012). Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0594 2
2012-6 *Van Anciaux tot Zijlstra. Cultuurparticipatie en cultuurbeleid in Nederland en Vlaanderen* (2012). Quirine van der Hoeven. ISBN 978 90 377 0583 6
2012-7 *Vraag naar arbeid 2011* (2012). Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0601 7
2012-8 *Measuring and monitoring immigrant integration in Europe* (2012). Rob Bijl en Arjen Verweij (red.) ISBN 978 90 377 0569 0
2012-9 *IQ met beperkingen. De mate van versandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht* (2012). Isolde Woittiez, Michiel Ras en Debbie Oudijk. ISBN 978 90 377 0602 4
2012-10 *Niet te ver uit de kast. Ervaringen van homo- en biseksuelen in Nederland* (2012). Saskia Keuzenkamp (red.), Niels Kooiman, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0603 1
2012-11 *The Social State of the Netherlands 2011. Summary* (2012). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Mariëlle Cloïn en Evert Pommer (red.) ISBN 978 90 377 0605 5
2012-13 *Sturen op geluk. Geluksbevordering door nationale overheden,gemeenten en publieke instellingen* (2012). Cretien van Campen, Ad Bergsma, Jeroen Boelhouwer, Jacqueline Boerefijn, Linda Bolier. ISBN 978 90 377 0608 6
2012-14 *Countries compared on public performance. A study of public sector performance in 28 countries* (2012). Jedid-Jah Jonker (red.). ISBN 978 90 377 0584 3
2012-15 *Versterking data-infrastructuur sport* (2012). Annet Tiessen-Raaphorst en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0613 0
2012-16 *De sociale staat van de gemeente. Lokaal gebruik van de scp-leefsituatie-index* (2012). Jeroen Boelhouwer (SCP), Rob Gilsing (Verwey-Jonker Instituut). ISBN 978 90 377 0612 3

2012-17 *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (2012). Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0616 1

2012-18 *Monitor Talent naar de Top 2011* (2012). Ans Merens (red.) en Commissie Monitoring Talent naar de Top. ISBN 978 90 377 0610 9

2012-20 *Verzorgd uit de bijstand. De rol van gedrag, uiterlijk en taal bij de re-integratie van bijstandsontvangers* (2012). Patricia van Echtelt en Maurice Guiaux. ISBN 978 90 377 0614 7

2012-21 *De virtuele kunstkar. Cultuurdeelname via oude en nieuwe media* (2012). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0619 2

2012-22 *Op zoek naar bewijs. Evaluatieontwerpen onderwijsmaatregelen* (2012). Lex Herweijer en Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0618 5

2012-27 *Maten voor gemeenten 2012. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2005-2010* (2012). Evert Pommer, Ingrid Ooms, Ab van der Torre, Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0624 6

2012-31 *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012* (2012). Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9

SCP-essays

1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90 377 0248-1

2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90 3770265-1

3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90 377 0261 9

4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90 377 0262 7

5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978 90 5260 260 8

Overige publicaties

Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP (2010). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5

Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo (2010). A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9

Op weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais (2010). ISBN 978 90 377 0469 3

NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren (2010). Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3

Kortdurende thuiszorg in de AWBZ. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening (2010). Maaike den Draak. ISBN 978 90 377 0471 6

De publieke opinie over kernenergie (2010). Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4

Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst (2010). Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2

Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009 (2010). Maaike den Draak. ISBN 978 90 377 0499 0

Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek (2010). Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3
Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7
De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009 (2010). David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5
Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010 (2010). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4
Europa's welvaart. De Lissabon Agenda in een breder welvaartsperspectief en de publieke opinie over de Europese Unie (2010).Harold Creusen (CPB), Paul Dekker (SCP), Irene de Goede (SCP), Henk Kox (CPB), Peggy Schijns (SCP) en Herman Stolwijk (CPB). ISBN 978 90 377 0492 1
Maakt de buurt verschil? (2010). Merové Gijsberts, Miranda Vervoort, Esther Havekes en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0227 9
Mantelzorg uit de doeken (2010). Debbie Oudijk, Alica de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0486 0
Monitoring acceptance of homosexuality in the Netherlands (2010).Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0484 6
Registers over wijken (2010). Matthieu Permentier en Karin Wittebrood (SCP), Marjolijn Das en Gelske van Daalen (CBS). ISBN 978 90 377 0499 0
Data voor scenario's en ramingen van de GGZ (2010). Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0494 5
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 1 (2010). Paul Dekker, Josje den Ridder en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0490 7
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 2 (2010). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0507 2
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 3 (2010). Josje den Ridder, Lonneke van Noije en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0508
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 4 (2010). Josje den Ridder, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0531 7
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 1 (2011). Eefje Steenvoorden, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0549 2
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 2 (2011). Josje de Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0564 5
Burgerperspectieven 2011 | 3 (2011). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0582 9
Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp 2012 (2011). *Ab van der Torre, Saskia Jansen en Evert Pommer.* ISBN 978 90 377 0573 7 (webpublicatie)
Oudere migranten. Kennis en kennislacunes (2011). Maaike den Draak en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0597 3 (webpublicatie)
Armoedesignalement 2011 (2011). CBS/SCP. ISBN 978 90 357 1870 8
Burgerperspectieven 2011 | 4 (2012). Josje den Ridder, Jeanet Kullberg en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0593 5
Burgerperspectieven 2012 | 1 (2012). Paul Dekker, Josje den Ridder en Paul Schnabel. ISBN 978 90 377 0607 9
Burgerperspectieven 2012 | 2 (2012). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0617 8