



Principes van Nederlandse gezondheidszorg

Er is veel discussie over de toekomst van de gezondheidszorg. De overheid en haar adviesorganen schrijven een veelheid van rapporten over noodzakelijke veranderingen. Waarbij de kern is dat het huidige gezondheidszorgsysteem op termijn financieel onhoudbaar is. Politieke partijen komen voortdurend met plannen en wensen hoe het anders moet, meestal met de insteek dat het voor de burger beter moet. In de media en door burgers worden veel standpunten over de gezondheidszorg ingenomen. Ook de brancheorganisaties, de beroepsorganisaties en de organisaties van werkgevers geven hun visie op de gezondheidszorg en nemen daar standpunten over in. In al die visies/standpunten is niet terug te vinden wat de achterliggende grote lijnen zijn. Wat zijn de principes, waarop de Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd?

Deze informatie is nodig om te kunnen bepalen of voorstellen om aan de zorg te sleutelen passen binnen die principes, dan wel dat die principes moeten worden aangepast. Als daar geen zicht op is, is het risico groot dat er maatregelen genomen worden of beleid wordt ingezet, dat ongemerkt de principes aantast, waardoor de gezondheidszorg op termijn wordt uitgehold en/of onwerkbaar wordt. Als we de huidige inrichting van de gezondheidszorg zien als een bouwwerk dat stabiel staat, ook al vertoont het enige gebreken, dan is het risico groot dat door het afzonderlijk veranderen van onderdelen van het stelsel het fundament onder het bouwwerk wordt aangetast, dat draagbalken verwijderd worden of dat onlogische nieuwe vertrekken worden aangebouwd, waardoor het gebouw een doolhof wordt of zelfs instort.

Men zou verwachten dat die principes ergens helder geformuleerd en samengevat zijn. Het zou immers gewenst zijn om een toetsingskader te hebben om alle plannen en maatregelen aan te kunnen toetsen. Alleen zo kan beoordeeld worden of het samenhangende

zorgstelsel intact blijft en verbeterd wordt dan wel dat de principes aangepast moeten worden.

Een dergelijk toetsingskader is er niet. Een intensieve zoektocht van C3 naar een samenvatting van de principes, waarop het gezondheidszorg stelsel is gebaseerd, leverde niets op dat de actuele situatie weergeeft. Daarom hebben we zelf maar een overzicht gemaakt van die principes van de Nederlandse Gezondheidszorg. We hopen dat dit kan helpen als toetsingskader en op die manier kan bijdragen aan afgewogen beslissingen over de toekomst van de zorg.

De kernprincipes

1. De Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd op artikel 21 lid 1 van de Grondwet 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' en is verder geregeld in sectorwetten.
- 2 Dit grondwetsartikel is vertaald in verschillende verantwoordelijkheden van de overheid:
 - a. De overheid is rechtstreeks verantwoordelijk voor maatregelen, die de volksgezondheid bevorderen. Daar horen ook zaken als preventie, gezonde voeding, goede woningen en riolering bij. Dit is de verantwoordelijkheid van de gehele Regering.
 - b. De overheid is direct verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg, dat een onderdeel is van de volksgezondheid. Dat is geregeld in de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg). Die (eind) verantwoordelijkheid ligt bij het Ministerie van VWS en is voor een deel gedelegeerd aan gemeenten (b.v. GGD), agent-schappen (b.v. RIVM) en privaatrechtelijke organisaties (b.v. de Stichting Bevolkingsonderzoek). Onder publieke gezondheidszorg vallen onder andere consultatiebureaus zuigelingen, bevolkingsonderzoek, vaccinatieprogramma's en kankerregistratie.
 - c. De rijksoverheid is 'systeemverantwoordelijk' voor de individuele gezondheidszorg. 'Individuele gezondheidszorg' is de zorg die door zorgaanbieders geleverd wordt aan individuele burgers (en soms aan een gezin). Het Ministerie van VWS

- bepaalt de publieke belangen/randvoorwaarden, waaraan de gezondheidszorg moet voldoen en het basispakket verzekerde zorg, maar is niet verantwoordelijk voor de uitvoering.
- d. De overheid levert in beperkte mate ook zelf individuele gezondheidszorg voor haar medewerkers en voor mensen, die onder haar verantwoordelijkheid vallen. Het Ministerie van Defensie draagt de verantwoordelijkheid voor en organiseert de individuele gezondheidszorg voor haar militairen. Het Ministerie van Justitie en Veiligheid is verantwoordelijk voor de (financiering van de) individuele gezondheidszorg van asielzoekers, gevangenen, personen in Justitiële Jeugdinrichtingen en in TBS instellingen.
 - e. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor welzijn en maatschappelijke ondersteuning, die sinds 2015 niet meer als individuele gezondheidszorg wordt gezien, en voor de Jeugdzorg.
3. De daadwerkelijke individuele gezondheidszorg, dienstverlening van zorgaanbieders aan patiënten en cliënten is privaatrechtelijk geregeld. Overeenkomsten tussen de patiënt/cliënt en de zorgaanbieder/zorgprofessional voor de levering van gezondheidszorgdiensten en tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar voor het verzekeren daarvan, zijn gebaseerd op het privaatrecht (en niet op het publieke bestuursrecht). De overheid stelt kaders aan die overeenkomsten en regelt deze dienstverlening via wetgeving en algemene maatregelen van bestuur. De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) zijn voorbeelden van die kaders.
 4. De Nederlandse individuele gezondheidszorg is gebaseerd op het principe van solidariteit. Solidariteit tussen rijk en arm, tussen jong en oud, tussen gezonde en zieke mensen. Die solidariteit is geborgd en verankerd in de wetgeving en de bekostiging van de gezondheidszorg.

De principes voor de bekostiging en financiering

5. Het principe van solidariteit ligt ten grondslag aan de gehele wettelijke inrichting van het zorgstelsel, dat in hoofdzaak gebaseerd is op 4 wetten, de Zorgverzekeringswet

(Zvw) van 2006, de Wet langdurige zorg (Wlz), De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) beiden uit 2015 ter vervanging van de AWBZ en de Jeugdwet (Jw) uit 2016.

Gebruikelijk is om de zorg, die volgens deze wetten is geregeld in te delen in drie compartimenten:

a. Eerste compartiment:

- De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, behandeling, vervoer naar begeleiding of behandeling, woningaanpassing voor kinderen jonger dan 18 jaar, huishoudelijke hulp geregeld door instelling.

- De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is er voor iedereen die ondersteuning nodig heeft om te kunnen participeren in de samenleving. De Wmo voorziet in: individuele begeleiding of ondersteuning voor volwassenen (dagelijkse levensverrichtingen en huishouden), begeleiding of ondersteuning in groepsverband (dagbesteding), kortdurend verblijf, huishoudelijke hulp, mobiliteitsvoorzieningen en woningaanpassingen.

- De Jeugdwet (Jw) is voor iedereen onder de 18 jaar die begeleiding of ondersteuning nodig heeft bij het opgroeien of bij de opvoeding. Uitgezonderd zijn: intensieve kindzorg (valt onder de Zvw) en permanent toezicht (valt onder de Wlz).

b. Tweede compartiment:

De Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht iedereen tot het sluiten van een ziektekostenverzekering en garandeert dat iedere burger recht heeft op een basispakket voor zorg en behandeling.

c. Derde compartiment:

Aanvullende verzekeringen, waarbij kosten worden vergoed voor hulp die geen deel uitmaakt van het wettelijk verzekerde basispakket.

6. De zorgverzekeringswet is uniek in de wereld. De Zorgverzekeringswet is gebaseerd op de volgende principes:
 - a. Burgers zijn verplicht een (basis)zorgverzekering af te sluiten en daarvoor premie te betalen. Burgers zijn vrij in de keuze van hun zorgverzekeraar.
 - b. De Zorgverzekeringswet wordt op privaatrechtelijke basis uitgevoerd door de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders en zorgprofessionals.
 - c. Zorgverzekeraars zijn verplicht alle verzekerden een polis voor de basisverzekering aan te bieden die voldoet aan de bij wet gestelde eisen. Ze zijn verplicht die burgers te accepteren als verzekerde, ongeacht hun gezondheidstoestand.
 - d. De premie van de basisverzekering is gelijk voor iedere verzekerde, ongeacht gezondheidstoestand, leeftijd of achtergrond.
 - e. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij moeten garanderen dat de zorg uit het basispakket beschikbaar is voor al hun verzekerden.
 - f. Om die solidariteit te borgen zijn er risicovereveningsmethoden tussen zorgverzekeraars om het hen mogelijk te maken ook mensen met een slechte gezondheid (en dus veel zorgkosten) te verzekeren ('ontoerekenbare risico's').
 - g. De inhoud van het verzekerde basispakket is wettelijk bepaald.
 - h. Zorgverzekeraars kopen de te leveren zorg in bij zorgorganisaties en zorgprofessionals.
7. Om te bepalen welke zorg in het basispakket van de Zvw wordt opgenomen zijn sinds 2013 de 'Pakketprincipes' in gebruik. Zij geven antwoord op de vraag wat tot de solidair georganiseerde gezondheidszorg behoort en wat uit collectieve middelen moet worden gefinancierd. De principes zijn ontwikkeld voor de Zvw, maar ze worden impliciet ook gebruikt voor de Wlz en soms de Wmo. De pakketprincipes zijn:
 - a. Medische en verzekeringstechnische noodzaak. Is het medisch noodzakelijk en is het belemmerend voor de patiënt als de behandeling niet verzekerd is?
 - b. Effectiviteit. Doet de behandeling of interventie wat er van verwacht wordt?
 - c. Kosten-baten afweging (aangeduid als 'Kosteneffectiviteit'). Is de verhouding tussen kosten en baten maatschappelijk acceptabel?
 - d. Uitvoerbaarheid. Is het praktisch haalbaar en houdbaar om deze behandeling/

interventie in de verzekering onder te brengen?

8. De Zvw is een schadeverzekeringswet: als een burger schade heeft (= ziek is), heeft hij recht op vergoeding van de 'reparatie' van de schade (=behandeling van de kwaal) in natura (naturapolis) of in geld (restitutiepolis).
9. De premie voor de zorgverzekering wordt betaald uit:
 - a. De inkomensafhankelijke 'werkgeversheffing', die wordt betaald door de werkgever, de uitkeringsinstantie of door de burger zelf, als deze niet in loondienst is of een uitkering heeft.
 - b. de zorgpremie, die door de verzekerde wordt betaald aan de zorgverzekeraar;
 - c. het eigen risico.
 - d. eigen bijdragen van patiënten.
10. De Zvw wordt niet betaald uit belastingen. De overheid treedt slechts als herverdelers van de premies op. Het geld van de premies mag niet voor andere overheidstaken worden gebruikt.
11. Wel uit belastinggeld wordt de zorgtoeslag betaald, die mensen met een laag inkomen ontvangen om de premie te kunnen betalen.
12. De individuele gezondheidszorg wordt verder in hoofdzaak geregeld door drie andere wetten, de Wet Langdurige zorg (Wlz), De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (Jw). Ook bij deze wetten gelden de solidariteitsprincipes. De Wlz is gestoeld op het principe van een volksverzekering. De verzekerde heeft net als in de Zvw recht op zorg als hij premie betaalt. Dit recht wordt echter beperkt door indicatiestelling door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Dat is een ZBO (zelfstandig bestuursorgaan) van de overheid, dat bepaalt of en zo ja welke zorg de burger ontvangt. Voor de Wlz zorgen Zorgkantoren (een publiekrechtelijke taak van de grootste privaatrechtelijke zorgverzekeraar) voor de financiering en zorgaanbieders voor de levering van diensten. De ondersteuning volgens de Wmo en de Jw is geen verzekerd recht, maar een maatschappelijke voorziening, waar de burger geen recht op heeft, maar de overheid bepaalt of iemand ondersteuning krijgt. Voor de Wmo en de Jw bepalen gemeenten de financiering en de toegang. Gemeenten kunnen zelf de uitvoering doen of dat opdragen aan privaatrechtelijke aanbieders. De premies

voor Wlz en Wmo werden eerst als afzonderlijke post 'sociale verzekeringen' ingehouden op het loon, maar zijn inmiddels opgegaan in de algemene belastingheffing. De middelen, die de Rijksoverheid voor de Wlz beschikbaar stelt, gaan naar de zorgkantoren en zijn als zodanig herkenbaar. De middelen, die naar gemeenten gaan voor Wmo en Jw, waren eerst als zodanig herkenbaar, maar zijn inmiddels onderdeel van het Gemeentefonds.

De principes van de uitvoering

13. De rijksoverheid is niet verantwoordelijk en bevoegd voor de uitvoering van de individuele gezondheidszorg en de verzekering daarvan. In Nederland berusten die verantwoordelijkheden en bevoegdheden vanouds bij privaatrechtelijke organisaties (zorgverzekeraars, zorgaanbieders). Nederland heeft geen overheidsgezondheidszorg, zoals bij voorbeeld de NHS in het Verenigd Koninkrijk.
14. Zorgverzekeraars zijn privaatrechtelijke rechtspersonen, in de meeste gevallen coöperaties. Ze zijn niet op winst gericht. Zorgverzekeraars zijn zowel onderdeel van de gezondheidszorg als van het systeem van financiële dienstverlening. Ze hebben dus zowel te maken met de gezondheidszorg regelingen als met de strenge internationale regels voor financiële instellingen (banken en verzekeraars) en staan onder toezicht van DNB (de Nederlandse Bank) en AFM (Autoriteit Financiële Markten).
15. De daadwerkelijke individuele gezondheidszorg en de individuele maatschappelijke ondersteuning wordt geleverd door zorgorganisaties en zorgprofessionals. Zorgorganisaties zijn privaatrechtelijke rechtspersonen, vaak stichtingen (m.u.v. UMC's, die onderdeel zijn van een publiekrechtelijke universiteit). Zij vallen onder het Privaatrecht en niet onder het Bestuursrecht. Ze zijn dan ook niet 'publiek' of 'semipubliek', maar privaat binnen een heel strak publiek kader. Zorgverleners zijn in dienst van zorgorganisaties of zelf als private ondernemer gevestigd. Hoogopgeleide zorgprofessionals vallen onder de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), waarin eisen gesteld worden aan hun professionaliteit en hoe ze die op peil houden en omgekeerd hen het recht verleend wordt om exclusief bepaalde handelingen (voorbehouden handelingen) te verrichten. Deze professionals moeten zich inschrijven in het BIG

register, waaruit blijkt dat ze bevoegd zijn tot het uitoefenen van hun professie.

16. De aanbieders van zorg dienstverlening (zorgorganisaties en zelfstandige zorgprofessionals) ontvangen hun vergoeding meestal als bedrag per geleverde prestatie (fee for service). Slechts in enkele gevallen wordt de maatschappelijke beschikbaarheidsfunctie afzonderlijk gefinancierd (abonnementstarief huisartsen, deel financiering spoedeisende hulp, ambulancezorg).
17. In de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg is in Nederland geen onderscheid gemaakt tussen de nutsfuncties enerzijds en de dienstverlening aan individuele burgers anderzijds. Nutsfuncties zijn algemene maatschappelijke functies met 24 uren beschikbaarheid voor alle burgers (zoals politie en brandweer) en/of de noodzakelijke infrastructuur (zoals wegen, dijken en het hoogspanningsnet) waar de overheid besluit over beschikbaarheid. Die nutsfunctie zou kunnen gelden voor de SEH, de 24 uren huisartsenzorg, de farmacie en eventueel de IC bedden. Voor traumacentra en ambulancevervoer is die aparte nutsfunctie wel onderkend en geregeld.
18. Sinds 1974 is de individuele gezondheidszorg ingedeeld in zogenaamde 'echelons' van eerste tot vierde lijn. Het principe is dat een cliënt pas in de volgende 'lijn' terecht komt na verwijzing door de voorgaande 'lijn', die eerst het probleem probeerde op te lossen. Zo heeft de patiënt een verwijzing van de huisarts nodig om een specialist te zien. Dit systeem komt in veel andere landen niet voor. Daar kan een patiënt rechtstreeks naar een ziekenhuis. De echelons zijn:
 - a. Nulde lijn, met name preventie;
 - b. Eerste lijn, waar een burger direct terecht kan, zoals huisarts, tandarts, apotheek, fysiotherapie en thuisverpleging;
 - c. Tweede lijn, waarvoor de patiënt een verwijzing van de huisarts nodig heeft. Ziekenhuiszorg en specialistische zorg (zoals orthodontie) horen in de tweede lijn. Ook GGZ, verpleeghuiszorg en (intramuraal) zorg voor gehandicapten hoort tot de tweede lijn.
 - d. Derde lijn, waarvoor doorverwijzing uit de tweede lijn nodig is. Dit betreft de top van de curatieve zorg, die in Topklinische en academische ziekenhuizen plaatsvindt.

- e. Vierde lijn, de topreferente zorg, waarbij gezondheidszorg en onderzoek verbonden zijn. Deze vindt uitsluitend in UMC's (universitaire medische centra) plaats.
19. De overheid heeft er met de afschaffing van de Wzv (Wet Ziekenhuisvoorzieningen) in 2006 en het Bouwregime in 2011 voor gekozen om geen invloed te kunnen hebben op de kwantiteit en de capaciteitsplanning van het zorgaanbod in Wzv en Wlz. De zorgverzekeraars en de zorgkantoren zouden het aanbod van zorgvoorzieningen moeten kunnen sturen door hun contracteerbeleid. De overheid verleent nog wel vergunningen voor bijzondere medische verrichtingen via de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv), waaronder bijvoorbeeld protontherapie en orgaantransplantaties vallen.
20. Onder Wmo en Jw kunnen gemeenten door hun contractering sturen op de capaciteit van het aanbod. Zij kunnen kiezen om de diensten zelf aan te bieden of deze te contracteren.
21. De overheid heeft eveneens geringe invloed op het aanbod van zorgprofessionals, in het bijzonder medisch specialisten. Door een numerus fixus kan de instroom van medische studenten beperkt worden. Het Capaciteitsorgaan adviseert VWS en de sector over de capaciteit van vervolgopleidingen, maar uiteindelijk beslissen de beroepsverenigingen over het aantal artsen dat in opleiding tot medisch specialist wordt toegelaten.
22. De overheid heeft wel invloed op de kwaliteit van het zorgaanbod. Op basis van de Wtzi (wet toelating zorginstellingen) kan de overheid organisaties een toelating geven om zorg volgens de Zvw en/of de Wlz aan te bieden. Voor Wmo en Jw is geen toelating vereist. De kwaliteit wordt geregeld via de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg). Via de IGJ houdt de overheid toezicht op de kwaliteit van zorg. De IGJ is bevoegd maatregelen te nemen als de zorg van onvoldoende kwaliteit is. Zij hanteert daarvoor de 'veldnormen', opgesteld door beroepsgroepen en zorgkoepels. De IGJ houdt toezicht op zorg conform Wzv, Wlz en Jw, maar niet op het Wmo aanbod.