

KOR GRIT EN ANTOINETTE DE BONT<sup>1</sup>

MAAKBARE SOLIDARITEIT

DE IMPACT VAN OVERHEIDSBELEID OP DE SOLIDARITEIT VAN  
BURGERS

Krisis, 2009, Issue 2

[www.krisis.eu](http://www.krisis.eu)

Is solidariteit nog houdbaar?

De laatste jaren ontstaat er steeds meer debat over de vraag of solidariteit in de toekomst nog houdbaar is (Bos 2005; RVZ 2005; CPB 2005; Van der Veen 2005; De Beer 2004). Deze vraag is niet nieuw. In 1982 stelde de toenmalige partijleider van de PvdA, Den Uyl: 'Het centrale probleem van de verzorgingsstaat zal er in de komende tijd uit bestaan de solidariteitsgedachte waarop onze maatschappelijke ordening berust uiteindelijk te verdedigen' (geciteerd in Tromp 1985, 72). Waar aanvankelijk vooral financiële redenen (de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat) werden genoemd, zien we de laatste tijd ook steeds meer normatieve argumenten het debat over de houdbaarheid van de verzorgingsstaat binnendringen.

In 2005 constateerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in haar signalement *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* dat een flink deel van de ziektelast wordt veroorzaakt door eigen gedrag (veelal welvaartsziekten). Daarbij verwijst de Raad naar de verbanden die epidemiologen hebben gelegd tussen gedrag en ziekte (Van Oers 2002 en

Hollander e.a. 2006). Mensen met een gezonde leefstijl leven langer dan rokers en overmatige drinkers en eters (Van Oers 2002 en Hollander e.a. 2006). De Raad stelt in het signalement de vraag of burgers nog in normatieve zin bereid zijn om aan het huidige systeem van overdrachten mee te betalen (RVZ 2005). Indien burgers meer en meer gaan beseffen dat ziekte te maken heeft met leefstijl, lees eigen gedrag, zouden zij volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg minder bereid zijn om de kosten van de gevolgen van onverantwoord gedrag volledig te financieren. Waarom zou men moeten bijdragen aan de compensatie van een risico dat een ander vrijwillig en welbewust loopt? Mag de roker nog verwachten dat niet-rokers meebetalen aan zijn of haar ziektekosten (De Beer 2004)?

Dat er vragen worden gesteld bij de huidige omvang van de financiële overdrachten tussen gezonde en zieke mensen (de zogenaamde solidariteitsoverdrachten) betekent niet zonder meer dat er geen draagvlak meer is voor solidariteit of dat solidariteit aan het eroderen is (RVZ, 2005). Uit empirisch onderzoek blijkt telkens dat solidariteit nog springlevend is. Volgens een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau is voor puur misantropische standpunten, waarbij men niets met anderen te maken wil hebben, amper steun. In geval van nood zijn Nederlandse burgers wel bereid anderen bij te staan en er is veel steun voor het op peil houden van sociale uitkeringen (De Hart 2002). De bevindingen van het SCP lijken echter wel te bevestigen dat er meer dan voorheen voorwaarden aan solidariteit worden gesteld.

Onder politici en beleidsmakers is de laatste decennia een toenemende interesse ontstaan voor, wat wordt genoemd, de eigen verantwoordelijkheid van burgers en hun organisaties. De laatste kabinetten leggen steeds vaker de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Wij zouden zelf verantwoordelijk zijn voor het verwerven van bepaalde vaardigheden en via het maken van eigen keuzes kunnen we onszelf realiseren. Het ideaal van de sociale staat wordt steeds meer vervangen door het ideaal van een *enabling state* (Rose 1999), een staat die burgers activeert tot verantwoordelijke en ondernemende burgers (Le Grand 2003; Giddens 1998; RMO 2006). Door burgers te veranderen van passieve in actieve actoren gaan zij ook verantwoordelijkheid dragen voor hun daden. In een wereld waarin we ons leven niet langer verstaan in termen

van lot, maar in termen van succes en falen, zal solidariteit op een andere manier ingevuld worden. In het eerdergenoemde signalement Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg introduceert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bijvoorbeeld de notie van geclausuleerde solidariteit. Met geclausuleerde solidariteit bedoelt de Raad dat solidariteit niet langer onbeperkt is en aangevuld moet worden met vormen van eigen verantwoordelijkheid.

‘Het is waarschijnlijk dat de samenleving en de zorgsector in de toekomst op zoek zullen moeten gaan naar een meer geclausuleerde solidariteit. Dit is een beleidsrichting die binnen de sociale zekerheid al wat langer gangbaar is. Onder bepaalde voorwaarden lijkt hiervoor bij de bevolking ook met betrekking tot de gezondheidszorg een zekere steun te bestaan. Deze steun neemt waarschijnlijk verder toe naarmate er meer bekend wordt over de relatie tussen gedrag, gezondheid, gezondheidszorg en de daarmee gemoeide kosten’ (RVZ 2005, 46).

Veranderende ideeën betreffende solidariteit kunnen we niet los zien van de wijze waarop we onze collectieve arrangementen organiseren en de wijze waarop de overheid de burger benadert. De overheid ontwikkelt allerlei instrumenten om de eigen verantwoordelijkheid van burgers te stimuleren en hun meer keuzevrijheid te gunnen, maar houdt onvoldoende rekening met de effecten daarvan op de solidariteit tussen burgers. De manier waarop de overheid het gedrag van de burgers en hun onderlinge relaties conceptualiseert en de daarbij gekozen instrumenten en technieken bepalen mede de bereidheid tot solidariteit. Met andere woorden, het vraagstuk van ‘houdbare solidariteit’ wordt mede beïnvloed door het ingezette instrumentarium van de overheid. Omdat steeds vaker de vraag wordt gesteld of er nog voldoende draagvlak is voor solidariteit, is onderzoek naar deze effecten wenselijk.

In dit artikel vragen wij aandacht voor de instrumenttechnische kant van overheidsbeleid. We zoomen in op de werking van nieuwe beleidsinstrumenten en de veranderende financiële infrastructuur op het denken over solidariteit. In dit artikel ontwikkelen we allereerst een perspectief waarin beleidsinstrumenten als morele technologieën worden geschetst – instrumenten zijn geen neutrale technologieën, maar ze bepalen mede

het gedrag en de opvattingen van burgers. Wij werken vervolgens ons betoog empirisch uit door drie recente beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg te bespreken die een effect (kunnen) hebben op de solidariteit tussen burgers: indicaties op maat, het bijkopen van extra zorg en een voorlichtingscampagne van het voedingscentrum. Deze instrumenten spelen weliswaar op het microniveau van de burger, maar ze blijken niet los te staan van het macrodebat over ‘houdbare solidariteit’. In de conclusies komen we terug op het debat over houdbare solidariteit. Tevens gaan we in op de mogelijkheden van de overheid om het ‘solidariteitsgevoel’ onder burgers in stand te houden en te stimuleren.

## Morele technologieën en het activeren van burgers

Solidariteit is meer dan een ideologie of een uitkomst van de mate waarin burgers tevreden zijn met de publieke dienstverlening. Het is ook een resultante van een specifieke organisatie van onze samenleving en verzorgingsstaat. De houding van burgers ten aanzien van solidariteit wordt mede bepaald door de manier waarop overheid of publieke dienstverleners hen benaderen. Daarom onderzoeken we de effecten van overheidsinstrumenten op de wijze waarop burgers solidariteit percipiëren. Door meer de alledaagse ervaringen van burgers en dienstverleners in het publieke domein centraal te stellen, hopen we een nieuw licht te werpen op het debat over de houdbaarheid van solidariteit.

Daarbij zijn we vooral geïnteresseerd in de normatieve effecten van beleidsinstrumenten en technologieën – vandaar dat we in navolging van Rose (1999) spreken over morele technologieën. Morele technologieën zijn niet alleen technieken die (vaak impliciet) allerlei normen in zich herbergen, maar ze oefenen ook een normatieve invloed uit op subjecten. Technologie is niet neutraal maar verweven met normativiteit (Berg en Mol 2001).

Niklas Rose signaleert in zijn boek *Powers of freedom* de opkomst van morele technologieën die de verantwoordelijkheid van burgers beogen te vergroten. De door de staat en haar partners ontworpen morele

technologieën beogen niet alleen de burger in toom te houden (*constraining*), maar evenzeer een bepaald gedrag mogelijke te maken (*enabling*). Het vrije individu is alleen mogelijk binnen een bepaalde vorm van civilisatie – mensen kunnen zichzelf als vrije wezens beschouwen onder bepaalde sociale culturele omstandigheden (Rose 1999, 42). Vrijheid vergt verantwoordelijke burgers, die niet alleen zichzelf in toom houden maar ook in staat zijn om een goed leven te ontwikkelen. In allerlei praktijken – door Foucault ‘technieken van het zelf’ genoemd – worden subjecten door disciplinerende gevormd tot vrije personen (Rose 1999, 95).

Voor Foucault (1989) is vrijheid alleen mogelijk via machtspraktijken van disciplinerende. Discipline is er niet zozeer op gericht om mensen te weerhouden van het kwaad, maar veeleer om ze door oefening en training aan te sporen tot het doen van het gewenste. Via de discipline worden bekwaamheden en vaardigheden verspreid over steeds meer mensen. Door correctie kan degene die van de norm afwijkt alsnog nuttig worden gemaakt. Foucault spreekt dan ook liever in economische of productieve termen dan in juridische of onderdrukkende termen over de specifieke technologie van de macht die ‘discipline’ heet. Het vrije en verantwoordelijke individu en de kennis daarover zijn het resultaat van die productie (Grit 2000). De ‘technieken van het zelf’ vormen het gedrag van de burger op een manier die passend is bij bepaalde opvattingen van collectief en individueel welzijn. Dit leidt tot een paradoxale vorm van *governance* waarbij we gedisciplineerd worden tot vrijheid. We worden autonoom en zelfverantwoordelijk gemaakt.

Bovenstaande impliceert dat de wijze waarop burgers zichzelf en elkaar percipiëren afhankelijk is van de morele technologieën die door de overheid worden ingezet. Solidariteit is evenzeer uitkomst van overheidsbeleid als vertrekpunt. Een dergelijke analyse is niet zonder risico, omdat oorzaak en gevolg niet altijd eenvoudig en eenduidig uit elkaar zijn te halen. Onze analyse heeft daardoor vooral een ideaaltypisch karakter. We willen de mogelijke onbedoelde effecten van overheidsbeleid op de vormgeving van solidariteit in kaart brengen. Wat voor een soort van subjecten worden er geschapen via de inzet van morele technologieën door de overheid? En wat zijn de mogelijke gevolgen daarvan voor het vraagstuk van ‘houdbare solidariteit’? Daartoe onderzoeken we ook

terreinen die op het eerste gezicht niet meteen iets van doen lijken te hebben met het vraagstuk van solidariteit, zoals de voorlichtingscampagne voor gezonde voeding of de ontwikkeling van een ander financieringsregime voor de zorg. Ons onderzoek richt zich op het beleidsterrein van gezondheidszorg en volksgezondheid. Daarbij is de overheid veelal niet zelf de uitvoerder van beleid, maar probeert zij politieke afwegingen te doen neerslaan in allerlei sturingsinstrumenten, zoals wetgeving, campagnes en financieringswijzen.

## Financiering op maat – calculerende klanten<sup>2</sup>

De overheid ontwerpt in de zorg een financieringsstelsel dat beoogt de gebruiker meer macht te geven over de besteding van de middelen – aanbodsturing moet plaatsmaken voor vraagsturing. De zorgvrager zou mede onder invloed van de gestegen welvaart steeds meer zijn of haar voorkeuren gehonoreerd willen zien. ‘De burger/patiënt ontwikkelt zich tot een kritische consument en heeft meer uitgesproken wensen ten aanzien van aard en kwaliteit van de geboden zorg’ (Ministerie VWS 2001, 22). De afgelopen jaren zijn er daarom marktinstrumenten ontworpen die een meer vraaggeoriënteerde zorg mogelijk zouden maken, zoals individuele financieringsvormen, indicaties op maat en persoonsgebonden budgetten (PGB’s). In 2009 wil de overheid zorgzwaartepakketten (ZZP’s) invoeren, die onder meer beogen dat de cliënt meer zicht krijgt op wat er met het geld gebeurt; de cliënt kan als het ware zijn of haar eigen zorg inkopen. Door meer expliciet de individuele zorgbehoefte te omschrijven met behulp van de diverse functies (wonen, behandeling, huishoudelijke hulp etc.) weet de cliënt beter waar hij op mag rekenen en krijgt hij meer inzicht in wat de instelling bereid is te bieden. Daarnaast probeert de overheid de markt transparant te maken, zodat de klant beter kan kiezen tussen verschillende verzekeraars of aanbieders. Om die reden financiert de overheid bijvoorbeeld de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Deze website beoogt burgers, lees consumenten, te helpen bij het kiezen van een zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De website biedt bijvoorbeeld informatie over allerlei faciliteiten van instellingen in de ouderenzorg, zoals keuze maaltijd, keuze tijdstip warme maaltijd, groenvoorzieningen,

balkon, aanwezige professionele zorgdiensten, aanwezige dagactiviteiten enzovoort. Door dit alles zou de cliënt veranderen van een afhankelijke gebruiker in een kiezende klant.

Om de zorggebruiker te stimuleren om zich als klant te gaan gedragen introduceert de overheid financiële prikkels. Financiële afwegingen gaan steeds meer een rol spelen op cliëntniveau – het microniveau van de zorggebruiker. Transparantie op individueel niveau kan het kostenbewustzijn van de zorginstelling verhogen. De cliënt krijgt meer zicht op en daarmee mogelijk ook meer zeggenschap over wat er met het geld gebeurt. De instelling en de manager, maar op den duur ook de professional en cliënt, weten of hetgeen de cliënt geboden wordt past binnen het individuele budget. Financiering op maat creëert daarmee een nieuw raster van zichtbaarheid tot op het niveau van het dagelijks handelen van de professional of zorgverlener. Het nieuwe systeem van financiering op maat heeft consequenties voor solidariteit binnen de instelling. Schuiven met budgetten binnen of tussen afdelingen zien instellingen als een vorm van ‘interne’ solidariteit, want solidariteit bevindt zich dan niet alleen op het macroniveau van het zorgstelsel, maar ook binnen zorginstellingen. De kosten van klanten die meer zorg nodig hebben dan geïndiceerd (zogenaamde verliesgevende klanten) werden tot nu toe gecompenseerd met besparingen bij klanten die minder zorg nodig hebben dan geïndiceerd (winstgevende klanten). Schuiven met budgetten wordt in het nieuwe financiële systeem lastiger. Het budget dient steeds meer op cliëntniveau bewaakt te worden en het is minder vanzelfsprekend om intern met budgetten te schuiven.

In het nieuwe systeem leren cliënten hun eigenbelang te behartigen. Door het systeem van financiering op maat en de verbeterde transparantie over de kwaliteit van aanbieders worden gebruikers alert gemaakt om niet bij voorbaat het aanbod van bijvoorbeeld de dichtstbijzijnde zorgaanbieder te accepteren. In een marktsysteem is het vanzelfsprekend een vergelijking te maken tussen meerdere aanbieders alvorens een keuze te maken en in gesprek te gaan, of beter, te onderhandelen met de zorgaanbieder over wat de zorgaanbieder kan bieden voor het gegeven zorgzwaartepakket. In termen van de schaakmetaforen van Le Grand (2003) worden cliënten geacht te veranderen van passieve pionnen in actieve koninginnen.

De nieuwe financieringsstructuur kan ook door de zorgaanbieder worden ingezet als instrument om de vraag van de klant in toom te houden. De indicatie en het toegewezen budget bepalen meer dan voorheen wat er wel en niet kan. De aanbieder kan dan gemakkelijker nee zeggen. Door bijvoorbeeld een nieuwe cliënt te weigeren die onvoldoende budget meebrengt om zijn of haar vraag te vervullen – de zorgaanbieder heeft in tegenstelling tot de zorgverzekeraar geen zorgplicht bij niet-acute gevallen. Maar ook voor de huidige cliënten lijkt het lastiger te worden om zorg te bieden als daar (nog) geen financiering voor is. Het gaat bijvoorbeeld om nieuwe initiatieven of een nieuwe behandeling. Een afdeling wil graag iets doen. Dat kan niet altijd meer als niet eerst het geld geregeld is. Een manager geeft aan scherper dan voorheen op de inkomsten te letten. Hij wil eerst de verzekering dat er geld is voor een behandeling (via bijvoorbeeld een indicatie voor logopedie of fysiotherapie) voordat hij aan de slag gaat met een cliënt. ‘Ik heb hier een soort mantra: ik doe pas iets als er geld voor is. Kan mij niet schelen op welke manier’ (Manager ouderenzorg).

De instrumenten die zorg op maat beogen te stimuleren, helpen tevens om wat wel en niet tot de zorg behoort scherper af te bakenen. Zorg wordt tevens op maat van de indicatie, het budget en de personele bezetting gemaakt. Zij wordt daarmee ook beter dan voorheen afgestemd op de mogelijkheden van de zorgaanbieder. Ook wordt het intern schuiven met budgetten volgens veel respondenten steeds lastiger en minder vanzelfsprekend. Klanten accepteren dat steeds minder door het idee dat het hun geld is:

‘Die mogelijkheid (intern schuiven) die eerst heel veel gebruikt werd dat wordt steeds minder. Ik wil niet zeggen nihil, dat weten we nog niet. Maar het wordt minder omdat het veel transparanter wordt wat individuen meebrengen. En klanten zullen veel meer zeggen, en terecht, van mijn kind brengt zoveel mee en ik wil dat dat ook geleverd wordt’ (Districtshoofd gehandicaptenzorg).

Volgens een controller kan de instelling dat niet tegenhouden, omdat het steeds zichtbaarder wordt voor een individuele klant. Cliënten worden met behulp van individuele budgetten steeds waakzamer; gaat ‘mijn’ geld

niet naar de buurman?<sup>3</sup> De medebewoner wordt nu anders gepercipieerd – een concurrent in de strijd om geld en aandacht. De financiële instrumenten van de overheid maken de cliënt actief om het eigenbelang meer te behartigen.

Weliswaar is de indicatie gebaseerd op de behoefte van de cliënt, maar na vaststelling kan deze een ander karakter krijgen. Wanneer de klant zijn vraag formuleert bij de instelling lijkt er een transformatie plaats te vinden van behoefte naar 'vraag'. Met de komst van marktwerking in de zorg krijgen verdelende rechtvaardigheid en gelijkheid binnen een zorginstelling een tweede betekenis: naast gelijkheid van behoefte wordt gelijkheid van de vraag een belangrijke overweging. Elke vraag, die gebaseerd is op een bepaalde indicatie, budget of eigen bijdrage, wordt dan door de zorginstelling even serieus genomen. Het voordeel van nauwgezet omschreven rechten is dat het weerstand biedt tegen de hardst roepende – de verdeling wordt daardoor rechtvaardiger. Daarmee krijgen ook de minder mondige cliënten een goede of even grote kans van 'zorg op maat'. De keerzijde hiervan is dat de nieuwe vorm van verdelende rechtvaardigheid voor bepaalde cliënten ongunstig uitpakt – vooral als de indicatie niet goed op de behoefte is afgestemd.<sup>4</sup> Vraagsturing dreigt een knellend maatpak te worden indien de indicatie te strikt als uitgangspunt van de zorg wordt beschouwd. Financiering op maat garandeert nog geen zorg op maat.

Door de ontwikkeling van individuele financieringsinstrumenten ontstaat er een andere relatie tussen cliënt en zorgaanbieder. Deze krijgt het karakter van een markrelatie. De klant mag weliswaar koning heten, maar er zijn grenzen aan de inspanningen van de aanbieder. Aanbieders gaan de zorg die zij leveren sterker afbakenen – zij maken expliciet wat er wel en niet bij hoort. Niet langer is de actuele zorgvraag doorslaggevend (zijn de problemen opgelost, is in de zorgbehoefte voorzien), maar de afspraak. Voorop staat wat afgesproken is in het zorgcontract. Zorg wordt een afgebakend product (Mol 2006, 30). Daarmee is de zorgaanbieder niet langer verantwoordelijk meer zorg aan te bieden om langs die weg de solidariteit binnen de samenleving te bewaken of te bevorderen.

## Pluspakketten – zorg als basisbehoefte en zorg als luxe

De overheid wil ruimte bieden aan ondernemerschap. Het vergroten van de keuzemogelijkheden van de cliënt, de kern van de idee van vraagsturing, was een zeer belangrijke motivering voor de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg. Concurrerende zorgondernemingen zouden geprikkeld worden om hun aanbod beter op de vraag van de cliënt af te stemmen. Wanneer zorgaanbieders extra 'zorg' of service tegen betaling mogen aanbieden, kan de dienstverlening nog beter op het individu toegesneden worden. In met name de ouderenzorg wordt veelvuldig gesproken over het ontwikkelen van zogenaamde 'pluspakketten', de extra's boven op het reguliere pakket, zoals een groter appartement, luxemaaltijden, een logeermogelijkheid voor familie of begeleiding bij een wandeling. Zorg-op-maat (mogelijk gemaakt door individuele financieringsvormen en pluspakketten) beoogt afscheid te nemen van een vorm van publieke dienstverlening gebaseerd op centraal aangeboden standaardproducten en diensten bewaakt via een top-down hiërarchische controlestructuur. De luxezorg wordt aangeboden alsof het gaat om een normale markt waar je tegen betaling (uit eigen middelen) iets kunt kopen. Er is meer mogelijk, als je tenminste financieel draagkrachtig genoeg bent om deze zorg te betalen.

Marktwerking rond de AWBZ-zorg betekent in de praktijk dus ook dat ondernemende instellingen extra producten en diensten aanbieden buiten het reguliere pakket aan betalende klanten. Zolang er voldoende personeel en andere capaciteit voorhanden is, hoeft, in theorie, marktwerking geen bedreiging te vormen voor de aangeboden standaardzorg – de luxezorg behoort immers tot een ander compartiment.<sup>5</sup> In de praktijk blijkt niet zo vanzelfsprekend dat het aanbieden van pluspakketten geen gevolgen heeft voor de standaardzorg.

Instellingen die pluspakketten gaan introduceren, moeten duidelijk aangeven wat wel en niet tot de standaardzorg behoort. Wie cliënten de mogelijkheid biedt om diensten bij te kopen kan niet tegelijkertijd deze diensten ook aanbieden via de reguliere zorg. Het stellen van duidelijke grenzen heeft echter effect op de bestaande dienstverlening, omdat in de praktijk grenzen tot nu toe meer vloeibaar waren. Het wettelijk toelaten

van ondernemerschap op het gebied van extra service veronderstelt dat er consensus is over de basis, maar het aanbieden van pluspakketten roept opnieuw de vraag op wat de basis is. Waar ligt de grens tussen noodzakelijke zorg en luxezorg?

Het toestaan van pluspakketten kan leiden tot een neerwaartse druk op de omvang en kwaliteit van collectieve verzorgingsarrangementen. Indien een activiteit of dienst meer buiten het reguliere zorgpakket wordt geplaatst, verandert het van karakter: van zorg naar welzijn, of nog sterker, van zorg naar 'luxe'. Zorgverleners doen al veel langer dingen die niet tot de formele taak van de instellingen behoren om bewoners iets extra's te bieden. Zij hanteren daarin geen harde grenzen. Zij proberen, zover de werkdruk het toelaat, af en toe een wandeling te maken met een cliënt, ook al staat dat formeel niet in de indicatie of het zorgplan. Ze zien dat sommige bewoners krap bij kas zitten en doen al allerlei dingen die buiten het standaardaanbod van de instelling vallen. Medewerkers signaleren behoeften van bewoners en proberen daarop in te spelen. Desnoods door in hun vrije tijd iets van de winkel of markt voor de bewoner mee te nemen. Een manager in de ouderenzorg zegt hierover: 'Als je het formeel beschouwt, is dat niet onze taak om voor sigaretten of kleding te zorgen. Blijkbaar ziet de individuele medewerker dat ook en die raakt dat ook' (Locatiemanager ouderenzorg).

De betrokkenheid van zorgverleners gaat soms zelfs verder dan wat ze al doen in de normale werktijden. Maar een instelling die pluspakketten wil gaan aanbieden zal wel een evenwicht moeten vinden tussen wat nodig en wat extra is. Diensten die aanvankelijk nog met kunst- en vliegwerk werden aangeboden – ook al behoorden ze misschien formeel niet tot de normale zorg – worden nu als 'luxe' in het pluspakket weggezet (begeleiding voor een wandeling). Niet iedereen kan dan meer van deze diensten gebruikmaken, tenzij bewoners in staat zijn en/of bereid zijn tot bijbetalen. De aangeboden extra's zijn dan niet zozeer een plus boven op het standaardpakket, maar zorgen ook voor een neerwaartse druk op de standaardzorg.

Het classificeren van ondersteunende activiteiten, zoals hulp bij administratie, boodschappen doen of uitjes, als luxe, heeft gevolgen voor de

mogelijkheden van maatschappelijke participatie. Nadat in de jaren negentig vooral is ingezet op vermaatschappelijking van de zorg (het ondersteunen en stimuleren van mensen met een beperking in hen deelname aan de samenleving) wordt het thans weer als een luxe beschouwd. Voor ouderen die het kunnen betalen is dat winst – voor hun is er meer mogelijk. Voor anderen betekent dat zeer waarschijnlijk een vermindering van hun basiszorg.<sup>6</sup> Deze neerwaartse druk roept de vraag op of een duaal systeem in de zorg mogelijk is. Beleidsmakers lijken te veronderstellen dat het mogelijk is om aanvullende diensten (luxezorg; extra zorg tegen bijbetaling) aan te bieden die niet ten koste hoeven te gaan van de reguliere zorg – vandaar ook de naam pluspakketten: iets extra's boven op de basiszorg.

Maak je niet dik – gezondheid als keuze

De overheid wil burgers stimuleren tot gezond gedrag. Daarbij maakt het nogal uit of we overgewicht zien als een ziekte dan wel als een zelfgekozen levensstijl. Is het gevolg van sociale omstandigheden, van genetische factoren of een indicator van wie we 'willen' zijn? In 2005 constateerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005), zoals gezegd, dat een flink deel van de ziektelast wordt veroorzaakt door eigen gedrag. Overgewicht, roken of te weinig bewegen zijn een teken van onverantwoord gedrag. De overheid tracht daarom via allerlei campagnes gezond leven tot een maatschappelijke norm te verheffen. In voorlichtingscampagnes wordt vaak nadrukkelijk een link gelegd tussen leefstijl en gezondheid: veel (welvaarts)ziekten zijn het gevolg van ongezond gedrag. De commerciële website van Beceel zegt daarover:

'Er zijn veel factoren die van invloed zijn op de levensduur van je hart en bloedvaten. De hoogte van je cholesterol, bloeddruk, je gewicht en leeftijd. Maar ook stress bijvoorbeeld. En diabetes. Om ervoor te zorgen dat je lichaam zo goed mogelijk in conditie blijft is een gezonde leefstijl erg belangrijk. [...] Er zijn risicofactoren waar je niets aan kunt doen, zoals je leeftijd of erfelijke aanleg. Maar veel kun je wél zelf veranderen!

Gelukkig maar, want hoe minder risicofactoren je hebt, hoe kleiner de kans op hart- en vaatziekten' (<http://www.becel.nl/artikelen>).

Een ander voorbeeld daarvan is de campagne *Maak je niet dik* van het door de overheid gesubsidieerde Voedingscentrum, waar het beeld ontstaat dat je zelf bepaalt of je wel of niet dik bent. Overgewicht is een keuze. Ziek zijn wordt in specifieke gevallen je eigen schuld; je had ook anders kunnen leven. De boodschap is dat mensen zelf invloed uit kunnen oefenen op hun ziekte en gezondheid. Gezondheid wordt dan (ten dele) een keuze. Ziek zijn wordt daarmee net als vroeger weer een straf en is niet langer een speling van het lot. Daar waar in de twintigste eeuw de medische stand er alles aan heeft gedaan om het ziek zijn te ontdoen van schuldgevoel (een straf van God), zijn we thans bezig om het ziek zijn weer normatief aan te kleden. In de gezondheidszorg ontstaan nieuwe morele scheidslijnen tussen ziek en gezond.

Natuurlijk kunnen we de empirische vraag stellen in hoeverre individuele burgers daadwerkelijk invloed hebben op hun ziek zijn. In de *VTV* (Hollander e.a. 2006) wordt bijvoorbeeld gewaarschuwd voor het overschatten van de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Overgewicht bijvoorbeeld mag dan wel een uitkomst zijn van het gedrag van mensen – mate van bewegen en consumptie van voeding – dit gedrag kan op zijn beurt weer het gevolg zijn van allerlei omgevingsfactoren, zoals opvoeding, de prijs van gezonde voeding, de 'snackvriendelijke' omgeving, de buurt, de mogelijkheden tot bewegen etc. Op basis van de gezondheidsdeterminanten geslacht en sociaaleconomische status gaf De Vries (2005, 16) het ironische gezondheidsadvies: 'Wie een lang en relatief vrij leven wenst, doet er verstandig aan geboren te worden als dochter van rijke ouders'. Daarmee relativeerde hij de waarde van allerlei gezondheidsadviezen die suggereren dat individuele burgers invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid. Deze relativering neemt echter niet weg dat we thans meer inzicht hebben in de invloed van ons gedrag op onze gezondheid. Het idee van noodlot of de 'sluier van onwetendheid' lijkt niet langer houdbaar. We weten veel meer over de impact van gedrag, ook al is er nog veel onzekerheid over het ontstaan van dat gedrag. De vraag is wat te doen met de kennis over de relatie tussen gedrag en ziekte?

Het signalement van de Raad voor de Volksgezondheid en *Zorg Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* schetst het beeld van een afnemende solidariteit tussen gezonden en zieken, indien mensen zich steeds meer realiseren dat veel (welvaarts)ziekten vermijdbaar waren geweest. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het voorstel van de ex-voorzitter van de RVZ, Floris Sanders, om mensen die chips blijven eten en te weinig bewegen meer premie te laten betalen (*NRC*, 24 januari 2006). Ouderen van de toekomst zouden hun ziekten 'in hoge mate aan zichzelf te wijten hebben. Ze hebben vaker suikerziekte of hart- en vaatproblemen door hun ongezonde levensstijl'. Sanders vindt daarom dat rokers en corpulente lekkerbekken bijvoorbeeld een hogere premie voor hun ziektekostenverzekering moeten betalen. Of een hogere bijdrage voor de behandeling van hun ziekte. Wanneer ziekte het gevolg is van bewust ongezond gedrag waarom zouden we dan nog solidair zijn met de zieke? In zijn voorstel zijn we in de zorg vooral solidair met mensen die buiten hun schuld in moeilijkheden zijn gekomen. Dit impliceert dat we niet langer mensen die 'pech' hebben benaderen zonder ons af te vragen of de betrokkenen wellicht ook schuld hadden aan wat hun overkwam. De toenmalige minister, Hoogervorst, nam deze boodschap over en introduceerde mede daarom de no-claimregeling.<sup>7</sup>

'Inmiddels, zo wordt gesteld in het signalement van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, maken steeds meer onderzoeken duidelijk dat er aanzienlijke kosten voor het collectief zijn verbonden aan ongezond gedrag. De bereidheid van gezonden om mee te betalen aan de zorg voor minder gezonden komt onder druk te staan als mensen zich niet houden aan elementaire vormen van gezond gedrag' (Hoogervorst 2005).

## Solidariteit maken

In analyses over de houdbaarheid van de verzorgingsstaat zijn al diverse problemen gediagnosticeerd. Samenvattend komen uit de analyses twee bedreigingen voor solidariteit naar voren. Een eerste bedreiging is het verminderende besef van collectiviteiten en sociale cohesie. De verzorgingsstaat lijkt daarbij ten onder te gaan aan eigen succes. Burgers doen te

snel een beroep op de verzorgingsstaat of de verzorgingsarrangementen vergroten de autonomie van burgers, waardoor burgers uiteindelijk diezelfde arrangementen ontgroeien. Ze zijn niet meer nodig en ze worden als betuttelend en onnodig dwingend ervaren (Van der Veen 2005). Een tweede bedreiging is gebaseerd op het idee dat de causaliteitsrelatie tussen solidariteit en verzorgingsstaat andersom loopt. Solidariteit is ook een product van de verzorgingsstaat: de baten bepalen mede het draagvlak. Dit is de argumentatie van De Swaan en, in een modernere variant, de redenering van Bos. Het draagvlak wordt ondermijnd indien steeds meer burgers de verzorgingsstaat niet langer nodig hebben om het eigenbelang na te streven. Volgens de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO 2006) leiden de grondbeginselen van de democratische rechtsstaat, namelijk rechtsgelijkheid en bureaucratie, tot een uniforme dienstverlening, die niet zo goed meer past bij de eisen van moderne, mondige burgers. Indien burgers ontevreden zijn met de kwaliteit van publieke dienstverlening verdwijnt de ratio voor een systeem van solidariteit. De raad bepleit daarom om binnen een kader van gelijkwaardigheid meer ruimte te geven voor individuele en groepsverschillen. Beleidsontwikkelingen als vraagsturing, marktwerking en activering van de eigen verantwoordelijkheid komen mede voort uit de wens om aan de diversiteit en de hoge verwachtingen van burgers tegemoet te komen.

In dit artikel hebben wij vooral stilgestaan bij een derde bedreiging voor het draagvlak voor solidariteit: de technische organisatie van de verzorgingsstaat. De bereidheid van burgers tot solidariteit is, zoals de voorbeelden laten zien, niet alleen een sociaal-cultureel verschijnsel maar evenzeer uitkomst van overheidsbeleid. Naast een altruïstische en egoïstische pijler is er ook een passende instrumenteel-technische beleidsinfrastructuur nodig die solidariteit ondersteunt en mogelijk maakt. De laatste jaren worden er tal van instrumenten ontwikkeld die gebaseerd zijn op een idee van eigen verantwoordelijkheid of die tegemoet willen komen aan geïndividualiseerde burgers. Via instrumenten als marktconforme financiering en voorlichtingscampagnes wordt burgers de ruimte geboden om meer zelf keuzes te maken. Dat er een spanningsvolle relatie bestaat tussen eigen verantwoordelijkheid en solidariteit is evident, maar minder

duidelijk is wat precies de impact van overheidsbeleid op het gebied van eigen verantwoordelijkheid is op de bereidheid tot solidariteit.

Bij het activeren van burgers wordt door de overheid op tweeërlei wijze ethiek ingebracht. Ten eerste via de min of meer expliciete normatieve overwegingen bij het invoeren van bepaalde beleidsinstrumenten. Het beleid op het gebied van eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid wordt gearticuleerd in allerlei liberale en individualistische waarden en normen. Deze normatieve overwegingen kunnen weliswaar strijden met bepaalde opvattingen van solidariteit, maar vanuit een democratisch of rechtsstatelijk standpunt is dat geen probleem. De markt is bijvoorbeeld een omgeving waarin het nastreven van eigenbelang een geaccepteerde norm is. Het vergroten van de concurrentie en keuzevrijheid op de markt van zorgverzekeringen bijvoorbeeld appelleert aan politieke idealen van autonomie en zelf keuzes maken.

Ten tweede wordt ethiek ingebracht via normativiteiten die ingebed zijn in bepaalde rationaliteiten van ons handelen; in technologieën en instrumenten van overheidsbeleid. Een persoonsgebonden budget (PGB) bijvoorbeeld stelt nieuwe eisen aan zorggebruikers: zij moeten hun gebruik verantwoorden en zelf het budget bewaken. Het normatieve karakter van beleidsinstrumenten is niet zonder meer zichtbaar in de ontwerpfase, omdat zij onvoorziene effecten sorteren. Bij de introductie van PGB's werd bijvoorbeeld niet gesproken over de administratieve last van budgethouders. Berg en Mol (2001, 11) stellen daarom dat 'technieken altijd meer doen dan er op de verpakking staat'. In dit artikel hebben we geprobeerd de verborgen normativiteit van overheidsbeleid meer zichtbaar te maken via een onderzoek naar hoe diverse instrumenten de eigen verantwoordelijkheid van burgers construeren en wat voor effecten dit kan hebben op het denken over solidariteit. Onder de noemer van het inspelen op de behoeften, wensen en opvattingen van hedendaagse burgers vindt er onbedoelde subjectvorming plaats. Deze subjectvorming kleurt de wijze waarop burgers hun omgeving en zichzelf ervaren, hetgeen weer consequenties heeft voor hoe burgers tegen solidariteit aankijken.



Financiële technologieën sturen het gedrag van mensen en bepalen mede hun verhouding ten opzichte van de omgeving. Pluspakketten en financiering op maat zijn bedoeld als instrumenten om aan toegenomen diversiteit en individualisme tegemoet te komen; zij zijn echter ook bronnen van individualisme, zowel in positieve als negatieve zin. Deze instrumenten helpen niet alleen burgers hun eigen keuzes te realiseren en verantwoordelijkheid te dragen, ze stimuleren cliënten ook tot meer berekenend gedrag. De cliënt wordt getransformeerd van een afhankelijke gebruiker van publieke diensten in een klant die zijn of haar belang probeert te behartigen. Door het bieden van private ontsnappingsmogelijkheden zijn burgers niet langer afhankelijk van wat er via de collectieve arrangementen wordt aangeboden. Zij kunnen gemakkelijker, mede vanwege teleurstellingen met de kwaliteit, op zoek gaan naar individuele oplossingen. Op vergelijkbare wijze hebben voorlichtingscampagnes voor een gezonde leefstijl een effect op de solidariteit tussen burgers. Deze campagnes helpen niet alleen burgers om voor zichzelf ‘verstandige’ keuzes te maken, maar zij beïnvloeden ook hoe we de ander percipiëren.

Solidariteit is kortom niet alleen gebaseerd op een gemeenschappelijk gevoel (Schuyt 1991; Van Luijk 1994) of een beredeneerde vorm van eigenbelang (De Swaan 1989). Evenmin is solidariteit een kwestie van willen, van bewuste politieke actie – verdedigd door onze volksvertegenwoordigers in Den Haag. Solidariteit wordt mede gevormd door de concrete organisatie van verzorgingsarrangementen. Solidariteit is evenzeer een idee als een geconstrueerde werkelijkheid die tot stand komt in bepaalde configuraties van kennis, technologieën, boekhoudsystemen, mensen, organisaties. De overheid dient te erkennen dat bereidheid tot solidariteit mede een uitkomst is van een specifieke maatschappelijke ordening. Indien de overheid burgers voorlicht dat gezondheid een keuze is, zal de schuldvraag rond ziekte steeds belangrijker worden, wat kan leiden tot een verminderende solidariteit met specifieke groepen zieken, zoals dragers van welvaartsziekten. Indien de overheid allerlei (quasi)-markten voor publieke diensten ontwikkelt, heeft dat gevolgen voor de wijze waarop burgers het eigenbelang en het algemeen belang percipiëren. Met individuele financiële instrumenten kunnen er zorgconsumenten ontstaan die steeds sterker gaan redeneren vanuit het eigenbelang, hetgeen weer gevolgen heeft voor welke vormen van solidariteit burgers in

stand willen houden. Alleen een moreel appel tegen individualisering is niet voldoende – dat heeft ook geen zin indien de structuren er niet bij passen, indien het overheidsbeleid burgers de andere kant opstuurt. Naar onze mening zou de overheid zich meer rekenschap mogen geven van de effecten van haar beleid op de wijze waarop burgers solidariteit percipiëren.

Kor Grit is econoom en filosoof. Hij is als universitair docent verbonden aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de ErasmusMC / Erasmus Universiteit Rotterdam.

E-mail: [k.grit@erasmusmc.nl](mailto:k.grit@erasmusmc.nl).

Antoinette de Bont is als universitair hoofddocent verbonden aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de ErasmusMC / Erasmus Universiteit Rotterdam.

E-mail: [a.debont@erasmusmc.nl](mailto:a.debont@erasmusmc.nl).

## Literatuur

Beer, P. de (2004) *Solidariteit en verzorgingsstaat. Opzet van een project van De Burcht*. Te raadplegen op: [www.pauldebeer.nl](http://www.pauldebeer.nl).

Berg, M. en A. Mol (2001) *Ingebouwde normen. Medische technieken doorgelicht*. Utrecht: Van der Wees uitgeverij.

Bos, W. (2005) *Over solidariteit*. Te raadplegen op: [www.waterlandstichting.nl](http://www.waterlandstichting.nl)

CPB (2005) *Naar een toekomstbestendig stelsel voor arbeid en sociale zekerheid*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Foucault, M. (1989) *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*. Groningen: Historische Uitgeverij.

Giddens, A. (1998) *The third way. The renewal of social democracy*. Cambridge: Polity Press.

Goffman, E. (1974) *Frame analysis. An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.

Grit, K. (2000) *Economiseren als probleem. Een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*. Assen: Van Gorcum.

Grit, K. en A. de Bont (2007) *Zorgaanbieders en de ethische aspecten van marktwerking. De praktijkopgave van het creëren van een passende zorgmarkt*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Hart, J. de (red.) (2002) *Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Hill, P. (1996) 'Health care. A social contract in transition'. In: *Social Science and Medicine*, 43 (5), pp. 783-789.

Hollander, A.E.M. e.a. (2006) *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM.

Hoogervorst, H. (2006) Toespraak van de minister van VWS bij de presentatie van de RIVM-Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 28 juni 2006 in Den Haag. Den Haag: Ministerie VWS.

Le Grand, J. (2003) *Motivation, agency, and public policy. Of knights and knaves, pawns and queens*. Oxford: Oxford University Press.

Luijk, H. van (1994) 'De solidaire burger'. In: D. Pels en G. de Vries (red.) *Burgers en vreemdelingen. Opstellen over filosofie en politiek*. Amsterdam: Van Gennep.

Ministerie VWS (2001) *Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: Tweede Kamer, 27855, nr. 2.

Mol, A. (2006) *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.

Oers, J.A.M. van (red.) (2002) *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Bilthoven: RIVM.

Rose, N. (1999) *Powers of freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

RMO (2006) *Verskil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

RVZ (2005) *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Schuyt, C.J.M. (1991) *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden: Stenfert Kroese.

Swaan, A. de (1989) *Zorg en staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

Tromp, B. (1985) 'Solidariteit als politieke pasmunt'. In: T. Weggemans (red.) *Solidariteit. Over wat mensen verbindt*. Utrecht: Uitgeverij Het Spectrum.

Veen, R. van der (2005) *Nieuwe vormen van solidariteit. Sociaal-democratische beginselen en de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Wiardi Beckman Stichting.

Vries, G. de (2005) 'Politiek, expertise en individuele verantwoordelijkheid in een risicosamenleving'. In: H. Boutellier e.a. *Leven in de risicosamenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

© De Creative Commons Licentie is van toepassing op dit artikel (Naamsvermelding-Niet-commercieel 3.0). Zie <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/nl> voor meer informatie.

<sup>1</sup> Wij bedanken de deelnemers van het expertseminar Solidariteit tussen Gezonden en Zieken georganiseerd door het Nederlands Gesprek Centrum (20 april 2007), de collega's van de sectie Governance van het iBMG en de redactie van *Krisis* voor hun stimulerende en zinvolle commentaar.

<sup>2</sup> Deze en de volgende paragraaf zijn gebaseerd op ons onderzoek naar ethische aspecten van marktwerking in de zorg voor de Open Ankh (Grit & De Bont 2007). Het onderzoek is uitgevoerd binnen de zorginstellingen die aangesloten zijn bij het netwerk van de Open Ankh (geestelijke gezondheidszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg en ouderenzorg). Wij hebben in 2005 en 2006 ruim 25 interviews gehouden met bestuurders, managers, professionals en cliëntvertegenwoordigers en daarnaast twee focusgroepen georganiseerd.

<sup>3</sup> Eind 2005 raakte de zorginstelling Philadelphia in opspraak, nadat ouders van licht verstandelijk gehandicapte kinderen zeiden dat hun kinderen veel minder zorg kregen dan waar ze voor betaalden. D66-Kamerlid Lambrechts sprak zelfs van diefstal. ([www.netwerk.tv](http://www.netwerk.tv))

<sup>4</sup> Cliënten kunnen natuurlijk een herindicatie aanvragen, maar het is niet vanzelfsprekend dat een verzoek om uitbreiding wordt gehonoreerd. Gezien het belang van een goede indicatie proberen zorginstellingen steeds meer cliënten voor te bereiden op het doen van een aanvraag. Volgens Zorgverzekeraars Nederland zouden thuiszorginstellingen, mede onder druk van de concurrentie, cliënten al verleiden om naast eenvoudige huishoudelijke hulp ook extra begeleiding (de dure zorg) aan te vragen. Daarmee vervult de instelling een zeer actieve rol bij het aanvragen van indicaties.

<sup>5</sup> Even aannemende dat de instelling de financieringsstromen goed weet te scheiden, zodat er geen AWBZ-middelen worden ingezet om de luxere vormen van zorg mede te financieren.

<sup>6</sup> Tenzij zorgaanbieders een soort van Robin Hood-principe hanteren: iets stelen van de rijken om de armen te helpen. Wanneer zij een prijs voor pluspakketten hanteren die duidelijk boven de kostprijs ligt, kunnen zij de winst gebruiken om diensten te ontwikkelen die alle bewoners ten goede komen.

<sup>7</sup> Het huidige kabinet lijkt weer meer te erkennen dat het maken van een gezonde keuze niet altijd makkelijk is.