

De eigen bijdrage in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg

Een gevalstudie in het kader van een onderzoek naar de mogelijkheden van een legislatieve ethiek

Jan Piebe Tjepkema

**Masterscriptie Applied Ethics
Universiteit van Utrecht, Faculteit Geesteswetenschappen
Begeleidende docent: dr. Jan Vorstenbosch
Augustus 2012**

Inhoudsopgave

Voorwoord	vii
Hoofdstuk 1	
Inleiding tot een legislatieve ethiek.....	1
1.1 Zorg om de ethische kwaliteit van wet- en regelgeving.....	1
1.1.1 <i>Moraal en wet in de pluriforme samenleving.....</i>	1
1.1.2 <i>Risico's voor de ethische kwaliteit van wetgeving in de parlementaire democratie.....</i>	2
1.1.3 <i>Onderzoeksvraag en uitwerking.....</i>	3
1.2 Criteria ten dienste van een legislatieve ethiek	4
1.2.1 <i>Legislatieve ethiek als een vorm van toegepaste ethiek.....</i>	4
1.2.2 <i>Aanwijzingen vanuit de literatuur.....</i>	5
1.2.3 <i>Een legislatieve ethiek op basis van het sociale contract.....</i>	6
1.2.4 <i>Drie (tentatieve) criteria voor ethische toetsing van wet- en regelgeving</i>	8
1.3 De toepassing van de legislatieve ethiek: een gevalstudie.....	9
1.3.1 <i>De eigen bijdrage in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.....</i>	9
1.3.2 <i>Ethische toetsing van wet- en regelgeving in praktische zin</i>	9
1.3.3 <i>Toegankelijkheid van het proces van wet- en regelgeving in de Nederlandse situatie</i>	11
1.4 Opzet van de scriptie	11
Hoofdstuk 2	
Achtergronden bij de eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ.....	13
2.1 Overzicht	13
2.2 De Zorgverzekeringswet (Zvw)	13
2.2.1 <i>Uitgangspunten</i>	13
2.2.2 <i>Het basispakket: samenstelling en premies.....</i>	14
2.3 De maatregel als wijziging van het Besluit zorgverzekering	15
2.3.1 <i>Procedurele aspecten.....</i>	15
2.3.2 <i>Inhoud van de wijziging.....</i>	15
2.4 Onderliggende rapporten.....	16
2.4.1 <i>Het CVZ pakketadvies</i>	16
2.4.2 <i>Het Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ (IBO-GGZ).....</i>	17

2.5 Eigen betalingen in de zorg	19
2.5.1 <i>De effecten van eigen betalingen</i>	19
2.5.2 <i>De verantwoordelijkheid van de overheid</i>	20
2.6 Politieke context	22
2.6.1 <i>De status van de beide ministers</i>	22
2.6.2 <i>Partijen in de Tweede Kamer en hun standpunten</i>	22
2.7 Het parlementaire proces rond de invoering van de maatregel in kort bestek	23

Hoofdstuk 3

Toetsing van de eigen bijdrage aan legislatief ethische criteria..... 24

3.1 Procedures	24
3.1.1 <i>Het eerste criterium</i>	24
3.1.2 <i>De inzet van de maatregel in het licht van het maatschappelijk contract</i>	24
3.1.3 <i>De van toepassing zijnde procedures</i>	25
3.1.4 <i>De toepassing van de procedures - begrotingsregels</i>	26
3.1.5 <i>De toepassing van de procedures - pakketwijzigingen</i>	27
3.1.6 <i>Wat doet het parlement?</i>	27
3.1.7 <i>Evaluatie</i>	28
3.2 Schade	29
3.2.1 <i>Het tweede criterium</i>	29
3.2.2 <i>Mogelijke schade door eigen bijdragen</i>	29
3.2.3 <i>Leidt de eigen bijdrage voor de GGZ2 tot buitenproportionele schade?</i>	30
3.2.4 <i>Wat doet het parlement?</i>	33
3.2.5 <i>Evaluatie</i>	34
3.3 Gelijke baten en lasten	35
3.3.1 <i>Het derde criterium</i>	35
3.3.2 <i>Ongelijke lasten</i>	36
3.3.3 <i>Ongelijke baten?</i>	36
3.3.4 <i>Is de onderbouwing voor de ongelijke verdeling van baten en lasten acceptabel?</i>	38
3.3.5 <i>Wat doet het parlement?</i>	41
3.3.6 <i>Evaluatie</i>	42
3.4 Afronding	43
3.4.1 <i>Conclusie van de toetsing</i>	43
3.4.2 <i>Alternatieven</i>	43

Hoofdstuk 4

De inhoudelijke ethische kwaliteit van het parlementaire proces rond de invoering van de eigen bijdrage..... 45

4.1 Actoren in het proces..... 45

4.1.1 De ministers 45

4.1.2 Het parlement 46

4.1.3 De Raad van State..... 48

4.2 Aanbevelingen 50

Hoofdstuk 5

Terugkoppeling naar de legislatieve ethiek..... 52

5.1 De mogelijkheden van de legislatieve ethiek 52

5.2 Evaluatie van de criteria 53

5.2.1 Procedures..... 53

5.2.2 Schade 53

5.2.3 Gelijke baten en lasten..... 54

Samenvatting..... 55

Bijlage

Het parlementaire proces rond de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ2 in 2010 en 2011 58

Samenstelling van het overzicht 58

Het algemeen overleg 58

De verschillende stappen in het parlementaire proces 59

2010: minister Klink (CDA)..... 59

2011: minister Schippers (VVD)..... 61

Bronnenoverzicht 64

Literatuur 64

Rapporten..... 65

Wetten, besluiten, adviezen Raad van State..... 66

Politieke documenten..... 67

Regeringsafspraken..... 67

Verkiezingsprogramma's..... 67

Geraadpleegde websites 67

Voorwoord

Deze scriptie vormt de afsluiting van mijn Masterstudie Applied Ethics aan de Faculteit der Wijsbegeerte van de Universiteit Utrecht. De scriptie heeft als onderwerp de ethische kwaliteit van wet- en regelgeving. Dit onderwerp vloeit voort uit de, wellicht naïeve, verbazing die mij van tijd tot tijd overvalt over uitgevaardigde wetten en maatregelen waarvan toch zonneklaar is dat fundamentele rechten van individuen of groepen ermee worden geschaad. Te denken valt aan handelsafspraken in internationaal verband, waarbij zonder heldere democratische controle rechten van eigen bevolkingsgroepen worden geschaad. Maar ook op nationale niveaus keuren soms legitieme parlementaire meerderheden wetten of regels goed waar ethische kanttekeningen bij gezet te kunnen worden. De opgeroepen verbazing noopt tot onderzoek naar de totstandkoming van dergelijk beleid: wie zijn er voor verantwoordelijk, welke overwegingen zijn in het proces van ontwikkeling van de wetgeving gemaakt, en vooral: waar gaat het mis en waar kan het beter. De voorliggende scriptie is een poging een dergelijk onderzoek uit te voeren naar een maatregel die sinds 1 januari 2012 in Nederland van kracht is, namelijk dat patiënten in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg een eigen bijdrage voor hun behandeling moeten betalen terwijl dat van patiënten in de somatische gezondheidszorg niet wordt gevraagd. Dit onderzoek noem ik een legislatief ethische toetsing.

Het onderzoek naar de rationale en de totstandkoming van de maatregel en de ethische kwaliteit ervan is tegelijk een poging om zicht te krijgen op de mogelijkheden van een dergelijke legislatieve ethiek. Een belangrijke vraag daarbij is hoe een dergelijke, toch normerende ethiek zich verhoudt tot de vrijheid van de parlementaire democratie om volgens het meerderheidsbeginsel te bepalen wat wenselijk is voor de samenleving. Ik heb daarom de legislatieve ethiek laten wortelen in het sociaal contract-denken, de opvatting van de maatschappij als een samenwerkingsverband tussen vrije en gelijkwaardige burgers. Een dergelijk 'contract' maakt het voor een samenleving mogelijk belangrijke aspiraties te realiseren maar dient ook beschermd te worden tegen de mogelijke feilen van gedelegeerd bestuur.

Na studies theologie en psychologie zal dit wel mijn laatste academische studie zijn aangezien de mogelijkheid om tegen een betaalbaar tarief een vervolgstudie te doen inmiddels niet meer bestaat. Dat vind ik jammer, want ik ervaar het kunnen stapelen van studies als een verrijking, ook in mijn arbeidzame leven als psycholoog in een psychiatrische kliniek voor vluchtelingen en asielzoekers. Voor mijzelf is overigens het kringetje met deze studie

wel rond, met dat ik me heb verdiept in ziel, geest en rede. Ook deze laatste studie heb ik met veel plezier gevolgd, met dank aan docenten en ook zeker aan medestudenten.

Mijn speciale dank gaat uit naar Jan Vorstenbosch die bereid was zich te verdiepen in mijn onderwerp, mij hielp om op het onderwerp en de uitwerking ervan te reflecteren en ideeën aanleverde om de scriptie te verbeteren.

Utrecht, augustus 2012

Hoofdstuk 1

Inleiding tot een legislatieve ethiek

1.1 Zorg om de ethische kwaliteit van wet- en regelgeving

1.1.1 Moraal en wet in de pluriforme samenleving

Dat wettelijk regelingen enerzijds en morele gevoelens of ethische opvattingen anderzijds niet altijd samenvallen, lijkt een gedeeld ervaringsfeit in de menselijke cultuurgeschiedenis. Niet alleen onder dictatoriaal of totalitair bewind maar ook in legitieme parlementaire democratieën komt het voor dat burgers bepaalde wetten of maatregelen ervaren als immoreel of onrechtvaardig. Het zal dan ook waarschijnlijk een minstens zo breed gedeelde wens zijn dat wet- en regelgeving in overeenstemming is met de moraal. In de westerse cultuurgeschiedenis is inderdaad een tendens aanwijsbaar om aan ethiek en moraal het primaat toe te kennen boven de wet.¹ Dit betekent niet zonder meer (hoewel de mogelijkheid bestaat) dat wordt gepropageerd niet de wetten van het land te volgen maar de voorschriften van de eigen particuliere moraal, maar wel dat de ethiek of moraal als leidend worden beschouwd in het formuleren van het goede en dat wet- en regelgeving dient te volgen. Deze positie vormt het uitgangspunt van de voorliggende scriptie.

Indien echter het voldoen aan morele en ethische uitgangspunten als opdracht aan wet- en regelgeving wordt geformuleerd dan leidt dit voor een wetgever in een pluriforme samenleving tot een moeilijke taak. Immers, in pluriforme samenlevingen bestaan veelal meerdere en op onderdelen tegenstrijdige moraliteiten² naast elkaar die elk hun eigen ideeën hebben over de juiste maatschappelijke ordeningen. Dit geldt vaak des te sterker naarmate een specifieke moraliteit meer is ingebed in ideologische (religieuze, marxisti-

¹ Capita selecta uit de westerse cultuurgeschiedenis die hierbij als voorbeeld kunnen gelden zijn: 1. De christelijk-filosofische traditie. Na een aanvankelijk voorzichtig opstelling – Paulus schrijft in zijn brief aan de eerste christelijke gemeente in Rome dat de overheid vanzelfsprekend het goede voorstaat aangezien zij is aangesteld door God – formuleren de kerkvader Augustinus en later de theoloog-jurist Thomas van Aquino de mogelijkheid om aardse wetten onder kritiek te stellen in het licht van de Goddelijke (natuur)wetten; 2. Rechtspraak na Nazi-Duitsland. Vgl. de uitspraak van het Oberlandesgericht Bamberg, van 27 juli 1949, waarin een vrouw die in 1944 haar echtgenoot uit eigen beweging had aangebracht omdat hij zich negatief had uitgelaten over Nazi-leiders, hetgeen onder de Nazi-wetten met de doodstraf was belast, wordt veroordeeld omdat haar handelen volgens de rechtbank verwerpelijk is “nach der auch während der Herrschaft des Nationalsozialismus in breiten Schichten des deutschen Volkes lebendig gebliebenen Auffassung von Sitte und Anstand.” OLG Bamberg, “§239 StGB,” p.209; 3. Sociaal-psychologische opvattingen. Vgl. de invloedrijke theorie van de stadia van cognitieve morele ontwikkeling van de Amerikaanse psycholoog Lawrence Kohlberg, waarin hij het postconventionele niveau met oriëntatie op universele morele beginselen beschouwt als hoogste graad van morele ontwikkeling, voorbij oriëntaties op wet en op sociaal contract. L. Kohlberg, “Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach.”

² Onder ‘moraliteit’ wordt hier verstaan een meer gesystematiseerd geheel van morele en ethische opvattingen. Moraal verwijst daarbij naar voorschriften en opvattingen omtrent het handelen, ethiek naar de filosofisch gefundeerde reflectie hierover.

sche, liberale, etc.) opvattingen over het goede leven en de daarbij passende staatsinrichting. Dit betekent dat in de pluriforme samenleving het opstellen van wet- en regelgeving gemakkelijk aanleiding geeft tot moreel conflict. En aangezien wetten en maatregelen in hun uitwerking jegens vrijheden en beperkingen, rechten en plichten, baten en lasten zelden ethisch neutraal zijn, kan binnen een dergelijke context veel politiek conflict dan ook worden verstaan als moreel conflict. Voor een wetgever die het door hem uitgevaardigde beleid in overeenstemming wil laten zijn met morele uitgangspunten leidt dit dan ook onvermijdelijk tot de vraag: wiens moraal, welke moraliteit.

1.1.2 Risico's voor de ethische kwaliteit van wetgeving in de parlementaire democratie

In de moderne democratie is de taak om te beslissen over het antwoord op die laatste vraag toegewezen aan een gekozen parlement met volksvertegenwoordigers die de morele belangen verdedigen van hun kiezers. Dit parlement treedt op als (mede)wetgever en beslist bij meerderheid over de uit te vaardigen wet- en regelgeving en daarmee impliciet over de onderliggende morele of ethische vraagstukken. Het gevolg is dat de aldus vastgestelde wet- en regelgeving veelal in overeenstemming zal zijn met de particuliere moraal van in elk geval een meerderheid van de samenleving. Een belangrijke vraag is echter wel of de zo ontstane wetten en regels ook voldoen aan universele morele uitgangspunten. Dit lijkt misschien een vreemde vraag aangezien immers de beslissingsbevoegdheid inzake wet- en regelgeving in de parlementaire democratie juist is neergelegd in het overleg *tussen* de particuliere moraliteiten. Het introduceren van een 'universele moraliteit' die staat *boven* de particuliere moraliteiten lijkt deze beslissingsbevoegdheid weer van hen weg te nemen. En aangezien ook niet vaststaat wat voor moraliteit die overkoepelende moraliteit dan zou moeten zijn, wordt met een dergelijk postulaat het morele conflict uit het democratisch overleg weggehaald om het op een ander, academisch maar ondemocratisch niveau voort te zetten.

Anderzijds staat evenmin vast dat het parlement ten allen tijde in haar beslissingen een ethisch onfeilbare *volonté générale* zal weten uit te drukken. Daarvoor kleven er toch teveel risico's aan de gang van zaken in de parlementaire democratie. Zo betekent het bestaan van verschillende, op punten tegenstrijdige moraliteiten dat ten behoeve van de voor de doelen van de samenleving benodigde wet- en regelgeving van tijd tot tijd aan groepen in de samenleving zal worden gevraagd van bepaalde morele goederen af te zien. Daarnaast kan een meerderheid een minderheid ook dwingen van morele goederen af te zien zonder dat daartoe een duidelijke noodzaak is in het licht van de doelen van de samenleving. Dit leidt tot vragen als: welke morele concessies mogen aan burgers worden gevraagd, zitten hier vanuit ethisch oogpunt grenzen aan en is de parlementaire meerderheid zich van deze

grenzen voldoende bewust. Risico's ontstaan ook doordat in politieke onderhandelingsprocessen soms op vrijwillige basis van morele goederen wordt afgezien met het oog op het veiligstellen van andere goederen, moreel of materieel. Dit leidt tot soortgelijke vragen en ook tot het risico dat volksvertegenwoordigers de morele belangen van hun kiezers onvoldoende bewaken. Tenslotte staat ook niet vast dat een meerderheidsstandpunt in ethisch opzicht automatisch het beste standpunt is.

1.1.3 Onderzoeksvraag en uitwerking

Als dan de morele aspiraties van mensen zodanig zijn dat zij willen dat wetten en regels in overeenstemming zijn met hun morele en ethische opvattingen, en als dan in de moderne democratie aan het gekozen parlement de taak is gegeven wet- en regelgeving vast te stellen ten behoeve van de doelen van de samenleving, dan leiden de bovenbeschreven risico's en vragen tot de vraag die geldt als de onderzoeksvraag:

“In hoeverre is de parlementaire democratie in staat te komen tot wet- en regelgeving die niet alleen voldoet aan de uitgangspunten van de particuliere moraliteiten van een meerderheid in de samenleving maar ook aan fundamentele of universele morele en ethische uitgangspunten voor wet- en regelgeving in de pluriforme samenleving.”

Dit laatste is niet alleen van belang indien er inderdaad zo'n overkoepelende moraliteit zou bestaan of zou zijn te formuleren. Het is ook in het belang van de binding van burgers aan de samenleving dat zij, indien zij op moreel gebied bepaalde concessies zouden moeten doen, toch in voldoende mate de resulterende maatschappelijke ordeningen als ethisch acceptabel kunnen beschouwen.

Beantwoording van de onderzoeksvraag vereist allereerst onderzoek naar het product van wet- en regelgeving, dat is: een onderzoek naar de ethische kwaliteit van individuele wetten en maatregelen. Indien blijkt dat deze producten ten allen tijde aan de vereisten van een overkoepelende moraliteit voldoen, dan is de onderzoeksvraag daarmee beantwoord. Op voorhand is uiteraard al duidelijk dat een dergelijke bevinding niet haalbaar is aangezien het niet haalbaar is alle wetten en maatregelen op ethische kwaliteiten te onderzoeken. Zinvoller lijkt het dan ook om te zoeken naar falsificerende onderzoeksresultaten, wetten of maatregelen waaraan iets schort in ethisch opzicht. Door in zo'n geval ook het proces te onderzoeken waarlangs de betreffende wet of maatregel tot stand is gekomen kan namelijk zicht worden gekregen op de zwakke punten in het parlementaire democratisch proces die maken dat dergelijke regelgeving heeft kunnen passeren. Het doel daarvan is om de parlementaire democratie in dit opzicht te versterken. Het hoofddeel van deze scriptie bestaat dan ook uit een onderzoek naar de ethische kwaliteiten en tekortkomingen van een

concrete maatregel, namelijk de maatregel tot een eigen bijdrage in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Deze maatregel is sinds 1 januari 2012 van kracht en heeft van begin af aan kritiek opgeroepen op grond van ethische overwegingen. De maatregel zal in Hoofdstuk 1.3 nader worden geïntroduceerd. In de volgende sectie zal allereerst worden getracht te komen tot een formulering van de overkoepelende moraliteit voor wet- en regelgeving in de pluriforme samenleving, op zodanige wijze dat deze aanvaardbaar zou kunnen zijn voor de particuliere moraliteiten, en tot afleiding van criteria daarvan voor ethische toetsing van wet- en regelgeving. De systematische benadering van deze vragen zou men kunnen classificeren als legislatieve ethiek.

1.2 Criteria ten dienste van een legislatieve ethiek

1.2.1 *Legislatieve ethiek als een vorm van toegepaste ethiek*

Legislatieve ethiek is een bestaande discipline binnen de toegepaste ethiek. Deze discipline is echter gering van omvang en houdt zich in haar bestaande vorm toch met andere vragen bezig dan die naar de ethische kwaliteit van wet- en regelgeving.³ Met name in de Angelsaksische wereld en ook in Spaanstalig Amerika is *legislative ethics* / *ética legislativa* een discipline die zich bezighoudt met vragen rond de bewaking van de integriteit van *legislators*, gekozen afgevaardigden naar de wetgevende vergaderingen. Zo hebben de State Legislative Ethics Commissions in de Verenigde Staten als taak het gedrag van leden van de General Assembly te controleren, hun relaties met lobbyisten en hun werkgevers, en de geldstromen hierbij.⁴

Ethische toetsing van wet- en regelgeving lijkt niet te vallen onder de taken van deze bestaande vorm van legislatieve ethiek. Men kan zich dan ook afvragen of het zinvol is om onder een elders in ander verband gebruikte term zo'n nieuwe taak te formuleren: niet het controleren van *legislators* maar het toetsen van *legislation*. Kan een dergelijke taak bovendien niet beter worden uitgevoerd, en wordt die ook al niet uitgevoerd door bestaande ethische disciplines zoals de bio-ethiek of de bedrijfsethiek? Immers, deze disciplines kunnen zich op basis van hun expertise uitspreken over wetgeving met betrekking tot bijvoorbeeld dierenwelzijn of beloningsstructuren en worden daartoe ook al dikwijls geconsulteerd. Ook dringt zich de vraag op of bijvoorbeeld de rechtsfilosofie zich al niet omstan-

³ Zo levert een zoekopdracht in de digitale tijdschriftencatalogus van de Universiteit Utrecht, naar in de afgelopen 12 maanden gepubliceerde artikelen met in de titel 'legislative ethics' geen enkele treffers op, tegen 232 treffers voor 'bioethics' en 67 treffers voor 'business ethics'.

⁴ Zie bijvoorbeeld de taakstelling van de Kentucky Legislative Ethics Commission op haar website: www.klec.ky.gov. Theoretische en praktische vragen rond deze opvatting van legislatieve ethiek zijn onder andere beschreven door A. Rosenthal, *Drawing the line: Legislative ethics in the States*, en in N. Preston *et al.* (eds.), *Ethics and political practice: Perspectives on legislative ethics*.

dig heeft beziggehouden met de vraag naar de relatie tussen ethiek en wetgeving. In vergelijking met deze disciplines lijkt er echter toch sprake van een separate taak voor de legislatieve ethiek die deze naam ook werkelijk verdient. Zo is de geformuleerde taak ten opzichte van die van de rechtsfilosofie veel meer concreet, toegepast als ze is op concrete gevallen van wet- en regelgeving.⁵ Ten opzichte van ethische disciplines als bijvoorbeeld de bio-ethiek is haar taak juist meer algemeen, toegepast op algemene ethische kwaliteiten van concrete wet- en regelgeving. Waar bijvoorbeeld de bio-ethiek zich zou kunnen uitspreken over minimumnormen voor stalruimte, spreekt de legislatieve ethiek zich uit over de wijze waarop dit wettelijk geregeld is.

1.2.2 Aanwijzingen vanuit de literatuur

Dat met de bovengenoemde opvatting van legislatieve ethiek in feite een nieuwe taak wordt geformuleerd betekent wel dat voor het formuleren van criteria ten dienste van zo'n ethiek niet geput kan worden uit een omvangrijk literatuuroverzicht. Niettemin worden her en der suggesties aangedragen. In een artikel over de vraag naar de wenselijkheid om het dragen van helmen tijdens het fietsen te verplichten, schrijven de auteurs een paragraaf onder de titel 'The ethics of legislation'. Zij vullen deze ethiek in aan de hand van de vier principes die door Beauchamp en Childress zijn geformuleerd ten behoeve van de medische ethiek, te weten: weldoen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid.⁶ Deze principes brengen de auteurs tot op zich zinvolle vragen ('is het wetsvoorstel goed voor individuele burgers en voor de samenleving', 'is het op een procedureel rechtvaardige wijze tot stand gekomen') maar hun keuze voor de vier principes vloeit voort uit het gegeven dat het om een wetsvoorstel gaat ten behoeve van de volksgezondheid. De criteria zijn niet zonder meer toe- pasbaar op wet- en regelgeving in het algemeen.

In een themanummer gewijd aan de relatie tussen wet en ethiek stelt Adela Cortina precies de vraag die onderwerp is van de huidige sectie: "what kind of morality should guide legal norms in a pluralist society in order to be both socially effective and morally valid."

⁷ Volgens Cortina kan een dergelijke moraliteit niet voortspuiten uit een bepaalde moraal- filosofische school maar moet zij zijn vervat in een type van sociaal bewustzijn welke is ingebed in het dagelijks leven en die verantwoordelijk is voor maatschappelijke cohesie. Zij noemt dit *civil ethics*, een 'sociale realiteit' die personen als burgers aan elkaar bindt. Tot de inhoud van deze 'burgerschapsethiek' rekent Cortina Kant's principe van non-

⁵ Zie bijvoorbeeld L. Fuller, *The morality of law*, dat zich bezighoudt met vragen als wat in algemene zin wel en niet in wetgeving zou moeten worden omgezet, en met formele criteria voor wetgeving (zoals consistentie, begrijpelijkheid, dat publiekelijk kenbaar is gemaakt).

⁶ A. Sheikh *et al.*, "Making cycling helmets compulsory: Ethical arguments for legislation."

⁷ A. Cortina, "Civil ethics and the validity of law," p.40.

instrumentalisering van de ander, de kernwaarden vrijheid, gelijkheid en integriteit, een morele opvatting van onderlinge relaties, en een procedure om conflicten op te lossen. Het lijkt hier te gaan om een soort burgerlijk ethos, een minimale set van gedeelde waarden, houdingen en oplossingsstrategieën ten behoeve van het samenleven in een pluriforme en postconventionele maatschappij. Een dergelijk ethos lijkt belangrijk voor het functioneren van een samenleving maar Cortina biedt geen criteria voor ethische toetsing van wet- en regelgeving.

Voor het beantwoorden van Cortina's vraag ("what kind of morality ...") kan ook een formulering van John Rawls behulpzaam zijn. Zoekend naar een overkoepelend begrip van rechtvaardigheid schrijft hij over "the concept of justice as distinct from the various conceptions of justice and as being specified by the role which these different sets of principles, these different conceptions, have in common." ⁸ Analoog hieraan zou een voor alle partijen acceptabele en overkoepelende moraliteit, die richtinggevend is in het proces van wet- en regelgeving, uit moeten gaan van hetgeen de particuliere moraliteiten binnen de parlementaire democratie gemeen hebben. Dat nu lijkt te zijn de intentie om gezamenlijk te komen tot wet- en regelgeving ten behoeve van de doelen van de samenleving. Deze notie van gezamenlijkheid is van belang. Ze ligt waarschijnlijk ook ten grondslag aan Cortina's *civil ethics*. Binnen de parlementaire democratie reflecteert deze notie de uitgangspunten die horen bij de opvatting van deze staatsvorm als resultante van het sociale contract. Een boven de partijen staande moraliteit die richtinggevend of corrigerend is ten aanzien van wet- en regelgeving zou dan ook moeten worden afgeleid uit de vooronderstellingen bij het sociale contract.

1.2.3 Een legislatieve ethiek op basis van het sociale contract

Het 'sociale contract' is een ideaaltypische formulering van de opvatting van het menselijke samenleven als een samenwerkingsverband tussen in de aanvangssituatie vrije en in hun hoedanigheid van contractanten gelijkwaardige personen, gericht op het realiseren van collectieve doelen. Minder theoretisch geformuleerd zou men kunnen spreken over 'maatschappelijke afspraken'. Geoffrey Grice beschrijft als de grondslag van het contract de propositie: "It is in everyone's interest to make a contract with everyone else to do X," waarbij X een klasse van handelingen is.⁹ Hij stelt dat, wanneer het contract een maatschappelijk contract betreft, de contractuele grondslag impliceert dat "X is abstractly obligatory in a society," ¹⁰ een propositie die zelf de contractuele grondslag impliceert. Een eerste criteri-

⁸ J. Rawls, *A theory of justice*, p.5.

⁹ G. Grice, *The grounds of moral judgement*, p.95.

¹⁰ Idem, p.100.

um voor binnen het maatschappelijke contract ontwikkelde wet- en regelgeving dat hieruit kan worden afgeleid, is dan dat deze ordeningen in ieders belang moeten zijn. Een belangrijke taak voor de legislatieve ethiek is dan om erop toe te zien dat wet- en regelgeving inderdaad in ieders belang is, dat wil zeggen dat alle contractanten voordeel hebben van de maatschappelijke ordeningen.

Een volgend uitgangspunt is dat, aangezien bij aanvang alle contractanten vrij en gelijkwaardig zijn, allen in dezelfde mate voordeel zullen willen hebben van de maatschappelijke ordeningen en dat niemand daarvoor meer zal willen worden belast dan anderen. Nu is het, aangezien de contractanten idealiter wel gelijkwaardig zijn maar niet gelijk, zonder meer duidelijk dat niet allen op dezelfde wijze en in dezelfde mate van het contract zullen profiteren. Evenmin zullen identieke lasten voor contractanten met verschillende uitgangsposities een identieke belasting opleveren. Dit betekent dat bij het inrichten van een samenleving op basis van een maatschappelijk contract er voortdurend op allerlei terreinen verdelingsvraagstukken opduiken ten aanzien van de vraag wie in welke mate belast wordt ten behoeve van een publiek goed, en wie tot op welke hoogte recht heeft op bepaalde publieke voorzieningen. Terwijl dergelijke verdelingsvraagstukken niet de eerste aandacht hebben van een legislatieve ethiek, aangezien ze vaak bij uitstek al door politieke ideologieën worden behartigd en juist inzet zijn van het parlementaire debat, is het voor een legislatieve ethiek wel van direct belang of de besluiten die in verdelingsvraagstukken worden genomen in overeenstemming blijven met de uitgangspunten van het contract. John Rawls formuleert in dit verband het principe dat "social and economic inequalities (...) are just only if they result in compensating benefits for everyone, and in particular for the least advantaged members of society."¹¹ Als criterium voor concrete gevallen van wet- of regelgeving is dit toch een lastige formulering aangezien binnen bepaalde regelingen groepen soms bereid zijn nadelen te aanvaarden zonder directe voordelen omdat ze juist op een geheel ander terrein voordelen ervaren. Daarnaast gaat het bij wetgeving ten aanzien van morele goederen dikwijls om dichotome kwesties, waarbij iets wel of niet is toegestaan, en voordeel voor de een tot niets anders dan nadeel voor de ander kan leiden. Binnen de complexe ordeningen van de pluriforme samenleving met bestuur op basis van het meerderheidsbeginsel is het daarom waarschijnlijk onvermijdelijk dat van tijd tot tijd ongelijkheden en nadeel of schade ten gevolge van wet- en regelgeving zullen ontstaan.

Uit deze constatering kan een meer precieze formulering van de criteria voor een legislatieve ethiek worden afgeleid. In de eerste plaats betekent dit dat de legislatieve ethiek erop toe dient te zien dat ongelijke verdeling van baten en lasten, waar die wordt aanvaard, op inhoudelijk acceptabele wijze is gerechtvaardigd. In de tweede plaats dient de

¹¹ Rawls, *A theory of justice*, p.13; vgl. ook pp.65vv.

legislatieve ethiek erop toe te zien dat burgers niet nodeloos worden geschaad, dat wil zeggen: lasten of beperkingen toebedeeld krijgen die niet ten dienste staan van een groter publiek belang of die buitenproportioneel zijn. Dit laatste moet echter toch sterker worden geformuleerd aangezien een dergelijke formulering gemakkelijk in de richting van puur utilitaire calculaties kan worden uitgelegd, waarbij individuele vrijheden in grove mate worden geofferd ten behoeve van een bepaald publiek goed. Wat er in dat geval echter aan de hand is, is dat de afspraken jegens personen die op een dergelijke wijze worden geschaad niet meer voldoen aan de inzet van hun deelname aan het maatschappelijke contract. Ze voldoen niet meer aan de door Grice geformuleerde grondslag van het contract. Dit betekent dat voor de bewaking van fundamentele rechten en vrijheden in feite het maatschappelijk contract zelf als criterium kan worden ingeroepen.

Tenslotte dient, in navolging van de literatuur, gewezen te worden op het belang van procedures. Procedures helpen om de gelijkwaardige uitgangspositie van contractanten te bewaken wanneer afspraken worden gemaakt op gedelegeerd niveau, bijvoorbeeld in het parlement. Deze procedures moeten ten dienste staan van de inzet van het contract en dienen correct te worden gevolgd. Het beoordelen van de procedures lijkt passend binnen een legislatief ethische toetsing van concrete gevallen van wet- en regelgeving. Anders dan bijvoorbeeld de formele criteria voor wetgeving zoals geformuleerd door Fuller (zie noot 5) kunnen procedures namelijk per wet of maatregel verschillen en dus niet binnen een rechtsfilosofisch kader universeel geldend worden vastgesteld.

1.2.4 Drie (tentatieve) criteria voor het ethische toetsing van wet- en regelgeving

Voor het beoordelen van wet- en regelgeving staan, samenvattend, de legislatieve ethiek dan de volgende criteria ten dienste:

- de procedures waarlangs wetten en maatregelen wordt vastgesteld dienen billijk te zijn met het oog op de inzet van het maatschappelijk contract en dienen correct te worden gevolgd;
- wet- en regelgeving dient geen van de burgers nodeloos of buitenproportioneel te schaden, waarbij schade wordt begrepen in het licht van de grondslag van het maatschappelijk contract;
- de baten en lasten van wet- en regelgeving dienen zoveel mogelijk gelijkelijk te zijn verdeeld over de burgers en waar hierbij ongelijkheden zijn aanvaard, dienen deze inhoudelijk op acceptabele wijze te zijn gerechtvaardigd.

Dit zijn de criteria die zullen worden gehanteerd bij de ethische toetsing van de maatregel tot een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ. De criteria zijn voorzichtig geformuleerd en

laten ruimte voor interpretatie. Dat is een gevolg van het feit dat de wetgevingscontrole-rende taak van de legislatieve ethiek nog weinig ontwikkeld is en de formulering van de criteria is daarom vooralsnog tentatief. De toetsing van de maatregel zal daarom ook worden ingezet om de criteria zelf te beoordelen en eventueel aan te scherpen.

1.3 De toepassing van de legislatieve ethiek: een gevalstudie

1.3.1 De eigen bijdrage in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg

De maatregel die onderwerp is van de legislatief ethische toetsing in deze scriptie is die volgens welke patiënten in de geneeskundige tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (voortaan: GGZ2) sinds 1 januari 2012 een eigen bijdrage moeten betalen voor hun behandeling. Dit schept een verschil met de geneeskundige somatische gezondheidszorg waar een dergelijke eigen bijdrage niet bestaat. Vanuit de sector is er van begin af aan veel protest geweest tegen deze maatregel waarbij ook ethische argumenten werden aangedragen. Op 13 februari 2012 startte het Landelijk Platform GGZ een juridische procedure waarbij aan de rechter een oordeel wordt gevraagd over de rechtmatigheid van de invoering ervan. Grond voor deze procedure is de constatering dat door de eigen bijdrage sommige patiënten op financiële gronden moeten afzien van zorg, hetgeen volgens het Platform in strijd is met het in de Zorgverzekeringswet vastgelegde recht op zorg. Daarnaast noemt het Platform de maatregel discriminerend ten opzichte van patiënten in de geneeskundige somatische zorg, en ook stigmatiserend aangezien van de maatregel de suggestie zou uitgaan "dat geestelijke ziekteverschijnselen minder urgent zijn dan somatische."¹² Deze claims suggereren dat de maatregel strijdig is met verschillende van de in de vorige paragraaf geformuleerde criteria. Indien de maatregel inderdaad bewerkstelligt dat bepaalde groepen patiënten geen toegang meer hebben tot het collectieve systeem van gezondheidszorg zou dit erop duiden dat zij schade lijden met het oog op de inzet van het maatschappelijk contract. Indien de maatregel inderdaad discrimineert betekent dit dat baten en lasten van het maatschappelijk contract ongelijk verdeeld zijn over verschillende groepen burgers. Deze claims suggereren dat de maatregel zich goed lijkt te lenen voor een legislatief ethisch onderzoek.

1.3.2 Ethische toetsing van wet- en regelgeving in praktische zin

Nu is ethische evaluatie van een wet of maatregel niet noodzakelijk een eenvoudige zaak. Een dergelijke toetsing verschilt in elk geval in complexiteit van ethische evaluatie van een handeling. In een eenvoudige voorstelling van zaken kan een handeling worden beoordeeld op basis van de gevolgen van de handeling, bijvoorbeeld of zij schade toebrengt, of naar de

¹² Bron: <http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni001542>, bezocht op 15 juli 2012.

mate waarin aan bepaalde plichten wordt voldaan, bijvoorbeeld of de handeling niet discriminerend is. Als één van beide het geval is, zal de handeling al snel als ethisch onaanvaardbaar worden beoordeeld tenzij binnen een particulier moreel kader wordt geoordeeld dat de toegebrachte schade, of het niet voldoen aan een plicht, aanvaardbaar is in het licht van een groter goed. Het is dan voor een externe beoordelaar van belang om de achtergronden van de handeling te kennen om te komen tot een afgewogen ethische oordeel.

Bij wet- en regelgeving gaat het in feite voortdurend om dergelijke afwegingen maar op een complexer niveau. Wijzigingen in wet- en regelgeving op één terrein kunnen gevolgen hebben, bijvoorbeeld budgettaire, voor beleid op andere, samenhangende terreinen. Beleid dat een bepaalde groep burgers ondersteunt kan echter ook een geheel ander soortige groep burgers benadelen. Dit leidt tot verdelingsvraagstukken die in de parlementaire democratie uiteindelijk veelal bij stemming worden opgelost. Daarbij wordt benadeling van bepaalde groepen, of wetgeving die niet in overeenstemming is met morele opvattingen van bepaalde groepen, toch veelal als wettig geaccepteerd zolang de wetgeving volgens de afgesproken procedures is vastgesteld, of omdat de benadeelde groepen op een of andere wijze worden gecompenseerd, of omdat in ruil voor medewerking aan een wetsvoorstel voor de benadeelde groep belangrijke punten op geheel ander terrein worden ingewilligd. Op deze wijze zijn soms beslissingen op zeer uiteenlopende beleidsterreinen toch met elkaar verweven. Met name in coalitieafspraken is dit het geval. Zo kunnen ook niet logisch met elkaar samenhangende morele goederen tegen elkaar worden uitgeruild met instemming van een meerderheid van partijen.

Dit alles maakt het ethisch evalueren van wet- en regelgeving bijzonder complex. Er zal hierbij niet alleen moeten worden gekeken naar de concrete vorm en directe uitwerking van de wet of maatregel, maar ook naar de achtergrond, de samenhang met andere maatregelen en eventueel flankerend beleid. Deze aspecten kunnen alleen aan het licht komen wanneer het gehele proces wordt bestudeerd waarlangs de wet of maatregel is vastgesteld. Dit geldt ook voor de maatregel tot een eigen bijdrage voor de GGZ2. Wellicht is het bijvoorbeeld zo dat de maatregel in haar uitwerking psychiatrische patiënten anders behandelt dan somatische patiënten, maar een oordeel over de aanvaardbaarheid daarvan vereist dat men weet of dit een doel van de maatregel is of een bijeffect, of het voorzien is en gewenst, en zo ja waarom, of voorzien en ongewenst maar geaccepteerd als het kleinere van meerdere kwaden en wellicht op een of andere wijze gecompenseerd. Ten aanzien van de toegankelijkheid tot zorg kunnen dezelfde vragen worden gesteld. Deze vragen kunnen alleen worden beantwoord door het besluitvormingsproces zelf te onderzoeken en de afwegingen te reconstrueren die daarin zijn gemaakt.

1.3.3 Toegankelijkheid van het proces van wet- en regelgeving in de Nederlandse situatie

Zo'n onderzoek naar het proces van wet- en regelgeving is in de Nederlandse situatie ten dele goed mogelijk. Het is wel zo dat niet het gehele besluitvormingsproces direct openbaar of gemakkelijk toegankelijk is, zoals overleg dat plaatsvindt 'in de wandelgangen' of afwegingen die plaatsvinden in de hoofden van individuen zonder dat zij die publiekelijk kenbaar maken. Tegelijkertijd kan in Nederland geen wet worden aangenomen zonder dat daarover is gestemd in het parlement, en ook heeft de Tweede Kamer de mogelijkheid bewindspersonen te controleren ten aanzien van regelgeving niet zijnde wetgeving, zoals een algemene maatregel van bestuur (AMvB). Voorafgaand aan of in de loop van het overleg worden veelal ook de onderliggende stukken zoals rapporten van adviserende instanties openbaar gemaakt terwijl ook maatschappelijke organisaties zich dikwijls nog laten horen, via de media of via brieven aan de Kamer. Dit betekent dat in principe in het overleg tussen parlement en bewindspersoon alle argumenten op tafel zouden moeten kunnen komen en dat uiteindelijk de Kamer de instantie is die de definitieve afwegingen maakt. Hier kunnen wetsvoorstellen worden afgestemd en kunnen moties voor aanpassing van beleid in stemming worden gebracht. Het algemeen overleg tussen minister en Eerste of Tweede Kamer en het plenaire debat met moties en stemmingen vormen theoretisch gezien dan ook het brandpunt waarin alle lijnen tezamen komen. (Of ze dit ook werkelijk doen is daarbij een vraag waarvan het antwoord iets zegt over de kwaliteit van het parlementaire proces.) Deze overleggen zijn openbaar en de verslaglegging ervan is publiekelijk toegankelijk. Onderzoek naar dit deel van het proces van regelgeving lijkt dus haalbaar.

1.4 Opzet van de scriptie

In Hoofdstuk 2 worden eerst een aantal belangrijkste achtergronden bij de maatregel besproken waaronder in het kort de politieke context en het politieke proces waarbinnen de maatregel aan de orde is gekomen. Een volledig overzicht van alle stappen in dit proces inclusief verwijzingen naar de relevante Kamerstukken is te vinden in de Bijlage. De toetsing van de maatregel aan de hand van de geformuleerde legislatief ethische criteria vormt het hoofdbestanddeel van de scriptie en de schriftelijke weergave hiervan is te vinden in Hoofdstuk 3. Per criterium zal daar ook telkens worden beschreven wat de rol van het parlement, de Eerste en Tweede Kamer, is geweest ten aanzien van de relevante ethische aspecten van de maatregel. Aangezien de toetsing zal opleveren dat de maatregel en de verantwoording ervan in een aantal ethische aspecten tekortschiet wordt in Hoofdstuk 4 een korte analyse gepresenteerd van de rol van de minister, het parlement en ook van de Raad van State hierin. Daarbij worden ook enkele aanbevelingen gedaan met het oog op de ver-

sterking van de Nederlandse parlementaire democratie in dit opzicht. In Hoofdstuk 5 vindt tenslotte een korte terugkoppeling plaats naar de legislatief ethische criteria zelf.

Hoofdstuk 2

Achtergronden bij de eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ

2.1 Overzicht

In dit hoofdstuk worden enkele belangrijke achtergronden bij de invoering van de eigen bijdrage voor de GGZ2 besproken. Deze achtergronden zijn van belang voor een goed verstaan van de argumenten voor en tegen die in het parlementaire proces rond de invoering van de maatregel zijn aangedragen. Achtereenvolgens worden besproken: de Zorgverzekeringswet; procedurele en inhoudelijke aspecten van de maatregel in het licht van de Zorgverzekeringswet; onderliggende rapporten; de rol en werking van eigen betalingen in de zorg; en de politieke context. Tot slot wordt kort het parlementaire proces zelf rond de invoering van de maatregel in 2010 en in 2011 geschetst. In 2010 leidde dit tot opschorting van de maatregel, in 2011 tot invoering per 1 januari 2012.

2.2 De Zorgverzekeringswet (Zvw)

2.2.1 Uitgangspunten

Sinds 1 januari 2006 is in Nederland de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht, die burgers van 18 jaar en ouder verplicht zich te verzekeren voor een basispakket aan gezondheidszorg bij in de markt opererende partijen. De Zvw is het voorlopige sluitstuk van een lange traditie waarin verantwoordelijkheid voor een publieke gezondheidszorg in toenemende mate aan de overheid is toegeschreven.¹ Onder het kopje 'eisen' stelt de memorie van toelichting bij de Zvw: "De regering acht het een blijvende overheidsverantwoordelijkheid dat noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit voor alle Nederlanders toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand of inkomenspositie. Een solide borging van dit publieke belang stelt hoge eisen aan het systeem van gezondheidszorg, zowel op medisch en zorginhoudelijk gebied als vanuit een oogpunt van doelmatige uitvoering en beheerste kostenontwikkeling."²

¹ Voor een overzicht van de geschiedenis en achtergronden van ziektekostenverzekeringen in Nederland en de rol van de overheid hierbij, zie H. Hermans, *Zorg en markt in historisch en huidig perspectief*.

² Zorgverzekeringswet, Memorie van toelichting, p.7.

2.2.2 Het basispakket: samenstelling en premies

De onder de Zvw verzekerde prestaties zijn nader omschreven in het Besluit zorgverzekering. Dit besluit regelt de inhoud van het basispakket van de verplichte zorgverzekering. Blijkens het op 1 januari 2010 geldende Besluit maakt ook de GGZ deel uit van de onder de Zvw verzekerde zorg.³ Dit betekent dat de GGZ wordt gerekend tot de noodzakelijk gezondheidszorg. Het Besluit zorgverzekering kan jaarlijks worden gewijzigd. Daartoe legt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in juni een wijzigingsbesluit voor aan de leden van de Eerste en Tweede Kamer. Wijzigingen in het Besluit en daarmee in het basispakket volgen veelal uit het pakketadvies dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) jaarlijks in het voorjaar opstelt. Dat advies is echter niet bindend. Pakket-wijzigingen kunnen ook volgen uit politieke overwegingen. De in het basispakket opgenomen zorg wordt vanuit de Zvw volledig vergoed vanaf een bepaald bedrag, het zogenaamde eigen risico. Voor 2010 bedraagt het verplichte eigen risico €165,- per jaar. Voor sommige vormen van verzekerde zorg geldt daarnaast nog een eigen bijdrage in de kosten, zoals voor bepaalde orthopedische hulpmiddelen, kraamzorg alsook voor de eerstelijns psychologische zorg (ELP). De Zvw biedt in Artikel 11, lid 3, de minister de mogelijkheid om via een Algemene Maatregel van Bestuur voor bepaalde typen van zorg een eigen bijdrage in te stellen. In geval van geneeskundige kosten wordt eerst de eigen bijdrage aangesproken, dan het eigen risico en daarna vindt pas vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering.

Voor de zorgverzekering moet door burgers premie worden betaald. In 2011 en 2012 bedraagt de nominale premie (de geschatte reële premie) circa €1200,- per jaar. Verzekeraars kunnen van dit bedrag afwijken. Bij geen of een laag inkomen ondersteunt de overheid burgers in de kosten voor de nominale premie via de zogenaamde zorgtoeslag. Deze kan oplopen tot ruim €800,- per jaar. Naast de nominale premie betalen verzekerden een inkomensafhankelijke bijdrage. In 2012 is deze bijdrage voor werknemers 7,1% van het salaris, gemaximeerd op €3.554, en voor zelfstandigen 5% van het inkomen, gemaximeerd op €2503,-. Voor werknemers en uitkeringsgerechtigden wordt deze bijdrage meestal door de werkgever of uitkeringsinstantie vergoed, waarbij over de bijdrage inkomstenbelasting moet worden betaald. Zelfstandigen betalen de inkomensafhankelijke bijdrage zelf.⁴

³ Artikel 2.4, lid 1, van het Besluit definieert de onder Zvw verzekerde geneeskundige zorg als zorg "zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden."

⁴ Door al deze verschillende regelingen kunnen de kosten voor de zorgverzekering tussen personen sterk variëren, van circa €400,- op jaarbasis voor personen met een volledige zorgtoeslag, tot circa €3.700,- voor zelfstandigen. Voor deze laatste groep staat hier een hogere korting op de inkomstenbelasting tegenover, namelijk een zelfstandigenaftrek in 2012 van €7.280,- tegenover een arbeidskorting voor werknemers van €1.611,-.

2.3 De maatregel als wijziging van het Besluit zorgverzekering

2.3.1 Procedurele aspecten

Voor het heffen van een eigen bijdrage voor de GGZ2 is een wijziging nodig van het Besluit zorgverzekering. Deze wijziging betreft een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Voor AMvB's geldt in het algemeen dat ze zonder tussenkomst van het parlement, na consultatie van de Raad van State in de ministerraad kunnen worden aangenomen. Voor wijzigingen van het Besluit zorgverzekering is echter een zogenaamde voorhangprocedure van kracht, op grond van Artikel 124 van de Zvw. Dit houdt in dat de wijzigingen niet eerder aan de Raad van State kunnen worden voorgelegd dan dertig dagen nadat ze aan de Eerste en Tweede Kamer zijn gepresenteerd. De Eerste en Tweede Kamer kunnen dan ook vragen om het voorstel alsnog in de vorm van een wetsvoorstel te presenteren.⁵ Het vaststellen van de hoogte van eigen bijdragen betreft een ministeriële regeling die zonder consultatie van parlement, Raad van State of ministerraad kan worden afgekondigd.

2.3.2 Inhoud van de wijziging

De wijziging van het Besluit zorgverzekering die relevant is voor de eigen bijdrage voor de GGZ2 betreft Artikel 2.4, lid 3. De eerste zin hiervan luidt op 1 januari 2010: "Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt." Deze eerstelijnspsychologische zorg (ELP), waarin relatief lichte psychische klachten worden behandeld, valt sinds 1 januari 2008 onder het basispakket. Vóór 2008 was dat niet het geval maar kon men zich er aanvullend voor verzekeren. Vanuit de Zvw worden maximaal acht zittingen ELP per jaar vergoed waarvoor een eigen bijdrage van €10,- per zitting moet worden betaald. Het wijzigingsvoorstel nu houdt in om in lid 3 'een zitting eerstelijnspsychologie' te vervangen door 'zorg in de geestelijke gezondheidszorg'. Dit creëert de mogelijkheid dat de minister behalve voor de ELP ook voor de GGZ2 een eigen bijdrage instelt. Deze wijziging maakt zowel in 2010 als in 2011 deel uit van het conceptwijzigingsbesluit Zorgverzekering. In 2011 worden bovendien enkele andere wijzigingen voorgesteld die in dit verband relevant zijn. Zo wordt het aantal vergoede sessies ELP verminderd van 8 naar 5 per jaar en wordt behandeling voor de relatief lichte diagnose Aanpassingsstoornis niet langer vergoed. Ook wordt de mogelijkheid gecreëerd om een eigen bijdrage te vragen voor verblijf in verband met geneeskundige zorg in het kader van de Zvw.

⁵ Voor de beschrijving van de procedures rond de AMvB, zie Ministerie van Justitie, Directie Wetgeving, *Draaiboek voor de Wetgeving: Systematische beschrijving van de procedure*, pp.99-118.

Voor 2011 wordt de hoogte van de eigen bijdrage voor de GGZ aanvankelijk bepaald op €175,- per DBC (diagnose behandel combinatie) waarbij voor korte behandelingen, tot 100 minuten, €80,- wordt gevraagd. De maatregel wordt in 2011 uiteindelijk echter niet ingevoerd. Voor het vaststellen van de hoogte van de eigen bijdrage voor 2012 wordt in de toelichting bij het conceptwijzigingsbesluit 2012 verwezen naar het Regeer- en Gedoogakkoord van 30 september 2010.⁶ In een brief van de minister die op dezelfde dag als het conceptwijzigingsbesluit aan de Eerste en Tweede Kamer wordt verzonden,⁷ worden echter gewijzigde en lagere bedragen genoemd. Deze zijn €20,- per zitting in de ELP voor maximaal vijf zittingen per jaar, en in de GGZ €295,- per DBC die voor maximaal twee DBC's per jaar wordt geïnd. Voor DBC's korter dan 200 minuten en DBC's voor alleen diagnostiek bedraagt de eigen bijdrage €100,-. Crisiscontacten en gedwongen opnames zijn uitgezonderd van de bijdrageplicht. De eigen bijdrage voor verblijf is vastgesteld op €145,- per maand vanaf de tweede maand van verblijf. Deze wordt alleen geheven voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ en niet voor somatische opnames. In een brief van 27 juni 2011 kondigt de minister dan nog aan de eigen bijdrage voor de GGZ2 te verlagen tot €275,- per DBC voor maximaal één DBC per jaar.

2.4 Onderliggende rapporten

2.4.1 Het CVZ pakketadvies

Zoals reeds beschreven volgen wijzigingen van het Besluit zorgverzekering in de regel de adviezen van het CVZ. Naast het jaarlijkse pakketadvies brengt het CVZ van tijd tot tijd ook systeemadviezen uit. Deze hebben bijvoorbeeld betrekking op de wijze van bekostiging van de gezondheidszorg. In het pakketadvies voor 2011⁸ verwijst het CVZ naar een eerder uitgebracht systeemadvies waarin werd gewezen op de inconsistente toepassing van de eigen bijdrage in de GGZ: wel voor de ELP en niet voor de GGZ2. Hierdoor ontstaat volgens het CVZ de verkeerde prikkel om naar de duurdere GGZ2 te verwijzen in plaats van naar de ELP. Het College adviseert daarom de bijdrage "te harmoniseren, dus of voor beide vormen van zorg invoeren of afschaffen." Het stelt verder "dat bij de komende voorstellen voor besparingen in de zorg kritisch gekeken moet worden naar een consequente systematiek. Daarbij is in het kader van de solidariteit een optie om het eigen risico te verhogen in plaats van eigen bijdragen in het ene geval wel op te leggen en in het andere geval niet, zonder dat

⁶ De financiële paragraaf van het Regeer- en Gedoogakkoord noemt een bedrag van €175,- voor DBC's tot 1800 minuten en €425,- vanaf 1800 minuten zonder beperkingen in het aantal DBC's per jaar. "Begrotingsbeleid" (Gedoogakkoord VVD-PVV-CDA, bijlage II), p.19.

⁷ Brief van de minister van VWS aan de Eerste Kamer resp. aan de Tweede Kamer, van 10 juni 2011. Voor bronverwijzingen van de relevante Kamerstukken, zie de Bijlage.

⁸ CVZ, *Pakketadvies 2010. Op 2 april 2010 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

er een argument van besparing voor het individu (zoals bij orthopedisch schoeisel) of efficiënt gebruik van zorg aan ten grondslag ligt.”⁹ Wat dit voor de eigen bijdrage voor de GGZ2 betekent is niet zonder meer duidelijk. Voor 2012 geeft het CVZ geen specifieke adviezen aangaande de geneeskundige GGZ, niet betreffende de pakketinhoud en ook niet aangaande eigen bijdragen.¹⁰

2.4.2 Het Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ (IBO-GGZ)

Het Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ (IBO-GGZ),¹¹ dat op 1 april 2010 wordt gepresenteerd, is uitgevoerd op verzoek van de regering die in 2009 behoefte uitte aan inzicht in de achtergronden van de sterke groei van de GGZ, mede in vergelijking tot de somatische zorg. Zo zijn volgens het IBO-GGZ de uitgaven voor de GGZ in 10 jaar tijd met 110% toegenomen terwijl de totale kosten vanuit de Zvw in deze periode met 84% zijn gegroeid. Verantwoordelijk voor deze groei is in elk geval een forse toename van het aantal cliënten in de GGZ, volgens het rapport met 58% in de periode 2001-2007. Het rapport stelt vervolgens dat er geen enkele indicatie is dat de Nederlandse bevolking psychisch zieker is geworden. Wel denken de auteurs dat mensen die behoefte hebben aan zorg vanuit de GGZ steeds beter in staat zijn deze zorg te vinden. De toegenomen zorgvraag schrijven ze toe aan maatschappelijke factoren (meer psychische druk als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen; afgenomen taboe op GGZ; wegvallen van traditionele steunsystemen) en aan systeem eigenschappen van het GGZ-stelsel (verbeterde diagnostiek waardoor ook een toename van het aantal diagnoses; een aanbod dat vraag creëert; ontbreken van financiële prikkels die partijen stimuleren om groei te beheersen).¹²

De opstellers van het rapport hebben ook de in het najaar van 2009 door de regering geformuleerde missie meegenomen om voor 20% aan besparingen op de uitgaven voor de collectieve sector te vinden (de zogenaamde ‘brede heroverwegingen’). Het rapport noemt drie mogelijkheden om op de GGZ te besparen: 1) het verkleinen van het verzekerde pakket, door bijvoorbeeld de aanpassingsstoornis en lichte vormen van verslaving of depressie hieruit te verwijderen; 2) het invoeren van eigen bijdragen; 3) het verwijderen van verkeerde financiële prikkels. Er wordt in dit verband gesuggereerd dat 30% van de patiënten in de GGZ2 wordt behandeld voor lichte klachten waarvoor de goedkopere ELP passen-

⁹ Idem, pp.27v.

¹⁰ CVZ, *Pakketadvies 2011. Op 1 april 2011 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

¹¹ Inspectie der Rijksfinanciën, *Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ: Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg.*

¹² Idem, pp.44v.

der is.¹³ De auteurs denken dat de bestaande eigen bijdrage voor de ELP hiervoor verantwoordelijk is. Deze maakt dat mensen met lichte klachten kiezen voor de GGZ2 omdat ze daar geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Mede hierom achten ze het wenselijk dat ook voor de GGZ2 een eigen bijdrage wordt ingevoerd. Hiervoor worden vervolgens drie varianten gepresenteerd, waarbij de hoogte varieert van €425,- tot €1000,- voor lange DBC's. Dit levert de schatkist €150 tot €280 miljoen aan besparingen op. Als nadeel wordt genoemd dat sommige patiënten om financiële redenen van behandeling afzien of deze halverwege afbreken.

De suggestie dat 30% van de patiënten in de GGZ2 daar in feite onterecht zit wordt door beide ministers, en ook door Kamerleden van de regeringspartijen, herhaaldelijk aangevoerd als argument voor de eigen bijdrage in de GGZ2. Deze wordt door hen gepresenteerd als noodzakelijk om de financiële prikkel weer goed te zetten, in de richting van de ELP. De '30%' verdient daarom enige aandacht. Het getal is gebaseerd op gegevens uit NEMESIS, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, een bevolkingsonderzoek onder ruim 7000 personen naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen en zorggebruik in de periode 1996-1999.¹⁴ Dit onderzoek bracht naar voren dat over de meetperiode 1997 bij 70,2% van de cliënten in de GGZ sprake was van een psychiatrische stoornis terwijl 29,8% (de '30%') werd behandeld voor 'milde psychische klachten'. Onder personen die uitsluitend eerstelijnszorg kregen was deze verhouding 46,8% en 53,2%. Het IBO-GGZ leidt uit deze gegevens af dat er in de huidige GGZ2 bij 30% van de patiënten sprake is van overbehandeling, dat wil zeggen te zware en te dure zorg voor relatief lichte klachten. Bij deze conclusie kunnen echter verschillende kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats kan het gegeven dat een deel van de cliënten in de GGZ in 1997 geen formele psychiatrische diagnose heeft op andere wijzen worden verklaard. De NEMESIS-onderzoekers Bijl en Ravelli leveren hiervoor twee alternatieve verklaringen, te weten: 1) het gegeven dat persoonlijkheidsstoornissen in NEMESIS niet zijn gemeten terwijl deze wel verantwoordelijk zijn voor een deel van de zorgconsumptie in de GGZ, en 2) de mogelijkheid dat ondanks niet voldoen aan formele criteria voor een psychiatrische diagnose het niveau van functioneren van patiënten voor een huisarts een goede aanleiding kan geven hen toch naar de GGZ te verwijzen.¹⁵ Een tweede belangrijke kanttekening is dat in het onderzoek in 1997 de eerstelijns GGZ lijkt te zijn gerekend tot de GGZ en niet tot de eerste-

¹³ Idem, pp.34v.

¹⁴ Kerndata hieruit zijn onder andere gepubliceerd in R. Bijl *et al.*, "Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)," en in R. Bijl *et al.*, "Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study." Een relevante recente publicatie op basis van deze gegevens is M. ten Have *et al.*, *Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ*.

¹⁵ Bijl *et al.*, "Psychiatric Morbidity."

lijnszorg.¹⁶ De huidige ELP die vaak wordt verricht binnen de huisartsenpraktijken bestond destijds nog niet. Indien nu in 2008 volgens het IBO-GGZ 125.000 personen worden behandeld in de ELP¹⁷ dan mag worden verondersteld dat een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie die in 1997 voor relatief lichte klachten werd behandeld in de GGZ, inmiddels wordt behandeld in de ELP en dat daarmee de suggestie dat 30% van de huidige patiënten in de huidige GGZ2 daar 'onterecht' wordt behandeld, onvoldoende onderbouwd is.¹⁸

2.5 Eigen betalingen in de zorg

2.5.1 De effecten van eigen betalingen

Eigen betalingen worden in publieke zorgstelsels om twee redenen ingezet. In de eerste plaats leiden ze tot een financieringsverschuiving doordat een groter deel van de zorg zelf wordt betaald. Daardoor kunnen premies worden verlaagd hetgeen het draagvlak voor een collectief zorgstelsel kan helpen vergroten, in elk geval voor burgers die weinig zorg gebruiken. In de tweede plaats leiden eigen betalingen tot een als gunstig beoordeeld gedragseffect: doordat verzekerden minder zorg vragen wanneer ze moeten bijbetalen zullen de totale zorgkosten lager liggen. Dit heeft eveneens een gunstig effect op de premies.¹⁹ Eigen bijdragen (percentuele bijbetalingen, veelal gemaximeerd) hebben hierbij een langerdurend effect dan een eigen risico. Zodra immers het eigen risico is verbruikt kost vervolgzorg de verzekerde niets extra waardoor het niet meer functioneert als remgeld terwijl een eigen bijdrage per behandeling elke keer van de patiënt een afweging vraagt tussen zorg en geld.

Een nadeel van eigen betalingen is het risico dat verzekerden afzien van zorg die zij echt nodig hebben. In dat geval is er sprake van zorgmijding. Deze kan rationeel zijn, bijvoorbeeld voor personen met een bijstandsuitkering die moeten kiezen tussen gezondheidszorg voor zichzelf of voor kleding en eten voor de kinderen. Zorgmijding kan ook minder rationeel zijn, wanneer personen niet goed in staat zijn in te schatten welke zorg ze nodig hebben of wat op langere termijn de schadelijke gevolgen zijn van het afzien van zorg. Een verzekeringsstelsel met eigen betalingen vraagt dus van de verzekerde/patiënt

¹⁶ In NEMESIS werd onder de GGZ verstaan: "ambulante geestelijke gezondheidszorg, ambulante verslavingszorg, psychiatrische deeltijdbehandeling, en opname in een psychiatrisch ziekenhuis of soortgelijke instelling." Onder eerstelijnszorg werd verstaan: "huisartsen, bedrijfsartsen, crisiscentra, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg en wijkverpleging." Ten Have *et al.*, *Voorspellers van zorggebruik*, p.14.

¹⁷ Inspectie der Rijksfinanciën, *Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ*, p.10.

¹⁸ Het IBO-GGZ is in 2010 op last van de regering versneld uitgevoerd. In de verantwoording van het rapport wordt hierom onderkend dat dit "gevolgen [heeft] gehad voor de grondigheid waarmee de knelpuntenanalyse, de financiële effecten en uitvoeringsconsequenties van de beleidsvarianten in dit IBO konden worden gevalideerd." Inspectie der Rijksfinanciën, *Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ*, p.7.

¹⁹ CPB, *Gedragseffecten van eigen betalingen in de ZVW*.

het vermogen maar ook de mogelijkheid om voortdurend verstandige keuzes te maken tussen het stellen van een zorgvraag en het bewaken van de eigen portemonnee. Dit vermogen en deze mogelijkheden zijn onder individuen ongelijk verdeeld waardoor bij sommige groepen, zoals bepaalde patiëntenpopulaties in de GGZ of mensen met een laag besteedbaar inkomen, de kans op schadelijke zorgmijding relatief hoog is.

2.5.2 De verantwoordelijkheid van de overheid

Voor een overheid die borg wil staan voor een toegankelijk zorgstelsel met kwalitatief goede zorg voor iedereen maar ook met voldoende draagvlak onder premiebetalers betekent dit dat er een juiste balans moet worden gevonden tussen de hoogte van premies aan de ene kant en de hoogte van eigen betalingen aan de andere kant. Voor de toegankelijkheid van zorg en om zorgmijding te voorkomen kan de overheid kiezen voor een systeem waarbij alle zorgkosten volledig worden betaald in de vorm van premies. Een dergelijk systeem heeft evenwel een opdrijvend effect ten aanzien van de totale zorgkosten door het optreden van een *moral hazard*-effect. In de verzekeringsbranche duidt dit begrip op de extra kosten die ontstaan *als gevolg van* verzekeren. Bij zorgverzekeringen kan dit effect ontstaan doordat mensen geneigd zijn meer en/of duurdere zorg te vragen dan zij werkelijk nodig hebben. Dit hoeft niet per se te worden geïdentificeerd als immoreel. Verzekerden kunnen het als economisch rationeel beschouwen om veel zorg te vragen of de duurste medicijnen omdat men denkt dat dit het beste is.²⁰ Dikwijls is dat echter niet het geval en dan kan gesproken worden van overconsumptie van zorg. Omdat dit de zorgkosten onnodig opdrijft heeft de overheid de taak om dit effect tegen te gaan en eigen betalingen kunnen hierin een effectief instrument zijn.

Waar vervolgens de optimale balans ligt tussen premies en eigen betalingen blijkt moeilijk vast te stellen. Zo zijn de financiële opbrengsten van eigen betalingen toch onzeker. In een recente Nederlandse discussie over het effect van een eigen risico van €150,- per jaar op de totale zorgkosten lopen de voorspellingen al ver uiteen, van een lage schatting door het CPB van €60 tot €100 miljoen²¹ tot een hoge schatting door gezondheidseconomen van €2 miljard.²² Minstens zo belangrijk is het schatten van het effect van eigen betalingen op de volksgezondheid. Empirisch onderzoek hiernaar stuit op diverse methodologische moeilijkheden en is weinig uitgevoerd. Een vaak geciteerd onderzoek is het RAND Health Insurance Experiment naar de gezondheidseffecten van verschillende regimes van

²⁰ F. Bakker, *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*, pp.86v.

²¹ CPB, *Gedragseffecten van eigen betalingen in de ZVW*, p.6, tabel 3.1.

²² Voor dit bedrag, zie W. van de Ven & F. Schut, "Is de Zorgverzekeringswet een succes?" Voor een reactie hierop, zie W. Oortwijn *et al.*, "Het effect van het verplicht eigen risico." Zij voorspellen een gedragseffect van €275 tot €772 miljoen.

eigen betalingen, tussen 1974 en 1982 uitgevoerd in de Verenigde Staten. Het onderzoek concludeerde dat hogere bijbetalingen leidden tot vermindering van zorgkosten (tot 39%, bij eigen bijdragen van 15% van het gezinsinkomen, gemaximeerd op \$1.000,-) zonder dat er gemiddeld genomen sprake was van een negatief effect op de gezondheid. Als verklaring daarvoor werd gesuggereerd dat door de verlaagde zorgvraag ook iatrogene schade, het gevolg van onnodig medisch handelen, werd voorkomen. Alleen voor personen die bij aanvang van de studie een laag inkomen hadden leidden hogere eigen betalingen tot een slechtere gezondheidstoestand ten aanzien van bloeddruk, visus en gebit.²³ Naast het RAND-onderzoek is nog wel meer kleinschalig onderzoek verricht naar het effect van bijbetalingen op de volksgezondheid maar dat leidde niet tot eensluidende conclusies.²⁴

Indien de overheid dus wil kiezen voor eigen betalingen in een publiek zorgstelsel, dan dient zij met een aantal zaken rekening te houden. In de eerste plaats zijn de opbrengsten onzeker gezien de bovengenoemde discussie. Het staat ook niet vast dat de RAND-resultaten zijn te kopiëren naar de Nederlandse situatie omdat er sprake kan zijn van verschillende uitgangsposities. Vervolgens zullen mensen met lage inkomens moeten worden ontzien omdat zij waarschijnlijk een grotere kans lopen op nadelige gezondheidseffecten. Verder dient de overheid zich te realiseren dat hogere eigen betalingen leiden tot hogere zorgkosten voor personen die veel zorg nodig hebben en dit kan de uitgangspunten van een collectief solidair zorgstelsel ondermijnen. Tenslotte moet er rekening mee worden gehouden dat niet bekend is wat de gevolgen van hogere eigen betalingen zijn op de gezondheid op lange termijn. Ook is het in dit verband nog van belang op te merken dat eigen betalingen geen prikkels geven aan artsen, verantwoordelijk voor de meeste beslissingen die leiden tot zorguitgaven, om doelmatiger te verwijzen.

Van de GGZ wordt vrij algemeen aangenomen dat deze prijsgevoeliger is dan de somatische zorg²⁵ en dat betekent dat eigen bijdragen voor de GGZ waarschijnlijk veel effect zullen hebben op de zorgvraag. Wat daarvan de gevolgen zijn op de geestelijke volksgezondheid is echter niet bekend. De GGZ is wel bekend met de 'zorgwekkende zorgmijder', een typering van personen die zorg nodig hebben maar dit afhouden. Een zorgmijdend effect als gevolg van hogere eigen bijdragen zou dan ook bij psychiatrische patiënten extra aanwezig kunnen zijn en voor hen ook juist extra schadelijk.

²³ Beschreven in Bakker, *Effecten van eigen betalingen*, pp.69-81.

²⁴ D. Cutler & R. Zeckhauser, "The anatomy of health insurance."

²⁵ CPB, *Gedragseffecten van eigen betalingen in de ZVW*, p.14.

2.6 Politieke context

2.6.1 De status van de beide ministers

Ab Klink (CDA), die eind juni 2010 de besprekingen over de eigen bijdrage met de Tweede Kamer aanvangt, is op dat moment demissionair minister van VWS nadat het kabinet CDA-PvdA-ChristenUnie op 20 februari van dat jaar is gevallen over de kwestie Uruzgan. Het is in zo'n situatie gebruikelijk dat de minister 'beleidsarm' bestuurt.

Luttele dagen nadat hij begin oktober 2010 de besprekingen over het onderwerp met de Tweede Kamer afrondt, treedt zijn opvolgster, Edith Schippers (VVD) aan. Zij voert afspraken uit het nieuwe Regeerakkoord uit waarvan de invoering van een eigen bijdrage voor de GGZ er één is. De uitgangspunten voor de gezondheidszorg zijn in dit akkoord dat een "kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg cruciaal [is] voor een samenleving" maar dat de kosten moeten worden beheerst. Voor de GGZ is het uitgangspunt dat "goede geestelijke gezondheidszorg voor wie dat nodig heeft" verzekerd blijft.²⁶

2.6.2 Partijen in de Tweede Kamer en hun standpunten

In 2010 en in 2011 is het qua zetelverdeling dezelfde Tweede Kamer die de maatregel met de verantwoordelijke minister bespreekt. Die nieuwe Tweede Kamer is op 17 juni 2010 geïnstalleerd, na de vervroegde verkiezingen van 9 juni en vier dagen voordat het wijzigingsbesluit 2011 door minister Klink aan de Kamer wordt voorgelegd. De zetelverdeling is gedurende beide jaren als volgt: VVD 31 zetels, PvdA 30, PVV 24, CDA 21, SP 15, D66 10. GroenLinks 10, ChristenUnie 5, SGP 2 en Partij voor de Dieren 2 zetels.

In de verkiezingsprogramma's uit 2010 onderschrijven de meeste partijen de algemene noodzaak voor een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg waarvan de kosten moeten worden beheerst. Alleen de SP geeft expliciet aan te willen investeren in de zorg. Geen van de partijen spreekt zich in haar verkiezingsprogramma uit voor een eigen bijdrage specifiek voor de GGZ. De VVD spreekt zich uit tegen eigen bijdragen in de zorg en wil juist een verhoging van het eigen risico. De PVV spreekt zich uit tegen verhoging van het eigen risico om zorgmijding te voorkomen. De PVV vindt wel dat de GGZ moet worden verkleind terwijl het CDA van mening is dat de groei ervan moet worden beperkt. D66 wil de GGZ juist bevorderen.²⁷

²⁶ "Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA 30 september 2010," pp.17,19.

²⁷ Voor de geraadpleegde verkiezingsprogramma's, zie het bronnenoverzicht.

2.7 Het parlementaire proces rond de invoering van de maatregel in kort bestek²⁸

De eigen bijdrage voor de GGZ2 is zowel in 2010 als in 2011 in het parlement besproken. Het bijbehorende conceptwijzigingsbesluit 2011 wordt op 21 juni 2010 aan het parlement voorgelegd. Na overleg tussen de vaste Tweede Kamercommissie voor VWS en de minister wordt op 1 juli door de Tweede Kamer een motie aangenomen, ingediend door PvdA, VVD en GroenLinks, waarin de regering wordt opgeroepen van de eigen bijdrage af te zien en dekking te vinden in een aantal specifiek genoemde alternatieven. Deze motie leidt er uiteindelijk toe dat de eigen bijdrage met een jaar wordt opgeschort. De VVD-fractie dreigt tijdens het plenaire debat op 30 september nog even om de eigen bijdrage toch nog in te willen voeren, vermoedelijk in verband met het feit dat deze is opgenomen in het Regeeren Gedoogakkoord van VVD-PPV-CDA dat later die dag wordt gepresenteerd, maar ziet uiteindelijk toch van deze stap af.

Het conceptwijzigingsbesluit 2012 wordt op 10 juni 2011 aan het parlement voorgelegd. Er volgt een schriftelijk overleg met de Eerste Kamer en een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer. Moties om van de eigen bijdrage af te zien halen het niet. Wel wordt op 30 juni een motie aangenomen van SGP en CDA, waarin de regering wordt opgeroepen voor kwetsbare groepen, op basis van inkomen en/of ernst van de psychiatrische problematiek, de maatregel te verlichten of ervan af te zien. De minister laat weten dat dit vanwege tijdsdruk voor 2012 niet mogelijk is maar verlaagt wel de eigen bijdrage tot €200,- per DBC. Een meerderheid van de Tweede Kamer blijkt hiermee in het najaar tevreden. Wel wordt nog een motie aangenomen van SGP en CDA, die dient om zorgmijding vroegtijdig op te sporen, en van VVD, PVV en SGP die dient om GGZ op basis van bemoeizorg van de eigen bijdrage te ontheffen.

²⁸ Een volledig chronologisch overzicht van de verschillende stappen in het parlementaire proces in 2010 en 2011 rond de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ2 is te vinden in de Bijlage. Dat overzicht vormt tegelijk een verantwoording ten aanzien van de parlementaire bronnen die zijn gebruikt voor het beantwoorden van de vragen in Hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 3

Toetsing van de eigen bijdrage aan legislatief ethische criteria¹

3.1 Procedures

3.1.1 Het eerste criterium

- De procedures waarlangs wetten of maatregelen worden vastgesteld dienen billijk te zijn met het oog op de inzet van het maatschappelijk contract en dienen correct te worden gevolgd.

Voor de toetsing van de maatregel tot een eigen bijdrage voor de GGZ2 aan dit criterium worden achtereenvolgens besproken het bij de maatregel aan de orde zijnde deelaspect van het maatschappelijk contract, de relevante procedures en de wijze waarop de procedures zijn gevolgd.

3.1.2 De inzet van de maatregel in het licht van het maatschappelijk contract

Het aspect van het maatschappelijk contract dat bij de eigen bijdrage voor de GGZ2 aan de orde is, is in 2010 niet zonder meer duidelijk. Enerzijds wordt in het conceptwijzigingsbesluit 2011 en ook in een brief aan de Tweede Kamer gesteld dat de maatregel wordt genomen als antwoord op overschrijdingen van de kosten in de GGZ en in de zorgsector in zijn geheel.² Zo beschouwd impliceert de maatregel de afspraak dat uitgaven voor de zorgsector binnen de begroting dienen te blijven. De inzet van het maatschappelijke contract is dan budgettaire discipline.

In 2010 worden echter ook andere redenen voor de maatregel genoemd. In dezelfde brief schrijft de minister namelijk dat de maatregel ook beoogt de financiële prikkel weg te nemen die is ontstaan door de eigen bijdrage in de ELP en die 30% van de patiënten onterecht naar de duurdere GGZ2 drijft. Zo bezien is de maatregel een efficiencymaatregel,

¹ In dit hoofdstuk wordt regelmatig verwezen naar Kamerstukken, zoals brieven van de minister en verslagen van overleggen met de Eerste en Tweede Kamer. Citaten uit deze stukken maken veelal geen deel uit van de hoofdtekst maar worden in de voetnoten weergegeven, soms vrij uitgebreid. Dit dient ter ondersteuning van de hoofdtekst en om een beeld te krijgen van de toonzetting van het debat. De afkorting AO verwijst naar het Algemeen Overleg tussen de vaste Tweede Kamercommissie voor VWS en de minister. Voor dossierverwijzingen, zie de Bijlage.

² Volgens de toelichting bij het conceptwijzigingsbesluit 2011 is voor de eigen bijdrage gekozen "gezien de overschrijdingen van de kosten in de GGZ." Conceptwijzigingsbesluit 2011, p.12. Volgens de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 28 juni 2010 is het gehele pakket aan maatregelen, waaronder de eigen bijdrage voor de GGZ2, nodig "ten behoeve van de geconstateerde overschrijding van circa €1,4 miljard" van het Budgettair Kader Zorg (BKZ).

gericht op doelmatiger gebruik van publieke middelen. De minister schrijft dat dit een besparing oplevert van €110 miljoen. Een verantwoording van de opbouw van dit bedrag wordt niet gegeven. Een rekensom doet vermoeden dat het grootste deel van dit bedrag, zo'n €95 miljoen, afkomstig zal zijn uit de eigen bijdragen zelf en dat er dus vooral sprake is van een financieringsverschuiving (duurdere zorg voor de gebruiker).³ In het AO van 29 juni 2010 zegt de minister dan nog dat hij juist de groei van de GGZ wil dempen. Hij verwacht van de eigen bijdrage dus ook gedragseffecten (verminderde zorgvraag).⁴ Dat echter impliceert een visie op de noodzakelijkheid van deze zorg. Immers, indien van mensen verwacht wordt dat ze minder zorg zullen vragen, dan veronderstelt dit dat dat mogelijk is, dat zij goed zonder die zorg kunnen. Met dergelijke argumenten verschuift echter de inzet van de maatregel van budgettaire discipline naar een heroverweging ten aanzien van de inhoud van het verzekerde pakket en de bekostiging daarvan. Deze pakketvraag is echter van een andere aard dan de noodzaak tot budgettaire discipline en vereist ook een andere aanpak.

Voor 2012 wordt de eigen bijdrage gepresenteerd als een besparingsmaatregel ten behoeve van kostenbeheersing in de zorg en niet om overschrijdingen te redresseren. De opbrengst van de maatregel, €226 miljoen, zal moeten voortkomen uit een financieringsverschuiving en ook uit gedragseffecten, waar de minister in 2011 vrij sterk op inzet.⁵ In 2011 speelt dus alleen de pakketvraag: een heroverweging ten aanzien van de inhoud van het verzekerde pakket en de bekostiging daarvan. Dat dit een uitspraak impliceert over de noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg wordt door de minister ook dit jaar niet geëxpliciteerd.

3.1.3 De van toepassing zijnde procedures

Voor zowel budgetoverschrijdingen als voor de pakketvraag staan de ministers van tevoren gemaakte afspraken en procedures ter beschikking. Voor de overschrijdingen gelden in 2010 nog de Begrotingsregels 2007-2011. Hierin is vastgelegd dat overschrijdingen binnen

³ Uitgaande van cijfers over 2009 is een voorzichtige schatting dat het bij de 70% patiënten die in de GGZ2 op de juiste plaats zit om minimaal 450.000 personen gaat die €175,- per DBC moeten bijbetalen, en bij de 30% die naar de ELP zou moeten verschuiven om minimaal 200.000 patiënten die maximaal €80,- per behandeling betalen. Dit zou €95 miljoen opleveren. Voor de patiëntenaantallen in 2009, zie GGZ Nederland, *Kerncijfers GGZ-sector*.

⁴ De minister uit zich hierover ambivalent. Tijdens het AO op 20 juni 2010 zegt hij: "Ik geloof niet in gedragseffecten in de zin dat het zal leiden tot mijden van zorg. Ik denk dat de drempel niet zo bovenmatig is dat de mensen zorg uit de weg gaan als er een duidelijke reden is om zorg te ontvangen. Ik geloof wel in het versterken van het kostenbewustzijn." In het AO op 16 september 2010 zegt hij echter: "Ik kies een niveau van eigen bijdrage dat ik verantwoord vind en waarvan ik wel degelijk gedragseffecten veronderstel."

⁵ Ook in 2012 zal het een groot deel van de opbrengst van de maatregel voortkomen uit de eigen bijdrage zelf. Een soortgelijke rekensom als in de noot 3, met voor 2012 een bijdrage van €295,- per DBC in de GGZ2 en €100,- in de ELP, leidt tot een te verwachten opbrengst van ruim €150 miljoen. Bij een gedragseffect van bijvoorbeeld 25% blijft hiervan nog altijd €115 miljoen over.

het eigen kader dienen te worden gecompenseerd, bijvoorbeeld door bezuinigingen op andere uitgaven.⁶ Voor de zorg is dit het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Voor de pakketvraag geldt de in Hoofdstuk 2 beschreven procedure waarin het pakketadvies van het CVZ een belangrijke maar niet bindende rol speelt. In Hoofdstuk 2 is ook de voorhangprocedure beschreven die van toepassing is op wijzigingen van het Besluit zorgverzekering. Er lijkt op voorhand geen reden om aan te nemen dat deze procedures niet billijk zouden zijn temeer daar de Tweede Kamer de mogelijkheid heeft zich over de maatregel uit te spreken en via moties het beleid kan trachten bij te sturen.

3.1.4 De toepassing van de procedures - begrotingsregels

Zoals boven reeds is beschreven wordt als achtergrond bij de eigen bijdrage in 2010 aanvankelijk verwezen naar overschrijdingen van de kosten in de zorg en ook in de GGZ zelf. In zekere zin voldoet dit aan de dan nog geldende begrotingsregels omdat een budgettair probleem in de zorg immers binnen de zorg zelf wordt opgelost. Toch valt hier wel wat op af te dingen. In de eerste plaats valt uit het overzicht van de opbouw van de €1,4 miljard aan overschrijdingen van het BKZ niet op te maken waar de GGZ2 verantwoordelijk is voor kostenoverschrijdingen aangezien deze sector in het overzicht, en ook in de toelichting, niet apart wordt genoemd.⁷ Vragen hierover vanuit de Tweede Kamer leiden ook niet tot meer zicht hierop. Een deel van de budgettaire compensatie wordt echter wel in de GGZ2 gezocht. Verder valt op dat er wel een overschrijding is binnen de ELP van €67 miljoen. Een van de doelen van de maatregel is echter om patiëntenstromen te verleggen van de GGZ2 naar de ELP waardoor dan juist daar een sectoraal budgettair probleem lijkt te worden vergroot. Een tweede kanttekening is dat het grootste deel van de opbrengst van de eigen

⁶ "Nederlandse begrotingsregels, 2007-2011," p.5.

⁷ In de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 28 juni 2010 wordt het volgende overzicht van de kostenoverschrijdingen gegeven:

		Bedragen x € 1 mln
Omschrijving		2010 e.v.
1	Medisch specialisten	349*
2	Ziekenhuizen	241
3	ZBC's	132
4	Huisartsen	30
5	Fysiotherapie	47
6	Tandheelkunde	99
7	Paramedische zorg	16
8	Eerstelijnspsychologie	67
9	Curatieve Zorg - Overig	35
10	Capaciteitsgroei AWBZ	423
11	AWBZ - Overig	15
12	PGB	120
13	Overig Nominaal	-83
Totaal		1491

bijdrage voortkomt uit de eigen bijdrage zelf. De maatregel is dus niet zozeer een bezuiniging maar een lastenverzwaring die leidt tot een verruiming van het BKZ met €95 miljoen (zie noot 3) en dat is niet conform de begrotingsregels.

Voor 2012 wordt de eigen bijdrage niet gepresenteerd als een middel om overschrijdingen terug te halen. Overschrijdingen zijn er dan wel maar deze worden gecompenseerd door de curatieve GGZ een tariefkorting op te leggen.

3.1.5 De toepassing van de procedures - pakketwijzigingen

Voor 2011 adviseert het CVZ om de GGZ2 en de ELP te harmoniseren ten aanzien van de eigen bijdrage (zie paragraaf 2.4.1). Het CVZ spreekt ten behoeve van de solidariteit een voorkeur uit voor verhoging van het eigen risico in plaats van het introduceren van eigen bijdragen wanneer die niet leiden tot besparingen voor de gebruiker van zorg of tot efficiënter zorggebruik. In de verantwoording van de eigen bijdrage voor de GGZ2 wordt in beide jaren sterk ingezet op het argument dat deze bijdraagt aan doelmatiger gebruik en in zoverre kan gesteld worden dat de wijzigingsbesluiten het advies van het CVZ volgen. Dit betekent wel dat de eigen bijdrage voor de GGZ2 wordt ingezet voor het vergroten van de doelmatigheid nadat eerst de eigen bijdrage voor de ELP deze heeft ondermijnd. Met evenveel recht kan worden gezegd dat afschaffing van de eigen bijdrage voor de ELP leidt tot doelmatiger zorggebruik.

3.1.6 Wat doet het parlement?

In het parlement is aandacht voor procedurele aspecten rond de maatregel. In 2010 zijn enkele Kamerleden van mening dat een demissionaire minister geen besluiten zou mogen nemen die zo ingrijpend zijn als de besluiten in het conceptwijzigingsbesluit. De Kamer verbindt hier echter geen consequenties aan. Naar de begrotingsregels wordt tijdens de overleggen in 2010 niet expliciet verwezen maar begrotingsprocedurele aspecten krijgen wel degelijk aandacht. Zo worden er tijdens het AO van 29 juni door diverse partijen vragen gesteld en ook twijfels geuit over de onderbouwing van de overschrijdingen in de GGZ. Verschillende partijen zijn vervolgens van mening dat budgetoverschrijdingen niet mogen leiden tot een verhoging van kosten voor patiënten, hetgeen in zekere zin in overeenstemming is met de dan geldende begrotingsregels. Dit leidt in het najaar tot een motie van de SGP waarin de eigen bijdrage voor de GGZ wordt afgewezen op grond van de overweging "dat zo veel mogelijk moet worden voorkomen dat budgetoverschrijdingen worden opgevangen door (verhoging van) eigen bijdragen van cliënten." ⁸

⁸ Motie-Van der Staaij, aangenomen op 7 oktober 2010. Dan is eigen bijdrage overigens al met een jaar opgeschort.

In 2011 zijn er met name vanuit de Eerste Kamer diverse vragen ten aanzien van de gevolgde procedures. PvdA en SP vragen de minister of een eigen bijdrage niet veeleer bij wet zou moeten worden geregeld dan bij AMvB. De SP-fractie in de Eerste Kamer suggereert dat eerst de voorhang van 30 dagen voor het wijzigingsbesluit moet zijn doorlopen alvorens de maatregel tot een eigen bijdrage echt kan worden afgekondigd. De minister is het met deze punten niet eens en zegt de voorgeschreven procedures te volgen. De Tweede Kamer neemt deze punten niet over.

3.1.7 Evaluatie

Met name in 2010 lopen twee bestuursaspecten door elkaar: enerzijds budgettaire discipline, en anderzijds de vraag naar inhoud en bekostiging van het verzekerde pakket, waarbij feitelijk de vraag naar de mate van noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg aan de orde is. Daarbij presenteert de minister de maatregel in eerste instantie als middel om budgetoverschrijdingen terug te halen maar in de loop van de tijd wordt duidelijk dat het hem ook gaat om inhoudelijke aspecten van de maatregel.⁹ Dit betekent in de eerste plaats dat de maatregel niet 'beleidsarm' is, een kwaliteit die wel wordt voorgestaan voor de rijksbegroting tijdens een demissionaire periode. In de tweede plaats betekent dit dat door de maatregel aanvankelijk te presenteren als noodzakelijk in het kader van budgetoverschrijdingen, de minister een zuiver inhoudelijke discussie in zekere zin ontloopt. Immers, de opbrengst van de maatregel wordt zo een financieel gat zodra de maatregel op inhoudelijke gronden zou worden verworpen. Dit verkleint de kans op een afweging op basis van zuiver inhoudelijke argumenten en op een goed geïnformeerde democratische beslissing over de vergoede GGZ en de bekostiging daarvan. Daarom was het zuiverder geweest indien de minister zich in 2010 strikter aan de begrotingsregels zou hebben gehouden of een meer technische begroting zou hebben gepresenteerd. Ook in 2011 wordt overigens de vraag naar de mate van noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg niet expliciet.

Uiteraard ligt hier ook een taak voor de volksvertegenwoordiging die dient te onderkennen welke maatschappelijke afspraken bij de maatregel aan de orde zijn en die de inhoudelijke zuiverheid van het debat dient te bewaken. In de breedte lijkt de Tweede Kamer zich in 2010 goed van deze taak te kwijten.¹⁰ In geen van beide jaren komt echter een

⁹ Dit blijkt bijvoorbeeld in het AO van 29 juni 2010. De minister zegt hierin dat hij er ook voor had kunnen kiezen om het eigen risico met een tientje te verhogen, om op die manier de begroting sluitend te krijgen, maar dat hij die keuze uitdrukkelijk niet maakt omdat daarmee de structurele oorzaken van groei niet worden aangepakt. "Ik wil de groeiers dempen," zegt hij.

¹⁰ Dat echter niet alle Kamerleden de risico's van vermenging van bestuursaspecten onderkennen mag blijken uit een bijdrage van de PVV tijdens het AO op 16 september 2010. Een citaat: "Ik zeg niet dat wij groot voorstander zijn van een eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ, maar als er gekozen moet worden – ik heb het geld namelijk niet ergens anders – kiezen wij ervoor akkoord te gaan met de eigen bijdrage voor

principeel debat over de noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg op gang, wat eigenlijk een voorvraag is bij de eigen bijdrage. In dat licht bezien is de vraag vanuit de Eerste Kamer in 2011, om de eigen bijdrage bij wet in plaats van bij AMvB te regelen, niet onlogisch aangezien dergelijke principiële kwesties dan minder gemakkelijk onderbelicht blijven.

3.2 Schade

3.2.1 Het tweede criterium

- Wet- en regelgeving dient geen van de burgers nodeloos of buitenproportioneel te schaden, waarbij schade wordt begrepen in het licht van de grondslag van het maatschappelijk contract.

Voor de toetsing van de eigen bijdrage aan het tweede criterium zal eerst worden vastgesteld wat de belangrijkste schade is die het gevolg is van de eigen bijdrage voor de GGZ. Vervolgens zal worden nagegaan hoe die schade gekwalificeerd moet worden in het licht van het maatschappelijk contract.

3.2.2 Mogelijke schade door eigen bijdragen¹¹

Eigen bijdragen in de zorg leiden tot kosten zodra men van zorg gebruik maakt. In directe zin is dit moeilijk als schade te bestempelen aangezien de eigen bijdrage nooit hoger kan zijn dan de werkelijke kosten van de gebruikte zorg. Bovendien zullen de werkelijke kosten van zorg, ook in de GGZ, de hoogte van de eigen bijdrage veelal al spoedig overstijgen en dikwijls ook het totaal aan betaalde premies. Vooral voor mensen met een laag inkomen kunnen eigen betalingen er echter voor zorgen dat hun besteedbaar inkomen onder het sociaal minimum duikt. Hoewel de verzekerde dan waarschijnlijk nog altijd beter uit is dan zonder verzekering kan een eigen bijdrage er zo wel toe leiden dat mensen buiten de afspraken van het maatschappelijk contract vallen, indien die inhouden dat het sociaal minimum moet worden gegarandeerd.

Eigen betalingen leiden in absolute zin tot schade wanneer mensen afzien van noodzakelijke zorg omdat de bedragen voor hen een te hoge financiële drempel vormen om zorg in te schakelen. Dit kan leiden tot schade op het gebied van de gezondheid maar ook op financieel gebied omdat men immers verplicht is premies te betalen voor een verzeke-

de tweede lijn. Het is niet iets wat wij per se willen, maar wij hebben geen alternatief voor het bedrag dat openstaat." Overigens stemt ook de PVV later voor de motie van de SGP (zie noot 8).

¹¹ Zie voor de overwegingen achter, en de werking van eigen bijdragen in de zorg, paragraaf 2.5.

ring waarvan men vervolgens geen gebruik maakt. En aangezien het risico van zorgmijding vooral bestaat bij personen met lage inkomens en personen die hun eigen zorgbehoefte niet goed kunnen inschatten, zoals psychiatrische patiënten, komen op deze wijze ook de sociaal-economische gezondheidsverschillen terug. Als dan om financiële redenen, ongeacht of deze reëel zijn of dat ze voortkomen uit een minder adequate realiteitstoetsing, wordt afgezien van noodzakelijke zorg waarop men op grond van de Zvw aanspraak kan maken, dan wordt onvoldoende voldaan aan de voorwaarde van de Zvw dat zorg toegankelijk moet zijn, ook ongeacht het inkomen (zie paragraaf 2.2.1). Ook op deze wijze kunnen te hoge eigen bijdragen er dus toe leiden dat mensen buiten de bescherming van de maatschappelijke afspraken vallen. Een dergelijke schade is in strikte zin misschien niet geheel nodeloos (de eigen bijdragen dienen immers ook een zeker publiek belang) maar met het oog op de grondslagen van het maatschappelijk contract is deze schade wel fundamenteel buitenproportioneel. Dit kan ook gerekend worden als maatschappelijke schade.

3.2.3 Leidt de eigen bijdrage voor de GGZ2 tot buitenproportionele schade?

De voor de hand liggende vraag is nu: is de hoogte van de eigen bijdrage voor de GGZ2 zodanig dat ze ertoe leidt dat niet langer aan de grondslagen van het maatschappelijk contract wordt voldaan? Ofwel: drijft de eigen bijdrage mensen uit zorg die in zorg zouden mogen of moeten zijn? Of tast hij het besteedbaar inkomen van individuen zodanig aan dat zij onder het sociaal minimum vallen? Het antwoord op deze vraag is dat dit niet bekend is omdat noch voor 2011 noch voor 2012 door de overheid is voorzien wat de gevolgen van de maatregel voor individuele patiënten zullen zijn. In de toelichting bij het conceptwijzigingsbesluit 2011 wordt wel erkend dat de maatregel zal leiden tot een lager besteedbaar inkomen voor mensen die van deze zorg gebruik maken of dat als gevolg van de maatregel sommige mensen zullen afzien van zorg maar dat dit ook schadelijk zou kunnen zijn wordt niet onderkend. De minister zelf zegt tijdens het AO op 29 juni 2010 dat hij naar de koopkrachteleffecten heeft gekeken en dat hij niet verwacht dat de eigen bijdrage mensen zal doen afzien van noodzakelijke zorg. Zijn verwachtingen lijken echter vooral te berusten op overtuiging en geloof.¹² Cijfers over de koopkrachteleffecten komen in het verloop van dit en volgende overleggen niet op tafel. Tijdens het AO op 16 september 2010 oppert de minister echter ook zelf de mogelijkheid dat eigen bijdrage zou kunnen leiden tot ongewenste zorgmijding en werkt hij actief mee aan het vinden van alternatieve dekkingen voor de eigen bijdrage.

¹² De minister zegt onder andere: "Ik heb natuurlijk gekeken wat de koopkrachteleffecten zijn (...) Naar mijn overtuiging zijn het geen bedragen die een drempel zullen vormen voor degenen die de zorg daadwerkelijk nodig hebben." En even later: "Ik geloof niet dat de drempel die wij opwerpen en het kostenbewustzijn dat wij met deze bijdrage creëren, uiteindelijk ertoe zullen leiden dat mensen zorg gaan mijden."

In 2011 is de situatie niet anders. De formulering in de toelichting bij het concept-wijzigingsbesluit 2012 is identiek aan die in het jaar ervoor. Eventueel schadelijk gevolgen worden wederom niet onderkend en koopkrachteffecten niet gepresenteerd. De eigen bijdrage is voor 2012 aanvankelijk echter wel zo hoog vastgesteld dat het reëel is te veronderstellen dat hij voor veel patiënten zal leiden tot financiële problemen dan wel tot afzien van noodzakelijke zorg. Met €295,- per DBC voor maximaal twee DBC's per jaar, gevoegd bij een voor 2012 verhoogd eigen risico van €220,-, kan de eigen bijdrage namelijk leiden tot een totaal aan eigen betalingen van €810,- op jaarbasis.¹³ Dit komt neer op €67,50 per maand. Zeker voor personen met een laag inkomen lijkt dit een groot bedrag.¹⁴ Een verantwoording ten aanzien van de mogelijke gevolgen van zo'n hoge eigen bijdrage voor individuele patiënten wordt bij de presentatie van deze bedragen echter niet gegeven evenmin trouwens als een verantwoording jegens de hoogte waarop de eigen bijdrage is vastgesteld. De indruk is dan ook dat deze hoogte vrij willekeurig is bepaald zonder oog voor negatieve consequenties. Die indruk wordt versterkt door de wijze waarop de minister antwoordt op vragen en zorgen vanuit de Eerste en Tweede Kamer over mogelijk schadelijke gevolgen. Ze reageert vooral ontwijkend op dergelijke vragen door nog eens alle argumenten voor de maatregel op te sommen en door te benoemen dat ze de eigen bijdragen al flink heeft verlaagd ten opzichte van eerdere voorstellen.¹⁵ Is er dan flankerend beleid dat mogelijk scha-

¹³ Twee DBC's per jaar is bijvoorbeeld het geval wanneer men achtereenvolgens bij twee verschillende organisaties wordt behandeld. Een voorbeeld is een patiënt met schizofrenie die zich thuis handhaaft met onderhoudsmedicatie maar op zeker moment tijdelijk moet worden opgenomen buiten de eigen regio. Beide GGZ-instellingen leveren in zo'n geval een afzonderlijke DBC aan de zorgverzekeraar aan.

¹⁴ Dit bedrag is bijvoorbeeld veel meer dan de koopkrachteffecten voor personen met een bijstandsuitkering van alle fiscale maatregelen bij elkaar uit de op Prinsjesdag 2011 gepresenteerde Rijksbegroting 2012. Die maatregelen leiden tot een maximale koopkrachtdaling van €18,- per persoon voor alle typen bijstandshuishoudens, behalve voor alleenstaande met 3 kinderen, voor wie de koopkrachtdaling €53,- bedraagt. Vgl. Nibud, "Koopkrachtmutaties voor 2012."

¹⁵ Voorbeelden hiervan zijn te vinden in:

1. Het schriftelijk overleg met de Eerste Kamer van 29 juni/1 juli 2011. Hierin stelt de PvdA-fractie de vraag: "Kan de minister aangeven waar de hoogte van de eigen bijdragen op is gebaseerd? Heeft de minister een prospectieve analyse uitgevoerd om na te gaan wat deze maatregelen betekenen voor de patiënten die het treft? De overheid is gehouden aan het bieden van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. Hoe verhouden deze uitgangspunten zich met de voorgestelde maatregelen?" Het hele antwoord van de minister luidt: "De maatregelen die ik neem zijn weliswaar ingrijpend, maar in het kader van een houdbare en betaalbare GGZ ook nodig. De groei in de GGZ in de afgelopen tien jaar is fors: in minder dan 9 jaar zijn de uitgaven verdubbeld en ieder jaar zijn er circa 10% meer patiënten. Tegelijkertijd is de prevalentie van mensen met psychische problematiek in die periode gelijk is gebleven. Ik vind het belangrijk dat er in de GGZ meer bewustwording komt van de (hoge) kosten van zorg. Er bestaat een perverse prikkel in de GGZ. Doordat in de eerstelijns wel en in de tweedelijns geen eigen bijdragen zijn, is de stimulans om de zorg te zoeken in de tweedelijns. Daarom heb ik ervoor gekozen in de tweedelijns een eigen bijdrage te introduceren die hoger is dan de eigen bijdrage in de eerstelijnszorg. Voor de eerstelijns GGZ was een eigen bijdrage van €155,- in het regeerakkoord opgenomen. Omdat ik de zorg meer wil verplaatsen naar de eerste lijn heb ik ervoor gekozen die eigen bijdrage te verlagen naar €100,-. In de tweedelijnszorg stel ik een eigen bijdrage voor van €275,-, waarbij een patiënt niet meer dan één keer per jaar deze eigen bijdrage hoeft te betalen. In het regeerakkoord was de eigen bijdrage €175,- voor behandelingen tot 1.800 minuten, en €425,- voor behandelingen vanaf 1.800 minuten. Hierbij bestond de mogelijkheid dat mensen met multi-morbiditeit nog meerdere eigen bijdragen moesten betalen. Dat zijn er zo'n 120.000, bij wie de eigen bijdrage fors kon oplopen. Mijn voorgestelde maatregel is daarom minder ingrijpend dan de maatregelen over de eigen

delijke gevolgen kan compenseren? Dat is niet het geval. De minister komt er zelf niet mee. Wel zegt ze naar aanleiding van een motie van deze strekking toe met de sector te zullen bezien hoe de meest kwetsbare groepen kunnen worden ontzien maar na enkele weken laat ze weten dat die motie voor 2012 niet uitvoerbaar is. Ze verlaagt hierop wel de eigen bijdrage tot €200,- per DBC hetgeen ook de definitieve hoogte is bij de invoering op 1 januari 2012. Dit leidt tot een totaal aan eigen betalingen, inclusief eigen risico, van €420,- op jaarbasis voor behandeling in de GGZ2, hetgeen overeenkomt met €35,- per maand.

Is het nog steeds reëel een dergelijke hoogte te beschouwen als schadelijk in eerdergenoemde zin? Dat lijkt moeilijk te zeggen aangezien nog steeds niet bekend is wat de reële effecten van de maatregel zullen zijn. Op basis van onderzoek valt te verwachten, gezien de relatief hoge prijselasticiteit van de GGZ, dat er nog steeds een behoorlijk gedragseffect van een dergelijke bedrag zal uitgaan. Voor veel mensen met een laag inkomen zal een rekening van €420,- moeilijk te verteren zijn, gezien bijvoorbeeld het aantal mensen met betalingsproblemen bij hun zorgverzekering.¹⁶ Wat de effecten zullen zijn op de geestelijke

bijdrage die in het regeerakkoord zijn vastgelegd of bijvoorbeeld door mijn ambtsvoorganger zijn voorgesteld. In dit verband wijs ik uw Kamer overigens ook op de motie Van der Staaij/Bruins Slot die donderdag jongstleden in de Tweede Kamer is aangenomen. Op basis hiervan zal ik de komende dagen in overleg met de sector te treden om te bezien welke financiële ruimte verder kan worden gevonden voor het ontzien van de meest kwetsbare doelgroepen bij het heffen van de eigen bijdrage."

2. Het AO op 30 juni 2011. Tijdens interrupties dringen diverse Kamerleden aan op een reactie van de minister op de door hun voorspelde negatieve effecten voor individuele patiënten. Daarbij wordt opgemerkt dat onder de patiënten in de GGZ relatief veel mensen met een laag inkomen zijn, zo'n 25% voor wie de eigen betalingen onoverkomelijk zijn. In reactie hierop benadrukt de minister de redenen die er zijn om de eigen bijdrage wel in te voeren zonder echt op de mogelijk negatieve gevolgen in te gaan. Ze bespreekt wel de door D66 voorgestelde optie om de eigen bijdrage inkomensafhankelijk te maken maar ze wijst dit als niet goed uitvoerbaar af, om twee redenen: mensen zouden dan hun inkomen moeten opgeven aan bijvoorbeeld de zorgverzekeraar hetgeen om privacyredenen niet wenselijk is, en het zou ook leiden tot hoge administratieve lasten. Daarnaast leidt dit tot het risico van een armoedeval. Wel zegt ze toe de gevolgen, achteraf, te zullen gaan monitoren. De Kamer heeft de indruk dat de minister hiermee toch aan het voorgelegde probleem voorbijgaat en legt dit haar nog enkele malen voor. Dit leidt uiteindelijk tot een interruptie van de SGP: "Ik begrijp dat punt, maar tegelijkertijd zien wij dat mensen die zware zorg nodig hebben, in problemen kunnen komen door die eigen betaling of zorg gaan mijden. Dat is een negatieve prikkel die ervoor in de plaats komt. Dan lossen we dus het ene probleem op maar creëren we weer een ander probleem." Hierop reageert de minister: "De suggestie wordt gewekt dat dit allemaal mensen zijn met een bijstandsuitkering. Dat is in de praktijk gewoon onjuist. Bijna driekwart van die mensen heeft een middeninkomen of een hoger inkomen. Is het dan gek om mensen te vragen om een kleine bijdrage te betalen voor de zorg die zij gebruiken en die wij voor het allergrootste deel collectief betalen? Ik vind dat geen rare vraag." Ook de PvdA probeert het nog eens met de vraag: "Erkent de minister dat mensen met een heel zware problematiek ook de dupe worden van deze maatregel en vindt zij niet gewoon dat die mensen uitgezonderd moeten worden?" De minister antwoordt: "Nee, ik heb geprobeerd om uit te leggen welke gedachten achter deze maatregelen liggen en waarom wij juist voor deze maatregelen hebben gekozen." En later: "Ik kijk hier op deze manier tegenaan: van degenen die premie betalen, wordt steeds meer premie gevraagd om de GGZ te bekostigen. Vind ik dat erg? Nee, want anders zou ik de GGZ niet laten groeien. Wij laten de GGZ groeien, omdat wij die zorg overeind willen houden. Als wij die zorg niet beheerst laten groeien, ontstaan echter situaties waarin ik me echt zorgen ga maken over mensen met schizofrenie in de toekomst, want wij willen ook dan een gezonde en betaalbare zorgsector en wij willen dat er ook dan nog steeds draagvlak is in de samenleving om die solidariteit te betalen. Ik vind dus dat wij de verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg moeten laten meewegen in dit soort beleidsdossiers."

¹⁶ Jaarlijks zou dit gaan om circa 290.000 personen die langer dan een half jaar hun premie niet betalen. Bron: *NRC Handelsblad*, 23 juli 2012.

volksgezondheid is ook moeilijk te zeggen. Een deel van de zorgmijders zal op eigen kracht over de psychische klachten heenkomen, een deel zal langer doorlopen met klachten waarvoor ze op grond van de Zvw aanspraak zouden kunnen maken op behandeling en bij een deel van deze mensen zullen de klachten verergeren. Al met al lijkt het reëel te veronderstellen dat een dergelijke hoogte er daadwerkelijk toe zal leiden dat er onder de minder draagkrachtige patiënten een aantal mensen is dat afziet van zorg die noodzakelijk is en waarop zij op grond van de Zvw ook recht hebben. Dat betekent dat hen door de samenleving wel een recht op deze zorg is toegekend, tegenover de plicht zich te verzekeren en premie te betalen, maar het gebruik kunnen maken van dat recht moet vervolgens worden gekocht voor een te hoge prijs. Personen met een hoog besteedbaar inkomen kunnen dat gebruik wel kopen maar personen met een laag besteedbaar inkomen mogelijk niet. Daarmee wordt zorg dus minder toegankelijk op grond van het inkomen en wordt niet meer voldaan aan de uitgangspunten van de Zvw. Dat is een ernstige vorm van schade. Om hoeveel personen het hierbij gaat is niet bekend, ook niet bij de overheid die in prognoses niet heeft voorzien. Hoewel zij kan weten dat juist mensen met lage inkomens kwetsbaar zijn voor gezondheidsschade als gevolg van eigen betalingen, zet de overheid ook geen compenserend beleid op behalve dat de minister uiteindelijk nog, tijdens het AO op 16 september 2011, verwijst naar de mogelijkheid een beroep te doen op de bijzondere bijstand. Wat daaruit kan worden vergoed is echter niet iets waarover de rijksoverheid beslist maar de gemeenten.

3.2.4 Wat doet het parlement?

Veel partijen in de Tweede Kamer uiten hun zorgen over de mogelijk schadelijke gevolgen van de eigen bijdrage. Echter, ook de Kamer lukt het niet om deze gevolgen helder te krijgen en dit wordt door sommige partijen ook erkend. Voor de PvdA is dit een reden om, samen met VVD en GroenLinks, een motie in te dienen waarin de regering wordt opgeroepen van de eigen bijdrage af te zien op grond van de overweging "dat er nog onvoldoende inzicht bestaat in de gevolgen van het invoeren van eigen betalingen bij paramedische zorg en tweedelijns GGZ." ¹⁷ Deze motie wordt op 1 juli 2010 door de Tweede Kamer aangenomen, waarbij alleen het CDA tegenstemt, en leidt uiteindelijk tot het opschorten van de maatregel met een jaar.

Hoewel de voorgestelde bedragen voor 2012 fors hoger zijn dan de voorstellen voor 2011, en in 2011 de gevolgen van de maatregel evenmin bekend zijn als in het jaar ervoor, leidt dit bij de besprekingen op 30 juni 2011 niet tot een soortgelijke motie als in 2010. Moties om van de eigen bijdrage af te zien op grond van de gevolgen worden wel

¹⁷ Motie-Van der Veen c.s., aangenomen op 1 juli 2010.

ingediend maar verworpen. Wel aangenomen, met algemene stemmen, wordt een motie van SGP en CDA waarin de regering wordt opgeroepen "bij het introduceren van een eigen bijdrage in de tweedelijns-GGZ het risico op zorgmijding in te perken door de meest kwetsbare doelgroepen te ontzien, hetzij via een verlaging van de eigen bijdrage, hetzij via een gerichte uitzondering voor de meest kwetsbare doelgroepen." ¹⁸ Als de minister enkele weken later laat weten dat de motie voor 2012 niet uitvoerbaar is maar ze wel de eigen bijdrage zal verlagen tot €200,- per DBC, blijkt de SGP tevreden met het antwoord van de minister. Het CDA en ook de oppositiepartijen houden zorgen over het risico op zorgmijding. Andere moties waarin de regering wordt opgeroepen om kwetsbare groepen te ontzien, zoals 160.000 personen met 'ernstige psychiatrische stoornissen' en dementerenden, halen het bij de plenaire zittingen in het najaar echter niet. Wel worden enkele moties aangenomen die beogen negatieve consequenties van zorgmijding te voorkomen waaronder een motie van VVD, PVV en SGP, waarin de regering wordt verzocht GGZ die voortvloeit uit bemoeizorg te ontheffen van de eigen bijdrage.¹⁹ Deze motie wordt met algemene stemmen aangenomen al wekt ze wrevel op bij de oppositie omdat ze pas in werking treedt zodra er sprake is van bemoeizorg in plaats van dat zorgmijding wordt voorkomen. Tijdens het plenaire debat over de begroting van VWS op 10 november 2011 wordt dan alsnog nog een motie ingediend door PvdA, SP, GroenLinks, D66 en PvdD, waarin de regering wordt verzocht van de invoering van de eigen bijdrage af te zien op grond van de overweging "dat de regering niet onderzocht heeft welke medische en maatschappelijke gevolgen de invoering van eigen bijdragen voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg en verblijf in een geestelijke gezondheidszorginstelling zal hebben en alleen achteraf zal monitoren wat de effecten van de maatregel zijn." ²⁰ Deze motie wordt verworpen door tegenstemmen van het CDA maar ook van VVD, PVV en SGP, partijen die in 2010 nog stemden voor de motie met soortgelijke strekking waarvan de VVD zelfs een van de indieners was.

3.2.5 Evaluatie

Eigen betalingen in de zorg kunnen een effectief instrument zijn om de totale zorgkosten en daarmee de te betalen premies in de hand te houden en dienen dus een publiek belang. Hoge eigen bijdragen kunnen echter tot gevolg hebben dat individuele burgers buiten de bescherming van de maatschappelijke afspraken vallen. Vooral mensen met lage inkomens zijn wat dit betreft kwetsbaar en zeker ook patiënten in de GGZ2. De overheid heeft als taak

¹⁸ Motie-Van der Staaij/Bruins Slot, aangenomen op 30 juni 2011. Blijkens de bijdragen van de indieners van de motie tijdens het AO op 30 juni 2011 gaat het hen bij de 'kwetsbare doelgroepen' om personen die kwetsbaar zijn op financieel zowel als op gezondheidsgebied.

¹⁹ Motie-Mulder c.s., aangenomen op 13 oktober 2011.

²⁰ Motie-Van der Veen c.s., verworpen op 11 november 2011.

dergelijke gevolgen te voorkomen en dient hiermee bij het vaststellen van de hoogte van eigen betalingen rekening te houden. De wijze waarop vooral de hoogte van de bedragen voor 2012 is vastgesteld en de reactie van de minister in 2011 op vragen en zorgen vanuit het parlement duiden erop dat de overheid zich geen rekenschap heeft gegeven van dergelijke gevolgen.²¹ Hierin schiet zij dan ook tekort.

De meeste bezwaren tegen de maatregel op basis van de hier uitgevoerde ethische toetsing worden in de Tweede Kamer wel genoemd en vormen daar ook argumenten op grond waarvan in 2010 en in 2011 de Kamer de regering oproept van de eigen bijdrage af te zien dan wel de werking ervan in te perken. In 2010 volgt de minister de Kamer. Als echter in 2011 de minister aangeeft geen uitvoering te kunnen geven aan de motie wordt de eigen bijdrage door een meerderheid van de Kamer geaccepteerd. Dit hoewel het totaal aan eigen betalingen voor 2012 (€420,-) hoger is dan het oorspronkelijk totaal voor 2011 (€340,-) terwijl eventueel negatieve consequenties even weinig bekend zijn als in het jaar ervoor. Dit betekent dat de Tweede Kamer in 2011, qua samenstelling toch identiek aan 2010, niet meer vasthoudt aan het door haar in 2010 geformuleerde principe dat de eigen bijdrage niet kan worden ingevoerd als er geen zicht is op de gevolgen. Het meerderheidsstandpunt van de Kamer is duidelijk gewijzigd. Dit heeft ook tot gevolg dat, indien de bovengeformuleerde conclusie juist is dat de overheid bij de vaststelling van de maatregel tekort is geschoten in het zich rekenschap geven van de mogelijk negatieve gevolgen van de maatregel, ook de Kamer in 2011 tekortschiet in haar taak om de overheid hierop te controleren.

3.3 Gelijke baten en lasten

3.3.1 Het derde criterium

- De baten en lasten van wet- en regelgeving dienen zoveel mogelijk gelijkkelijk te zijn verdeeld over de burgers en waar hierbij ongelijkheden zijn aanvaard, dienen deze inhoudelijk op acceptabele wijze te zijn gerechtvaardigd.

Bij de toetsing van de maatregel aan het derde legislatief ethische criterium is de voorliggende vraag of met de eigen bijdrage specifiek voor de GGZ2 de lasten en baten gelijkkelijk

²¹ Het gebrek aan besef van de financiële gevolgen voor patiënten mag ook nog blijken uit de berekening die de minister maakt tijdens het AO op 30 juni 2011 waarin zij spreekt over "de nog geen €25,- die dit een patiënt per maand kost" (de hoogte van de eigen bijdrage ligt dan op €275,- voor maximaal één DBC). Ze neemt hierin echter niet het eigen risico van €220,- per jaar mee dat er nog bij opgeteld moet worden en hetgeen leidt tot een maandbedrag van ruim €41,-.

zijn verdeeld over de burgers, en als dit niet het geval is, of de redenen voor de ongelijke behandeling acceptabel zijn.

3.3.2 Ongelijke lasten

Het is duidelijk dat door de eigen bijdrage voor de GGZ2 de lasten voor patiënten in het kader van de Zvw ongelijk zijn verdeeld. Van patiënten in de GGZ2 en in de tweedelijns somatische zorg wordt eenzelfde eigen betaling gevraagd in de vorm van het eigen risico ter hoogte van €220,-. In de GGZ2 betaalt men echter ook nog een eigen bijdrage van €200,- voor een ambulante behandeling en bij een opname vanaf de tweede maand €145,- per maand aan 'liggeld'. Geen van beide wordt van patiënten in de somatische zorg gevraagd. De vervolgvraag is of tegenover de ongelijke lasten mogelijk ook ongelijke baten staan. De beantwoording van die vraag vergt een wat langer betoog.

3.3.3 Ongelijke baten?

De baten voor de burger vanuit de Zvw zijn het verzekerd zijn voor noodzakelijke geneeskundige zorg (zie paragraaf 2.2.2). Volgens het op 1 januari 2012 geldende Besluit zorgverzekering wordt geestelijke gezondheidszorg ook in 2012 gezien als noodzakelijk zorg. Alleen voor behandeling van de Aanpassingsstoornis geldt dit klaarblijkelijk niet want die wordt per 1 januari 2012 niet meer vergoed. Voor alle overige psychiatrische diagnoses is de GGZ gelijkgesteld aan de somatische zorg. Beide sectoren worden dus gelijkgeschakeld als leveranciers van noodzakelijke zorg gericht op genezing van ziekte of vermindering van klachten. Van de aard van de behandeling in de GGZ kan verder niet worden gezegd dat die wezenlijk verschilt van de behandeling binnen andere medische specialismen. De behandeltechnieken binnen de GGZ zijn deels uniek (psychotherapie) en deels niet uniek (farmacotherapie) maar een dergelijke constatering kan voor vrijwel elk medisch specialisme worden gemaakt. Ook de kostprijzen van behandeling zijn in de GGZ niet wezenlijk anders dan in de somatische gezondheidszorg, namelijk net zo gevarieerd en niet duurder.²² Kortom, naar doel, methoden en kosten is wat de verzekerde op grond van de Zvw krijgt in de GGZ niet essentieel afwijkend van wat hij krijgt in de somatische gezondheidszorg.

Het is niettemin mogelijk dat 'genezing' of 'vermindering van klachten' in de GGZ toch kwalitatief anders is dan binnen de somatische gezondheidszorg en dat in die zin de

²² Zo waren in 2003 de duurste somatische ziekten qua kostprijs per 'ziektegeval': slokdarmkanker, heupfracturen (beiden €24.000,-) en meningitis (€23.500,-). De duurste als psychiatrisch geclassificeerde ziekten waren dementie (€31.000,-) en schizofrenie (ca. €15.000,-). De kosten voor deze beide ziekten bestaan echter voornamelijk uit verblijfskosten die worden betaald uit de AWBZ en niet uit de Zvw. De behandeling voor depressie was veel goedkoper (€1.800,- per ziektegeval) hetgeen enigszins vergelijkbaar is met de kosten voor bijvoorbeeld coronaire hartziekten (€1.375,-). Vgl. A. de Hollander *et al.*, *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*.

baten in de GGZ verschillen van die in de somatische zorg. Dit zou het geval zijn indien binnen de GGZ 'ziekte' kwalitatief verschilt van ziekte binnen de somatische gezondheidszorg. Dit leidt tot de vraag naar de aard van ziekte in de GGZ in relatie tot de somatische zorg. Nu is de nosologische vraag binnen de GGZ moeilijker te beantwoorden dan in de somatische zorg. Dit heeft te maken met het feit dat voor het beschrijven van 'ziekte' of 'pathologie' een conceptie van het 'normale' nodig is en dat is op het terrein van de geestelijke gezondheid een moeilijker opgave dan op het terrein van de somatische gezondheid.²³ De grenzen tussen normaal en abnormaal zijn namelijk dikwijls moeilijk vast te stellen op het gebied van cognities (is er bijvoorbeeld sprake van religieus geloof of van een waanvoorstelling), emoties (bijvoorbeeld: rouw of depressie) en gedrag (bijvoorbeeld: druk of ADHD). Het risico bestaat daardoor dat psychologische condities worden geïnterpreteerd als pathologisch aan de hand van criteria die eigenlijk psychosociale of morele opvattingen weerspiegelen en dus eerder waardeoordelen zijn dan medische oordelen.²⁴ Wie een dergelijke op waardeoordelen gebaseerde psychiatrie wil voorkomen door zich strikt te houden aan een medisch-biologisch model stuit op andere problemen, zoals het feit dat voor veel psychiatrische diagnoses geen of geen eenduidig biologisch substraat kan worden aangetoond. Om op grond hiervan traditioneel als pathologisch beschouwde condities niet langer als ziekte te beschouwen kan echter voorbarig zijn aangezien zo'n substraat door fijngevoeliger onderzoeksmethoden op zeker moment mogelijk wel aangetoond kan worden. Tegelijk kunnen betere onderzoeksmethoden er echter ook toe leiden dat, wellicht onder druk van de farmaceutische industrie, de aandacht wordt gevestigd op afwijkende biologische patronen bij psychologische condities die men toch liever niet als pathologisch beschouwt zoals rouw. Het is om dergelijke redenen dat in de psychiatrische diagnostiek nog altijd sterk wordt uitgegaan van de zelfrapportage van patiënten aangaande hun subjectieve lijden en de mate van disfunctioneren. Dit heeft wel tot gevolg dat psychiatrische diagnoses minder 'hard' zijn dan somatische diagnoses zoals een fractuur of een melanoom. De kans bestaat daardoor ook dat lijden dat als normaal-want-horend-bij-het-leven beschouwd zou kunnen worden, toch wordt geclassificeerd als ziekte of stoornis zodra men hiermee een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg.²⁵

Als nu dit laatste het geval is, dan zou men wellicht met recht kunnen stellen dat de baten in de GGZ vanuit de Zvw inderdaad anders zijn dan in de somatische gezondheidszorg, namelijk veeleer een soort hulp bij levensproblemen. Gegevens over de aanmeldings-

²³ Vgl. C. Broose, "Concepts of health and disease."

²⁴ Vgl. bijvoorbeeld de diagnostische criteria voor de beschrijving van de theatrale persoonlijkheidsstoornis, zoals "snel wisselende en oppervlakkige emotionele uitingen" of "ongepast seksueel verleidelijk of uitdagend gedrag." American Psychiatric Association, *Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*.

²⁵ Voor een uitgebreide bespreking van de problemen rond de psychiatrische nosologie of ziekteleer, zie bijvoorbeeld D. Bolton, *What is mental disorder? An essay in philosophy, science and value*.

klachten in de ELP geven wel enige onderbouwing voor deze veronderstelling.²⁶ Echter, in de GGZ2, en ook in de ELP, worden veel mensen behandeld voor psychiatrische ziekten die wel leiden tot ernstig lijden en disfunctioneren, waarbij biologische oorzaken aantoonbaar zijn en die ook veroorzakers zijn van verhoogde mortaliteit.²⁷ Sommige als psychiatrisch geclassificeerde beelden schurken zelfs verrassend dicht aan tegen bepaalde somatische ziekten, bijvoorbeeld naar verschijningsvorm (amnesie ten gevolge van een cerebraal infarct vs. amnesie ten gevolge van Alzheimer) of naar etiologie (vgl. de rol van de neurotransmitter dopamine bij Parkinson en bij schizofrenie).²⁸ Bovendien geldt ook voor de somatische gezondheidszorg dat niet alle vergoede prestaties zijn gericht op genezing van ziekte, zoals bijvoorbeeld het gebruik van euthanatica (vanuit de Zvw vergoed per 1 januari 2012) of IVF bij vrouwen bij wie ten gevolge van veroudering sprake is van in feite een normaal proces van vermindering van vruchtbaarheid. Kortom, zelfs indien in de GGZ verhoudingsgewijs meer mensen hulp zouden krijgen bij problemen die niet echt als ziekte zijn te classificeren, dan noch gaat het bij het merendeel van de patiënten in de GGZ om personen die in nosologische zin even ziek zijn als patiënten in de somatische zorg, waar overigens evenmin elke conditie als pathologisch kan worden beschouwd. De hypothese dus dat hetgeen de GGZ de patiënt biedt kwalitatief anders is dan wat hij krijgt in de somatische gezondheidszorg is vooralsnog niet bewezen en met bovenstaande veeleer gefalsificeerd. Voor de meerderheid van de GGZ-patiënten zijn de baten vanuit de Zvw dus beslist niet anders dan de baten voor patiënten in de somatische zorg terwijl de lasten voor beide groepen wel verschillen.²⁹

3.3.4 Is de onderbouwing voor de ongelijke verdeling van baten en lasten acceptabel?

Nu beweert in 2010 en in 2011 overigens geen van beide ministers dat psychiatrische ziekten kwalitatief verschillen van somatische ziekten en op grond daarvan een andere behan-

²⁶ Zo bestonden de aanmeldingsklachten voor de ELP in 2008 bij 27% van de cliënten uit stemmingsklachten maar ook bij 24% uit interpersoonlijke problemen en bij 22% uit problemen met aanpassing en verwerking. Vervolgens kreeg 22% van de cliënten de diagnose aanpassingsstoornis terwijl 30% zelfs geen diagnose kreeg. P. Verhaak *et al.*, *Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses*.

²⁷ Zie bijvoorbeeld U. Hiroeh *et al.*, "Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: A population-based study;" A. Kouzidis *et al.*, "Psychopathology and mortality in the general population."

²⁸ Vergelijk de rol van een ontregeld dopaminesysteem in zowel Parkinson als in schizofrenie. C. Marsden, "Dopamine: The rewarding years."

²⁹ Een schrander iemand zou nu nog kunnen suggereren dat de maatregel voor patiënten misschien wel leidt tot ongelijkheid, maar voor burgers niet omdat voorafgaand aan een ziekte-episode voor allen dezelfde condities gelden. Dat maakt echter van de zorgverzekering een loterij: wie geluk heeft krijgt een ziekte die zonder eigen bijdrage wordt behandeld, wie pech heeft een ziekte die alleen met bijbetaling wordt behandeld. Een verzekeringstechnische analogie zou hier zijn de bepaling dat het eigen risico bij diefstal €200,- bedraagt indien de diefstal doordeweeks plaatsvindt en €500,- indien de diefstal in het weekend plaatsvindt. Dit zou door verzekerden op zijn minst als vreemd en waarschijnlijk ook als onrechtvaardig worden ervaren. Dat geldt des te meer voor een verzekering waarin men verplicht is deel te nemen.

deling zouden behoeven. Toch zijn beide ministers van mening dat de ongelijke behandeling van beide groepen patiënten te rechtvaardigen is. Minister Schippers gaat daarbij het meest diepgaand op vragen en kritiek vanuit de Eerste en de Tweede Kamer in omdat zij hier ook het meest mee te maken krijgt. In haar brief aan de Eerste Kamer van 1 juli 2011 schrijft ze: "Ik hecht er dan ook aan elke twijfel weg te nemen over de vraag of door het invoeren van de eigen bijdrage een ongerechtvaardigd onderscheid wordt gemaakt tussen somatische patiënten en patiënten in de GGZ. (...) Een verschil in behandeling tussen groepen patiënten zal dus moeten kunnen worden herleid tot relevante verschillen tussen die groepen." Bij haar verdediging betreft ze ook het bestaande verschil in bijdrageregime tussen de ELP (wel een eigen bijdrage) en de GGZ2 (geen eigen bijdrage) en dit leidt tot een niet overtuigende argumentatie. De minister zegt over deze ongelijkheid dat ze die niet kan opheffen door de eigen bijdrage in de ELP af te schaffen omdat dat zou leiden tot "een gigantische premieverhoging."³⁰ Van het bestaande verschil tussen de ELP en de GGZ2 zegt de minister verder letterlijk dat ze dit niet discriminerend vindt en dus geen ongerechtvaardigde ongelijke behandeling.³¹ Analoog aan wat ze schrijft aan de Eerste Kamer moet dit wel betekenen dat ze deze ongelijke behandeling gerechtvaardigd vindt op grond van relevante verschillen tussen de beide patiëntenpopulaties in de ELP en de GGZ2. Dat is echter merkwaardig omdat de te introduceren eigen bijdrage voor de GGZ2 bewerkstelligt dat patiënten in de GGZ2 meer gaan bijbetalen dan in de ELP terwijl dit eerst juist andersom was, zonder dat de verschillen tussen beide populaties per 1 januari 2012 wezenlijk veranderen. Uitspraken van de minister tijdens het AO op 30 juni 2011 suggereren verder dat ze de nieuwe verhouding rechtvaardigt op grond van het feit dat in de ELP lichte zorg wordt verleend en in de GGZ2 zwaardere zorg.³² Als dat het relevante verschil is tussen ELP en GGZ2 dan rechtvaardigde eerder dus de lichtere zorg in de ELP de hogere bijbetaling dan in

³⁰ Tijdens het AO op 30 juni 2011 zegt ze: "Over het algemeen is het niet zo dat je als reactie op behoorlijke overschrijdingen de eigen bijdrage opheft. Dat is geen logische reactie. Ik kan mij dat ook gewoon niet veroorloven. Als wij dit zouden laten zitten, betekent dat een gigantische premieverhoging." Hierbij kan worden opgemerkt dat de eigen bijdrage voor 2012 juist niet is gepresenteerd om overschrijdingen terug te halen maar als een bezuinigingsmaatregel. Met de 'gigantische premieverhoging' lijkt het ook mee te vallen. Afgaande op de cijfers van 2008 zou het gaan om 125.000 cliënten in de ELP die elk maximaal €80,- betalen voor 8 sessies. Indien de totaalopbrengst hiervan, €10 miljoen, zou worden omgeslagen naar de premiebetalers leidt dit tot een premieverhoging van nog geen €1,- per jaar.

³¹ Tijdens het AO op 30 juni 2011 zegt ze: "Vind ik het discriminerend dat wij een eigen betaling hebben in de eerste lijn, maar niet in de tweede lijn? Nee, maar ik vind het wel dom. Ik vind het dom om voor lichte zorg een eigen betaling te vragen en voor zwaardere zorg niet." Overigens schrijft ze juist in haar brief aan de Eerste Kamer: "Het niet hanteren van een eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ zou mogelijk als ongelijke behandeling kunnen worden gezien door verzekerden die eerstelijns GGZ ontvangen en daarvoor sinds 2008 een eigen bijdrage verschuldigd zijn." In juridisch opzicht hebben in Nederland de termen 'discriminatie', 'ongerechtvaardigd onderscheid' en 'ongelijke behandeling' een gelijke strekking. Vgl. M. Hertogh & O. Zoontjens (red.), *Gelijke behandeling: Principes en praktijken. Evaluatie onderzoek Algemene wet gelijke behandeling*.

³² Zie het citaat in de vorige noot.

de GGZ2 terwijl dat nu precies andersom ligt. Dat klinkt tegenstrijdig en willekeurig en dat zijn geen wenselijke typeringen voor beleid.³³

De relevante verschillen tussen de GGZ2 en de somatische zorg die de introductie van de eigen bijdrage voor de GGZ2 rechtvaardigt zijn volgens beide ministers de volgende: 1) het bestaan van een verkeerde financiële prikkel in de GGZ waardoor een 'aanzienlijk' deel van de mensen 'direct naar de zwaardere zorg gaat'; en 2) het feit dat de GGZ hard groeit en dat deze groei moet worden gedempt. Op beide argumenten valt het nodige af te dingen.

- 1) Bij de suggestie dat door de eigen bijdrage in de ELP 30% of 'een aanzienlijk deel' van de patiënten in de GGZ2 daar onterecht wordt behandeld zijn in paragraaf 2.4.2 reeds kanttekeningen gezet. Daarnaast geldt dat voor alle patiënten die 'terecht' worden behandeld in de GGZ2, het eventueel bestaan van zo'n verkeerde prikkel zeker niet leidt tot een relevant verschil met patiënten in de somatische gezondheidszorg. Vervolgens is het de vraag of alle patiënten in de tweedelijns somatische zorg daar wel 'terecht' worden behandeld. Minister Klink spreekt in het AO op 16 september 2010 over "diagnoses en DBC-toerekeningen (...) waar je vraagtekens bij kan hebben," en zegt daarvan zelf: "In de somatische sfeer is dat overigens niet anders." Daar echter leidt een dergelijke constatering niet tot eigen bijdragen. Kortom, systeemfouten vormen in de eerste plaats geen verschil tussen de GGZ en de somatische zorg, en zijn daarnaast niet relevant voor patiënten die terecht in de GGZ2 worden behandeld. Systeemfouten zijn de sector toe te rekenen en niet de patiënt.
- 2) De GGZ lijkt inderdaad harder te zijn gegroeid dan de somatisch gezondheidszorg en in dit opzicht kan worden gesproken van een verschil. Maar is het ook een relevant verschil? Ook binnen de somatische gezondheidszorg zijn er sectoren die een forse uitgavengroei laten zien, soms veel sterker dan de GGZ, waarvoor echter geen eigen bijdragen gelden.³⁴ Nu is het uiteraard wel van belang wat de oorzaak van de groei is. Minister Klink zegt in dit verband tijdens het AO op 16 september 2010 te betwijfelen of "Nederland tien jaar geleden zoveel ongezonder [was] dan nu, terwijl de GGZ zo enorm groeit." Dit suggereert weer dat de GGZ vooral hard groeit doordat mensen deze zorg in toenemende mate gebruiken voor klachten die geen 'ziekte' zijn maar eerder levens-

³³ Ook voor andere door de minister genoemde sectoren waar al een eigen bijdrage bestaat, zoals bijdragen voor verblijf in de langdurige zorg en de '100% eigen bijdrage' voor tandartszorg, geldt dat inhoudelijke overwegingen die bijdragen beter rechtvaardigen dan in de GGZ2. Zo gelden bij langdurige opnames eigen bijdragen als vervangingskosten, kosten die men anders zelf thuis zou maken, en de volledig zelf te betalen tandartszorg is rationeel aangezien de kosten van benodigde tandartszorg in het algemeen de hoogte van te betalen premies nauwelijks overstijgen.

³⁴ Zo zijn tussen 1999 en 2007 de uitgaven voor de behandeling van reumatoïde artritis meer dan verviervoudigd, van €92 miljoen naar €405 miljoen per jaar. RIVM, *Advies Kosten van ziektestudie: Inhoudelijke en technische aanpassing*.

problemen. Indien het echter zo is dat in de GGZ meer ‘hulp bij levensproblemen’ wordt verleend dan in de somatische gezondheidszorg, dan is ook dit weer niet relevant voor de meerderheid van de patiënten in de GGZ die voor ziekte wordt behandeld. Als er sprake is van overbehandeling dan moet daarvoor de verantwoordelijkheid worden gezocht bij de GGZ-sector zelf die aan een deel van haar patiënten kennelijk behandeling biedt voor klachten die eigenlijk niet vallen onder de verzekerde zorg op grond van de Zvw. Het verschil in groei is dan dus een relevant verschil tussen de sectoren maar niet tussen psychiatrische en somatische patiënten.

De conclusie is dat niet kan worden gesproken van relevante verschillen tussen beide groepen patiënten die de ongelijke behandeling rechtvaardigen. Indien er sprake is van relevante verschillen dan betreft dit verschillen tussen sectoren en niet tussen patiënten, tenzij men wil suggereren dat het de patiënten zelf zijn die verantwoordelijk zijn voor overconsumptie van zorg. Het door beide ministers herhaaldelijk geuite beroep op kostenbewustzijn bij de zorgvrager,³⁵ en de voortdurende verwijzing naar de ‘30%’ doen wel iets in die richting vermoeden. Voor de ‘70%’ is echter een beroep op kostenbewustzijn in het geheel niet reëel. Deze patiënten zijn ofwel niet in staat een ‘verantwoorde’ beslissing te nemen over de vraag of ze wel of geen zorg nodig hebben, ofwel ze zijn daar goed toe in staat maar worden dan geconfronteerd met de dubbele boodschap die van de eigen bijdrage uitgaat, namelijk dat de zorg die ze nodig hebben wel verzekerd is onder de Zvw (en dus is geclassificeerd als noodzakelijke zorg) maar dat het maatschappelijk gezien wenselijk zou zijn indien ze van deze noodzakelijke zorg zouden afzien. Ook voor de ‘30%’ is het overigens niet reëel om de verantwoordelijkheid voor deze beslissing bij hen zelf te leggen. Dat vereist namelijk het vermogen om bij zichzelf een psychiatrische diagnose te stellen dan wel uit te sluiten, een vermogen waarover de meeste mensen niet beschikken. Het is de huisarts die moet verwijzen en de sector zelf die diagnoses moet stellen en behandeling indiceren. Iets dergelijks wordt ook in de somatische zorg niet van burgers gevraagd.

3.3.5 Wat doet het parlement?

De Tweede Kamer lijkt aanvankelijk wat aarzelend in haar kritiek op de ongelijke behandeling tussen psychiatrische en somatische patiënten. In het AO op 29 juni 2010 wijst alleen de ChristenUnie op dit verschil. De ChristenUnie noemt dit “een vreemde situatie van ongelijkheid,” maar expliciteert dit niet, stelt er geen vraag over en het leidt niet tot een motie. In het najaar van 2010 stelt D66 wel een motie op waarin ze de regering oproept van de eigen

³⁵ Een toegevoegde paragraaf in de toelichting bij het definitieve wijzigingsbesluit 2012 zegt het letterlijk: “het kabinet [rekent] op meer verantwoordelijkheid bij de consument bij bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg en fysiotherapie, om zo de groei te remmen.” Wijzigingsbesluit 2012 (definitief), p.5.

bijdrage af te zien en in plaats daarvan het eigen risico te verhogen, op grond van de overweging dat "het enkel opleggen van eigen bijdragen aan psychiatrische patiënten deze kwetsbare groep onevenredig hard raakt."³⁶ Deze motie wordt van de stemmingslijst verwijderd als blijkt dat er voldoende andere middelen ter dekking zijn gevonden.

In 2011 uit het parlement zich kritischer over de ongelijke behandeling. Vanuit de Eerste Kamer stellen de fracties van PvdA en SP hierover diverse vragen. De SP stelt dat de eigen bijdrage patiënten in de GGZ discrimineert en vraagt of dit niet in strijd is met de Algemene wet gelijke behandeling. De SP verwijst naar een ingezonden brief in *NRC Handelsblad* van 21 juni 2011 waarin hoogleraren van de acht academische ziekenhuizen wijzen op de zeer diffuse grenzen tussen bepaalde als somatisch en als psychiatrisch geclassificeerde condities. Ook vraagt de fractie of de minister van plan is op korte termijn ook een bijdrage voor ziekenhuiszorg te vragen. Wanneer de minister deze vragen zoals boven weergegeven, en de laatste vraag ontkennend heeft beantwoord, krijgt dit in de Eerste Kamer geen vervolg. In de Tweede Kamer brengen tijdens het AO van 30 juni 2011 meerdere oppositiepartijen het punt ter sprake en in een aantal moties is dit een grond om de regering op te roepen van de eigen bijdrage af te zien. De partijen weten elkaar hier echter niet te vinden, ook de oppositiepartijen niet. Mogelijk speelt daarbij een rol dat de in de moties genoemde alternatieve dekkingen voor andere oppositiepartijen niet acceptabel zijn.

3.3.6 Evaluatie

De eigen bijdrage leidt tot hogere lasten in het kader van de Zvw voor patiënten in de GGZ2 ten opzichte van de somatische gezondheidszorg. Nadat de '30%' volgens plan zal zijn uitgestroomd naar de ELP, blijven voor de 70% (of meer) patiënten die 'terecht' worden behandeld in de GGZ2 deze hogere lasten bestaan, zonder dat er kwalitatief hogere baten tegenoverstaan. In beide sectoren krijgen patiënten als noodzakelijk gedefinieerde zorg gericht op genezing of vermindering van klachten. Minister Schippers erkent dat er sprake is van ongelijke behandeling. Haar argumenten ter rechtvaardiging hiervan (dat er nu ongelijke behandeling bestaat binnen de GGZ, tussen de GGZ2 en de ELP; en dat de ongelijke behandeling te herleiden is tot relevante verschillen tussen groepen patiënten) schieten echter tekort. De maatregel creëert juist een grotere ongelijkheid dan die er totnogtoe bestaat tussen de ELP en de GGZ2, terwijl die laatste ongelijkheid nog gerechtvaardigd zou kunnen worden op grond van de inschatting dat in de ELP meer hulp bij levensproblemen wordt geboden en minder behandeling voor ziekte. De relevante verschillen die de ministers aandragen zijn ofwel geen echte verschillen ofwel relevante verschillen tussen sectoren en niet

³⁶ Motie-Dijkstra, ingediend 29 september 2010.

tussen patiënten. De maatregel voldoet dus niet aan het derde legislatief ethische criterium en de argumenten van de ministers in dit opzicht kloppen niet.

Ook hier geldt weer dat indien de hier geformuleerde conclusie juist is dat de maatregel niet voldoet aan bepaalde ethische uitgangspunten en de minister in zijn/haar verantwoording tekortschiet, dat dan ook van het parlement kan worden gezegd dat het tekort schiet in zijn controlerende taak. Ook hier is het niet zo dat de ethische bezwaren niet zijn genoemd al is de formulering van de kritiek mogelijk wel eens wat voorzichtig geweest, meer in de vragende dan in de stellende vorm. De meerderheid van de Tweede Kamer onderkent echter onvoldoende de ethische tekortkomingen van de maatregel in dit opzicht.

3.4 Afronding

3.4.1 Conclusie van de toetsing

De toetsing van de maatregel tot een eigen bijdrage voor de GGZ2 aan de hand van de drie legislatief ethische criteria heeft ertoe geleid dat op grond van elk van deze criteria aanmerkingen zijn gemaakt bij deze maatregel of op tekorten is geweest. De vraag naar de procedures bracht vooral onduidelijkheid aan het licht in 2010 over de inzet van de maatregel in het licht van het maatschappelijk contract (budgettaire discipline of een pakketvraag). Er is geconcludeerd dat dit schadelijk kan zijn met het oog op een zuivere inhoudelijke democratische vaststelling van maatschappelijke afspraken. De vraag naar mogelijke schade leidde tot de conclusie dat schade voor individuen reëel kan zijn en dat daarbij de minst draagkrachtige patiënten en patiënten die hun zorgbehoefte niet goed kunnen inschatten de meeste kans lopen om buiten de bescherming van de maatschappelijke afspraken te vallen hetgeen is aan te merken als een schending van het sociale contract. Dat de overheid zich geen rekenschap heeft gegeven van de mogelijk schadelijke gevolgen is aangemerkt als een tekort en het flankerend beleid lijkt onvoldoende. De vraag naar de verdeling van baten en lasten tenslotte leidde tot de conclusie dat de maatregel leidt tot een ongerechtvaardigde toename van ongelijkheid tussen patiënten in de GGZ2 en in de somatische gezondheidszorg.

3.4.2 Alternatieven

Het bovenstaande betekent niet dat de geformuleerde doelen (het terughalen van budgetoverschrijdingen, doelmatig gebruik van de GGZ en beheersing van de kosten van de zorg) geen acceptabele doelen zijn in het licht van het maatschappelijk contract, integendeel. Er zijn echter andere effectieve instrumenten denkbaar, ook genoemd in de Tweede Kamer en in de partijstandpunten, die kunnen leiden tot minder schade en een meer gelijke

behandeling. Indien de overheid bijvoorbeeld wil vasthouden aan eigen betalingen dan leidt een verhoging van het eigen risico tot een meer gelijke verdeling van de lasten over alle patiënten. Daarbij hoeft bovendien het totaal aan eigen betalingen veel minder te stijgen dan bij alleen een eigen bijdrage voor de GGZ waardoor ook de schade voor individuele patiënten in het licht van de maatschappelijke afspraken veel minder zal zijn.

Indien de groei van de GGZ gedempt moet worden dan zal allereerst moeten worden vastgesteld wat geacht wordt te behoren tot de noodzakelijke geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en wat niet. Indien zoals gesuggereerd veel zorg in de GGZ in feite hulp is bij levensproblemen, dan dient vastgesteld te worden of dit noodzakelijke zorg is of niet. Het CVZ kan hierover een advies schrijven en het parlement kan zich daar dan over uitspreken. Indien het oordeel van de Kamer zou zijn dat hulp bij levensproblemen of lichte psychische klachten niet behoort tot de noodzakelijke zorg, dan betekent dit wellicht dat bepaalde diagnoses kunnen uitstromen uit het basispakket, zoals in 2012 de Aanpassingsstoornis. Het kan ook betekenen dat de ELP niet langer wordt vergoed, hetgeen een terugkeer zou zijn naar de situatie van voor 2008 waarin men zich alleen aanvullend voor ELP kon verzekeren. Indien de conclusie is dat de sterke groei van de GGZ vooral het gevolg is van te ruim indiceren door de sector zelf, dan zal dit probleem sectorsgewijs moeten worden aangepakt en niet over de hoofden van patiënten die de zorg werkelijk nodig hebben. Zo kan de sector verplicht worden scherper te indiceren.³⁷ Budgetbeperkingen kunnen de sector daartoe dwingen.³⁸ Een dergelijke instrument leidt wel vaak tot het oplopen van wachtlijsten maar de zo ontstane wachtlijsten zijn rechtvaardiger en minder schadelijk dan het afzien van behandeling vanwege te hoge eigen betalingen. Ze zijn rechtvaardiger omdat de zo ontstane wachttijd voor behandeling niet afhangt van het inkomen. Ze zijn minder schadelijk omdat de wachttijd op wachtlijsten korter zal zijn dan een jaar of jaren afzien van zorg vanwege hoge eigen betalingen.

³⁷ Dit is de strekking van een motie van de SGP, de motie-Van der Staaij, die in het najaar van 2010 wordt aangenomen. Op deze motie wordt in 2011 echter niet teruggegrepen.

³⁸ Veel GGZ-instellingen werken al met door zorgverzekeraars opgelegde gelimiteerde budgetten hetgeen hun uitgaven limiteert. Vrijgevestigde aanbieders van GGZ werken veelal niet gebudgetteerd. Zij waren in 2009 met €150 miljoen verantwoordelijk voor het grootste deel, zo'n 60%, van de overschrijdingen in de GGZ. Mededeling door de minister tijdens het AO op 30 juni 2011.

Hoofdstuk 4

De inhoudelijke ethische kwaliteit van het parlementaire proces rond de invoering van de eigen bijdrage

4.1 Actoren in het proces

In de inleiding is als onderzoeksvraag geformuleerd de vraag:

“In hoeverre is de parlementaire democratie in staat te komen tot wet- en regelgeving die niet alleen voldoet aan de uitgangspunten van de particuliere moraliteiten van een meerderheid in de samenleving maar ook aan fundamentele of universele morele en ethische uitgangspunten voor wet- en regelgeving in de pluriforme samenleving.”

Het antwoord op deze vraag, na de toetsing van de maatregel tot een eigen bijdrage voor de GGZ2 aan de hand van de legislatief ethische criteria, is dat, indien deze criteria juist zijn geformuleerd en de toetsing correct is uitgevoerd, de parlementaire democratie niet ten allen tijde in staat is te komen tot een dergelijke wet- en regelgeving. Dat op zich mag geen verbazingwekkende conclusie heten en er staan ongetwijfeld veel gevallen tegenover waarin de parlementaire democratie wel degelijk in staat is te komen tot wet- en regelgeving die aan fundamentele ethische uitgangspunten voldoet. Dat neemt niet weg dat het nastrevenswaardig is ten allen tijde tot zulke wetgeving te komen en dus ook zinvol om te onderzoeken waar de parlementaire democratie in het onderhavige geval beter zou kunnen hebben functioneren. Daartoe zullen achtereenvolgens in het kort de rol van de minister, het parlement en van de Raad van State worden beschreven.

4.1.1 De ministers

In Hoofdstuk 3 is al vrij uitvoerig ingegaan op de rol van de beide ministers. Van minister Klink is gezegd dat hij een pakketinhoudelijke kwestie presenteert als een budgetdisciplinaire kwestie. Als dit intentioneel gebeurt kan worden gesproken van ‘framing’, het oproepen van bepaalde cognitieve schemata met een zeker dwingend karakter, met als doel andere schemata weg te drukken omdat die bijvoorbeeld tot meer controverses zouden leiden.¹ Een politicus kan belang hebben bij een dergelijke strategie maar het staat ook een zuivere discussie in de weg en is daarom niet wenselijk. De minister raakt echter in de loop van het jaar steeds beter in overleg met de Kamer, luistert naar de wensen en argumenten

¹ Vgl. P. Chilton, *Analysing political discourse: Theory and practice*, p.51.

van wat voorheen de oppositie was en hij geeft zich ook rekenschap van de mogelijk negatieve gevolgen van de maatregel.²

Van minister Schippers is reeds gezegd dat zij zich geen rekenschap geeft van de gevolgen van de maatregel en dit ook niet lijkt te willen. Ze vermijdt te antwoorden op bepaalde zorgen vanuit de Kamer. Haar argumentatie aangaande de relevante verschillen tussen patiënten in de GGZ en in de somatisch gezondheidszorg overtuigt niet en haar betoog lijkt zelfs in bepaalde opzichten tegenstrijdig. Formeel en inhoudelijk lijkt er dus wel wat te schorten aan de kwaliteit van de bijdragen van deze minister aan het debat.³ Tenslotte lijkt het erop dat ze het principe verdedigt dat voor zwaardere zorg hogere eigen bijdragen passend zijn. Dit moet wel als een zeer onwenselijk principe in een publiek zorgstelsel worden beschouwd aangezien dit de kwaliteit van de te leveren zorg afhankelijk maakt van het besteedbaar inkomen. De indruk is dat de minister zich niet zoveel gelegen wil laten liggen aan ethische argumenten en principes en de opvatting huldigt dat de overheid bepaalt en dat effectief beleid goed is.⁴ Dat is echter een bestrijdbare stellingname die ook de aanleiding vormt voor deze scriptie.

4.1.2 Het parlement

Vanuit de Tweede Kamer worden verschillende argumenten tegen de maatregel aangevoerd die ook in de ethische toetsing aan de orde zijn gekomen:

- De meeste aandacht van de Kamer lijkt uit te gaan naar de mogelijk schadelijke gevolgen van de maatregel. In 2010 lukt het de Kamer om een principe te formuleren dat in lijn is met ethische uitgangspunten, namelijk het principe dat onvoldoende zicht op de mogelijke schadelijke gevolgen van de eigen bijdrage maakt dat deze niet zou moeten worden ingevoerd. Dit principe wordt in de Kamer breed gesteund. In juni 2011 is het meerder-

² Behalve zijn demissionaire status speelt in het meebewegen met de Kamer van deze minister in het na-jaar van 2010 mogelijk ook het feit mee dat hij in deze periode een beweging maakt weg van het hart van de politieke macht. Ab Klink was tot begin september 2010 onderhandelaar namens het CDA bij de coalitiebesprekingen met VVD en PVV. Toen hij zich niet meer kon verenigen met deze opzet stapte hij uit het overleg. Op 6 september gaf hij ook zijn Kamerzetel op. Hij was tot begin oktober 2010 demissionair minister voor VWS.

³ Ook in andere situaties is de logische relatie tussen vragen vanuit de Kamer en antwoorden van de minister niet altijd duidelijk. Zo stelt de SP op 31 augustus 2011 Kamervragen over de eigen bijdrage voor dementerenden. Eén van de vragen luidt: "Geloof u nog altijd dat eigen bijdragen in de zorg het 'kostenbewustzijn' vergroten en daarmee het zorggebruik remmen? Zo ja, vindt u dit geen bezopen aanname ten aanzien van dementerende ouderen?" In reactie hierop haalt de minister onderzoek aan dat de relatief grote prijsgevoeligheid van de GGZ beschrijft en ze eindigt haar antwoord als volgt: "Als er sprake is van een patiënt met dementie is juist ook de mantelzorger geholpen met de begeleiding en heeft deze invloed op het al dan niet gebruik maken van de zorg."

⁴ Tijdens het AO op 30 juni 2011 zegt de minister: "In Nederland zijn er allerlei regimes op verschillende vormen van zorg. Als een behoorlijk aantal mensen verkeerde zorg krijgen als gevolg van bepaalde prikkels dan moet je die prikkels goed zetten. De overheid bepaalt het pakket. De overheid bepaalt wat er al dan niet collectief wordt gedaan. Wat wordt als eigen betaling gedaan? Wordt er überhaupt een eigen betaling ingevoerd? Is er een eigen risico of niet? Hoe hoog is dat dan? Hoe doen wij dat met de eigen bijdrage? De uitvoering vindt plaats in het veld. Zo is dat geregeld in Nederland."

heidsstandpunt van de Kamer dat de eigen bijdrage alleen voor de GGZ op zich acceptabel is maar dat kwetsbare groepen moeten worden ontzien. Wanneer de minister aangeeft dat het uitzonderen van groepen om technische en inhoudelijke redenen niet mogelijk en niet wenselijk is accepteert een meerderheid van de Kamer de eigen bijdrage en laat dus het in 2010 geformuleerde ethische principe los, hoewel dit principe onverminderd en zelfs meer van toepassing lijkt te zijn dan in 2010. Een nieuwe motie met een dergelijke strekking haalt het niet.

- Ten aanzien van de ongelijke behandeling is de Kamer aarzelend in haar uitspraken in 2010. In 2011 leidt dit gegeven echter tot enkele heldere moties tegen de eigen bijdrage maar die halen geen meerderheid.
- In 2010 formuleert de Kamer verder nog het principe dat budgetoverschrijdingen niet op patiënten mogen worden verhaald hetgeen bestuurlijk zuiver is.

Terwijl dus ethische kennis in de Kamer beslist aanwezig is en de Kamer in 2010 ook heldere en nette ethische principes weet te formuleren, schiet zij, zo is geconcludeerd, in 2011 in legislatief ethisch opzicht tekort. De voor de hand liggende vraag is hoe dit mogelijk is.

Een politieke analyse zal vooral wijzen op het feit dat in 2011 de VVD en de PVV, partijen die in 2010 nog de geformuleerde ethische principes ondersteunden, zich in 2011 gebonden achten aan het Regeer- en Gedoogakkoord waarin de eigen bijdrage voor de GGZ2 is opgenomen. Vooral voor de VVD betekent dit een draai. De VVD keert zich in haar verkiezingsprogramma 2010-2014 namelijk tegen eigen bijdragen en is juist voor een verhoging van het eigen risico. Voor de PVV geldt ook dat de eigen bijdrage niet in lijn is met de standpunten van de partij over eigen betalingen, die de PVV niet wil verhogen om zorgmijding te voorkomen. Anderzijds wil de PVV wel de GGZ verkleinen.

Een procesanalyse wijst op aspecten van het parlementaire proces zelf die maken dat een debat over meer fundamentele ethische vragen niet van de grond komt. Dit houdt verband met de ontwijkende houding van de minister maar ook met procedurele aspecten van het parlementaire debat zoals beperkingen in het aantal interrupties en in de spreken- en vergadertijd. Deze beperkingen verhinderen mede dat het parlementaire debat zich uitkristalliseert tot een substantief ethisch debat want dat is niet het geval.⁵ Zo komt niet aan

⁵ Zo vraagt de SP tijdens het AO van 30 juni 2011 of de minister de maatregel niet discriminerend vindt en of ze die wil toetsen aan het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Wanneer de minister zegt dat ze de maatregel niet discriminerend vindt en dat er overal in de zorg verschillende bijdrageregimes zijn op grond van specifieke kenmerken van de zorg, zijn de interruptiemogelijkheden voor de SP voorbij. Iets dergelijks is ook het geval in het schriftelijk overleg tussen de vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer en de minister. Vanuit de Eerste Kamer wordt een beroep gedaan op ethische principes, wanneer de SP vraagt of de maatregel niet in strijd is met de Algemene Wet Gelijke Behandeling. Echter, wanneer de minister deze vraag ontkennend heeft beantwoord, gebeurt hier verder niets mee ondanks het feit dat de argumentatie van de minister tegenstrijdig klinkt en ook in deze brief betrekking heeft op verschillen tussen sectoren en niet tussen patiënten (zie paragraaf 3.3.4). De Eerste Kamer is echter niet gewoon nog weer opnieuw te reageren waardoor het debat in de kiem smooit.

de orde dat de minister verschillen tussen sectoren bespreekt en niet tussen patiënten of de aard van de geleverde zorg. Ook wordt een fundamentele discussie gemist over de onderliggende vraag in hoeverre, en welke vormen van geestelijke gezondheidszorg geacht moeten worden te behoren tot de noodzakelijke zorg en welke niet. Of het acceptabel is binnen de afspraken van een maatschappelijk contract indien meer draagkrachtigen betere toegang hebben tot noodzakelijk geachte zorg dan minder draagkrachtige personen, ook deze vraag komt onvoldoende aan de orde. De eigen bijdrage wordt door sommige partijen wel discriminerend genoemd naar inkomen, en er wordt gewezen op sociaal-economische gezondheidsverschillen die het gevolg zijn, maar een separaat debat over principiële uitgangspunten in het licht van het maatschappelijk contract wordt niet gevoerd. Het ongewenste principe dat de minister lijkt te formuleren, hogere eigen bijdragen voor zwaardere zorg, wordt niet herkend en niet onder kritiek gesteld.

Nu leent het parlementaire overleg zich er misschien ook niet goed voor om een debat te voeren over fundamentele ethische vraagstukken en principes. Het bestaat immers uit het uitwisselen van standpunten, het stellen van vragen en enkele interrupties, en dit alles in gelimiteerde tijd waarbij een belangrijke functie van de inhoud ook nog de boodschap aan de buitenwereld is. De manoeuvreerruimte voor Kamerleden is ook vrij gering. Het vasthouden aan geformuleerde standpunten lijkt vaak belangrijker dan samenwerking om te komen tot een oplossing die acceptabeler of rechtvaardiger is dan de voorliggende maatregel. Ook, of vooral, coalitieakkoorden zijn wat dit betreft funest.⁶ Het gevolg is dat de Kamer maatregelen in stemming brengt, of zonder stemming laat passeren, zonder dat voldoende duidelijk is geworden welke ethische principes in het geding zijn en welke de implicaties kunnen zijn van het schenden van deze principes. De vraag is wel wat in dit verband reëel is om van Kamerleden te verwachten. Kamerleden zijn geen ethici en beschikken waarschijnlijk niet over de tijd om een diepgaande ethische toetsing van de maatregel uit te voeren. Dat betekent dat ze hierin ondersteund dienen te worden.

4.3 De Raad van State

De rol van de Raad van State is tot nog toe niet besproken. Deze rol is bij de conceptwijzigingsbesluiten 2011 en 2012 in zekere zin beperkt. De adviezen zijn gericht aan de minister

⁶ Wanneer in het AO op 30 juni 2011 GroenLinks op zeker moment voorstelt om het eigen risico te verhogen in plaats van een specifieke eigen bijdrage voor de GGZ2, reageert de VVD: "In ons verkiezingsprogramma staat dat wij dat eigenlijk willen verhogen naar €300. Uit de kabinetsvoorstellen blijkt dat de VVD dat niet heeft kunnen realiseren. Daaruit is af te leiden dat daarvoor geen meerderheden zijn in de constructie waarin wij nu werken (VVD-PVV-CDA – JPT). Daarmee is de eerste oplossing, de verhoging van het eigen risico, van tafel." Op basis van de verkiezingsprogramma's uit 2010 en het stemgedrag van de partijen in 2010 is de indruk dat alleen het CDA van harte achter de eigen bijdrage staat en dat de PVV zich er goed in kan vinden. Samen hadden deze partijen in 2010 en in 2011 45 zetels in de Tweede Kamer. Een onafhankelijke stemming zou dus geen meerderheid voor de maatregel hebben opgeleverd.

en niet aan de Tweede Kamer en volgen ook pas na de besprekingen in het parlement. De adviezen behoren ook niet tot de Kamerstukken. Het advies bij het wijzigingsbesluit 2011 is wel gepubliceerd in de *Staatscourant* maar pas in november 2010. Het advies bij het wijzigingsbesluit 2012 is op het moment van schrijven nog niet in de *Staatscourant* gepubliceerd. De adviezen hebben dus geen rol in het parlementaire proces rond de eigen bijdrage. Dat past ook bij de uitgangspunten van de Raad die terughoudend wil zijn met betrekking tot beleidsmatige keuzes omdat hij dit aan de democratische gelegitimeerde organen wil laten.⁷

In zijn advies bij het conceptwijzigingsbesluit 2011 spreekt de Raad van State zich niet inhoudelijk uit over de voorgenomen maatregelen. In zijn advies bij het conceptwijzigingsbesluit 2012 stelt de Raad wel een aantal beleidsinhoudelijke vragen over het gehele pakket aan maatregelen, waarvan de eigen bijdrage er dus één is. De Raad geeft aan de strekking van het conceptbesluit te onderschrijven maar schrijft ook:

“De Afdeling (Advisering – JPT) heeft in de toelichting een beschouwing gemist waarin - gegeven de beperkte budgettaire kaders die nopen tot maatregelen - de keuze voor de in het ontwerpbesluit opgenomen beperkingen van het pakket wordt gemotiveerd, zo mogelijk mede afgezet tegen door de regering overwogen alternatieven. Evenmin wordt inzicht gegeven in de overwegingen inzake wat tot de collectieve (opname in het basispakket) en wat naar het oordeel van de regering tot de individuele verantwoordelijkheid gerekend dient te worden, noch in de verdeling van lasten en risico's in verband met de voorgestelde ingrepen. Ook zou de toelichting aandacht kunnen besteden aan de vraag of voldoende rekening is gehouden met niet-beoogde neveneffecten zoals deze zich zouden kunnen voordoen in de vorm van verlegging van de vraag naar, of van een extra beroep op andere publiek gefinancierde voorzieningen, door belanghebbenden die worden getroffen door (één of meer van) de voorgestelde beperkingen.”⁸

De Raad adviseert niet de maatregel tot een eigen bijdrage voor de GGZ2 te wijzigen, maar lijkt zich wel af te vragen of voldoende is nagedacht over de gevolgen van de verschillende maatregelen in het conceptwijzigingsbesluit zowel als over de principiële keuzes die de maatregelen feitelijk impliceren. In kort bestek komen zo alle bezwaren tegen de maatregel die vanuit legislatief ethisch perspectief zijn genoemd, en meer, weer langs: de verdeling van de lasten; de risico's; de mogelijke verlegging van kosten, iets waar ook Kamerleden

⁷ J. Broeksteeg *et al.*, *Zicht op wetgevingskwaliteit: Een onderzoek naar de wetgevingsadvisering van de Raad van State*, p.26.

⁸ Advies van de Raad van State bij het conceptwijzigingsbesluit 2012.

dikwijls op wijzen. Ook stelt het advies de fundamentele vraag over de inhoud van collectieve voorzieningen.

Overigens lijkt het er niet op dat op het ministerie van VWS de vragen van de Raad in dezelfde principiële zin zijn geïnterpreteerd als waarin ze aan de orde zijn geweest in de legislatief ethische toetsing. De na het advies van de Raad toegevoegde paragraaf in de toelichting bij het definitieve wijzigingsbesluit 2012 ademt dezelfde sfeer als de argumentaties in brieven en tijdens AO's van de kant van de minister. De bekende argumenten voor de maatregel worden nog eens herhaald en op mogelijk negatieve gevolgen van de eigen bijdrage alsook op een principiële vraag naar de noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg wordt niet ingegaan.

4.2 Aanbevelingen

De conclusie van de legislatief ethische toetsing was dat een maatregel in werking is getreden die een ongerechtvaardigde financiële ongelijkheid realiseert tussen grote groepen patiënten en die de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg voor de laagste inkomensgroepen alsook voor een groep kwetsbare patiënten zodanig vermindert dat de kans op gezondheidsschade reëel is, waarvan de overheid zich echter geen rekenschap geeft. In het licht van de uitgangspunten van het maatschappelijk contract zijn dit ernstige schendingen. Politieke factoren en factoren die te maken hebben met de aard van het parlementaire proces hebben het mogelijk gemaakt dat deze maatregel in 2011 heeft kunnen passeren. Het sluitstuk van de legislatief ethische toetsing bestaat dan ook uit enkele suggesties gericht op het vergroten van het vermogen van de parlementaire democratie om wetten en maatregelen uit te vaardigen die voldoen aan fundamentele morele en ethische uitgangspunten voor wet- en regelgeving in de pluriforme samenleving. De suggesties zijn:

- De resultaten onderschrijven het vaker gehoorde pleidooi voor een meer dualistische verhouding tussen kabinet en parlement. Besef van in het geding zijnde ethische aspecten blijkt namelijk beslist aanwezig in het parlement maar gebondenheid aan het coalitieakkoord verhindert dat de Kamermeerderheid tegen de eigen bijdrage manifest wordt. De kans dat samenwerking tussen partijen zou hebben kunnen leiden tot een betere maatregel lijkt reëel.⁹
- Ten aanzien van bepaalde dossiers zou kunnen worden heroverwogen of ze in plaats van bij AMvB toch niet beter bij wet kunnen worden geregeld, aangezien principiële kwesties

⁹ Uri Rosenthal oppert in dit verband de suggestie dat de parlementaire controle op de wet- en regelgeving zich zou kunnen manifesteren in concurrerende initiatiefvoorstellen die dan bijvoorbeeld samen met het kabinetsvoorstel aan de Raad van State kunnen worden voorgelegd. U. Rosenthal, "Van controle op de uitvoering naar controle op de wetgeving," pp.77v.

dan meer aan het licht komen en onderwerp worden van zuivere democratische besluitvorming.¹⁰

- De Raad van State zou beslist explicieter mogen formuleren. De legislatief ethische criteria aan de hand waarvan de eigen bijdrage in deze scriptie is getoetst, lijken namelijk op bepaalde toetsingscriteria die de Raad zelf inzet. Zo zou de 'gelijke verdeling van baten en lasten' uit het derde criterium aan de orde moeten komen bij toetsing aan hoger recht, te weten Artikel 1 van de grondwet dat ongelijke behandeling van gelijke gevallen verbiedt. Het voorkomen van 'nodeloze of buitenproportionele schade' in het tweede legislatief ethische criterium zou aan de orde moeten komen bij een toetsing aan Aanwijzing 15 uit de Aanwijzingen voor de regelgeving, die luidt: "De voor een of meer belanghebbenden nadelige gevolgen van een regeling mogen niet onevenredig zijn in verhouding tot de met de regeling te dienen doelen." ¹¹ Het is in dit opzicht dan ook wel enigszins verwonderlijk dat de Raad zich in 2010 niet over de eigen bijdrage uitspreekt. In 2011 spreekt de Raad zich wel uit over aspecten die volgen uit deze criteria maar de formulering is kennelijk onvoldoende expliciet, gezien de reactie vanuit het ministerie.
- Uitgaande van de doelstelling van de Raad van State om kwalitatief goed maar politiek-neutraal te adviseren zou bekeken kunnen worden of ook de adviezen van de Raad van State bij AMvB's een informerende rol kunnen krijgen in het parlementaire proces. Indien dat niet mogelijk is zou onderzocht kunnen worden of er andere manieren zijn om de Kamer meer gevoelig te maken voor relevante ethische aspecten van wet- of regelgeving, ofwel via de partijbureaus ofwel via bijvoorbeeld een commissie van de Kamer zelf.

¹⁰ Rosenthal wijst in dit verband op het risico dat het regelen van zaken bij AMvB in plaats van bij wet kan leiden tot een vorm van vermijding waarbij "een maatschappelijk belangrijk element of een cruciaal politiek strijdpunt van de formele wet" wordt doorgeschoven naar lagere regelingen. Vgl. Rosenthal, "Van controle op uitvoering naar controle op wetgeving," p.72.

¹¹ Aanwijzingen voor de regelgeving, BWBR0005730. Vgl. ook J. Broeksteeg *et al.*, *Zicht op wetgevingskwaliteit: Een onderzoek naar de wetgevingsadvisering van de Raad van State*.

Hoofdstuk 5

Terugkoppeling naar de legislatieve ethiek

5.1 De mogelijkheden van de legislatieve ethiek

De legislatief ethische toetsing heeft zicht opgeleverd op de ethische kwaliteiten van een specifieke maatregel en ook op het vermogen van de Nederlandse parlementaire democratie om fundamentele ethische principes hun gelding te laten houden binnen het overheidsbeleid. Onderzoek van product én proces in de Nederlandse parlementaire democratie bracht aspecten van feiten aan het licht in inhoudelijk ethisch opzicht, die te maken hebben met personen, met politieke overwegingen alsook met de dynamiek van het parlementaire proces zelf. Deze aspecten bieden aanknopingspunten voor versterking van de Nederlandse parlementaire democratie op dit gebied. De toetsing lijkt daarmee zinvol en ook wenselijk, niet alleen voor toepassing op nationale wet- en regelgeving maar zeker ook op internationale wetgeving en overeenkomsten, waarop de democratische controle vaak geringer is en waarin de belangen van krachtige partijen vaak sterk in doorklinken.

Rechtvaardigt dit ook een plaats voor de legislatieve ethiek als aparte discipline binnen de toegepaste ethiek? De onderscheidingen met andere, gevestigde disciplines, met name de rechtsfilosofie, zijn wellicht toch nog onvoldoende helder. In de Nederlandse situatie lijkt de werkwijze bijvoorbeeld op die van de Raad van State, al is de laatste mogelijk wat terughoudender in haar oordeel. Wellicht is er toch vooral sprake geweest van de toepassing van rechtsfilosofische criteria. Anderzijds zijn de geformuleerde criteria te zien als toepassingen van klassieke vormen van ethiek, te weten gevolgenethiek (het tweede criterium) en plichtethiek (het derde criterium) op concrete gevallen en vooral de toepassing op concrete gevallen lijkt een plaats voor de legislatieve ethiek binnen de toegepaste ethiek te rechtvaardigen. Een nadere beschrijving en afgrenzing van de legislatieve ethiek is wel een taak die openligt evenals onderzoek naar de kracht van de criteria in het toetsen van andere gevallen van wet- en regelgeving. In het restant van deze scriptie zal echter alleen nog een korte evaluatie en herformulering van de in Hoofdstuk 1 geformuleerde criteria worden gegeven.

5.2 Evaluatie van de criteria

5.1.1 Procedures

- De procedures waarlangs wetten en maatregelen wordt vastgesteld dienen billijk te zijn met het oog op de inzet van het maatschappelijk contract en dienen correct te worden gevolgd

Het belangrijkste aspect van dit criterium bleek de vraag naar het aspect van het maatschappelijke contract dat inzet is van de maatregel. Voor een inhoudelijk zuiver debat dient die inzet helder te zijn. De vraag of de procedures billijk zijn leent zich mogelijk toch niet goed voor een ethische toetsing van een wet- of maatregel die langs die procedures wordt ontwikkeld. Uiteraard is het goed de vraag te stellen of de procedures billijk zijn maar feitelijk dient de ethische toetsing van procedures al bij de vaststelling van de procedures zelf plaats te vinden. Een belangrijk, toch ook procedureel aspect bleek wel de kwaliteit van de argumentatie. Die moet logisch juist zijn maar ook gebaseerd op juiste informatie. Over de '30%' in het IBO-GGZ is in Hoofdstuk 2 al het nodige opgemerkt. Dat dit getal aanvechtbaar is maar toch een belangrijke rol krijgt in de discussies valt niet de minister of de Kamer aan te rekenen maar wel de opstellers van het rapport. Deze opmerkingen over het eerste legislatief ethische criterium leiden tot een herformulering van het criterium als volgt:

- De vaststelling van wet- en regelgeving dient te geschieden op basis van formeel en inhoudelijk zuivere argumentatie, waarbij toegezien moet worden op een zuivere presentatie van de inzet van de wet of maatregel in het licht van het maatschappelijk contract, het correct volgen van de voorgeschreven procedures en het gebruik van correcte gegevens.

5.1.2 Schade

- Wet- en regelgeving dient geen van de burgers nodeloos of buitenproportioneel te schaden, waarbij schade wordt begrepen in het licht van de grondslag van het maatschappelijk contract;

Bij dit criterium zijn de termen 'nodeloos' en 'buitenproportioneel' weinig hard. Een maatregel kan ernstige schade toebrengen aan burgers en toch een zeker maatschappelijk nut dienen. Wanneer dit buitenproportioneel is, is niet hard vast te stellen. De formulering 'in het licht van de grondslag van het maatschappelijk contract' bood bij de onderzochte maatregel wel een voldoende hard criterium om de maatregel af te wijzen. Het is een belangrijke formulering omdat het verwijst naar de grondslagen van de staat als samenwerkingsverband tussen in de oorsprong vrije en gelijkwaardige burgers, en naar de opdracht om elk lid

van deze samenleving binnen boord te houden, dat wil zeggen binnen de bescherming van de maatschappelijke afspraken. Verder is gesteld dat indien van mogelijke 'schade' geen rekenschap is gegeven maar het reëel is te veronderstellen dat die er zal zijn en daarvoor onvoldoende compensatie is georganiseerd, dat dan aan het criterium niet wordt voldaan. Het criterium blijft vooralsnog ongewijzigd.

5.1.3 Gelijke baten en lasten

- De baten en lasten van wet- en regelgeving dienen zoveel mogelijk gelijkelijk te zijn verdeeld over de burgers en waar hierbij ongelijkheden zijn aanvaard, dienen deze inhoudelijk op acceptabele wijze te zijn gerechtvaardigd.

Het criterium noopt tot een nauwkeurig onderzoek van de baten en lasten van wet- en regelgeving. Het is in de complexe realiteit van de moderne staat onmogelijk om dit uitputtend te analyseren als gevolg van de unieke uitwerking van combinaties van wet- en regelgeving, op Rijksniveau en op lager niveau, op allerlei verschillende groepen. De bewijslast wordt door dit criterium echter bij de wetgever gelegd. Die dient zich te verantwoorden voor ongelijkheid die ontstaat als gevolg van wetten of maatregelen. Wanneer de wetgever daartoe niet in staat is wordt aan het derde criterium niet voldaan. De formulering hoeft niet te worden gewijzigd.

Samenvatting

Het uitgangspunt van deze scriptie is dat wet- en regelgeving dient te voldoen aan morele en ethische uitgangspunten. Met name in de pluriforme samenleving, waar verschillende en op punten tegenstrijdige opvattingen bestaan ten aanzien van wat moreel gezien goede maatschappelijke ordeningen zijn, zal het niet mogelijk zijn om ten allen tijde te komen tot beleid dat in overeenstemming is met de morele en ethische uitgangspunten van alle burgers van die samenleving. Het doen van morele concessies zal voor bepaalde groepen burgers dan ook onvermijdelijk zijn. Aangezien in de moderne parlementaire democratie veelal volgens het meerderheidsbeginsel wordt bepaald van welke groepen morele concessies worden gevraagd, en het niet reëel is de parlementaire democratie als ethisch onfeilbaar te beschouwen, lijkt het wenselijk dat er een zekere externe controle plaats kan vinden op de ethische kwaliteit van wet- en regelgeving. Daarvoor is het nodig een universeel moreel kader te formuleren waarin de verschillende groepen in de samenleving, met elk hun eigen morele en ethische opvattingen, zich voldoende kunnen herkennen. Vervolgens dienen van dit kader criteria te worden afgeleid om wet- en regelgeving te toetsen op ethische kwaliteit. Het formuleren van een overkoepelend moreel kader en het daarvan afleiden van de criteria zijn beschouwd als nieuwe taken van een reeds bestaande subdiscipline van de toegepaste ethiek, te weten de legislatieve ethiek.

Het ethische kader dat vervolgens is geformuleerd is gegrondvest in de opvatting van de moderne democratie als resultante van een sociaal contract, waarbinnen in aanvang vrije en gelijkwaardige burgers maatschappelijke afspraken maken gericht op het realiseren van gezamenlijke doelen. Er is gesteld dat de maatschappelijke ordeningen, de wetten en regels, vervolgens zodanig dienen te zijn dat wordt voldaan aan de uitgangspunten van dit contract, namelijk dat allen er baat bij hebben, er niet nodeloos of buitenproportioneel door worden geschaad, en dat de baten en lasten zoveel mogelijk gelijkelijk zijn verdeeld. Op grond hiervan zijn een tweetal criteria afgeleid die minimale voorwaarden formuleren ten aanzien van welke mate van schade en welke mate van ongelijke verdeling van baten en lasten als gevolg van wet- en regelgeving acceptabel zijn in het licht van het maatschappelijk contract. Een derde criterium dat is geformuleerd heeft betrekking op de billijkheid en het correct volgen van de voorgeschreven procedures voor de vaststelling van wetten en maatregelen.

De geformuleerde criteria zijn vervolgens toegepast op een maatregel die sinds 1 januari 2012 in Nederland van kracht is, namelijk die volgens welke patiënten in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg een eigen bijdrage voor hun behandeling moeten beta-

len tot €200,- per behandeling, bovenop het eigen risico van €220,-, terwijl dit eerste van patiënten in de somatische gezondheidszorg niet wordt gevraagd. Toepassing van de criteria bracht een aantal tekorten van de maatregel aan het licht evenals van het parlementaire proces voorafgaand aan de invoering van de maatregel. Zo is geconcludeerd dat in 2010 de maatregel aanvankelijk werd gepresenteerd als een maatregel in het kader van budgettaire discipline terwijl in feite sprake was van een fundamenteel vraagstuk over de noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg. Mede door procedurele vermenging van deze bestuursaspecten en versluiering van de fundamentele onderliggende vraag kwam een democratisch besluitvormingsproces op grond van zuiver inhoudelijke gronden niet tot stand. Het belang van duidelijkheid ten aanzien van het aspect van het maatschappelijk contract dat bij voorgestelde wet- en regelgeving aan de orde is, is daarom benadrukt.

Vervolgens is geconcludeerd dat de eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ het reële risico met zich meebrengt dat patiënten met een laag besteedbaar inkomen alsook patiënten die hun eigen zorgbehoefte niet goed kunnen inschatten, als gevolg van de eigen bijdrage zullen afzien van door de samenleving als noodzakelijk beschouwde zorg. Dit betekent dat financieel en sociaal kwetsbare groepen door de eigen bijdrage buiten de maatschappelijke afspraken dreigen te vallen, hetgeen een ernstige schending is van het maatschappelijk contract. Met name het feit dat de overheid, in de persoon van de verantwoordelijk minister, zich in 2011 van deze gevolgen geen rekenschap geeft, is de overheid aangerekend als tekort.

Tenslotte is geconcludeerd dat de eigen bijdrage alleen voor de GGZ leidt tot een ongerechtvaardigd onderscheid tussen patiënten in de GGZ en in de somatische zorg. Van patiënten in de GGZ wordt wel een eigen bijdrage gevraagd en van patiënten in de somatische zorg niet, terwijl in beide sectoren patiënten worden behandeld voor erkende ziekten die leiden tot verhoogde mortaliteit, waarbij ook de grenzen tussen bepaalde als somatisch en als psychiatrisch geclassificeerde ziekten soms zeer diffuus zijn. De argumentatie van de ministers ter rechtvaardiging van dit onderscheid schoot tekort. Hun argumenten beschrijven mogelijk verschillen tussen sectoren maar niet tussen patiënten en het is dus niet gerechtvaardigd daartoe patiënten verschillend te belasten.

Ten aanzien van het parlementaire proces is geconcludeerd dat verschillende factoren het in 2011 mogelijk hebben gemaakt dat de maatregel ondanks deze ethische tekorten heeft kunnen passeren. Dit betreft politieke factoren, met name het bestaan van coalitieafspraken, en functionele aspecten van het parlementaire proces zelf, die bemoeilijken dat een substantief ethisch debat over de onderbouwing van de maatregel tot stand komt. Er is ook gesteld dat Kamerleden geen ethici zijn en dat het de vraag is wat op dit gebied van hen mag worden verwacht. Want terwijl ethische kennis in het parlement beslist aanwezig is,

zoals blijkt uit het opschorten van de maatregel op verzoek van de Tweede Kamer in 2010, worden belangrijke fundamentele ethische kwesties door de Kamer niet of maar beperkt aangeroerd. Een aantal aanbevelingen zijn gedaan die mede op het oog hebben de sensitiviteit van Kamerleden voor aan de orde zijnde ethische aspecten te vergroten.

In een korte terugkoppeling naar het legislatief ethische proces zelf is tenslotte gesteld dat het onderzoek naar de maatregel het belang van de legislatieve ethiek lijkt te bevestigen. Wel zal deze vorm van toegepaste ethiek nog duidelijker moeten worden afgegrensd van bijvoorbeeld de rechtsfilosofie alsook van andere ethische disciplines. In een korte reflectie op de eerder geformuleerde criteria is nog het belang toegevoegd van zuivere argumentatie en de juistheid van de gebruikte informatie in het proces van wet- en regelgeving, aangezien tekorten hierin er mede aan bij hebben gedragen dat de Tweede kamer de eigen bijdrage in 2011 heeft laten passeren.

Bijlage

Het parlementaire proces rond de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ in 2010 en 2011

Samenstelling van het overzicht

Hieronder volgt een chronologisch overzicht van de verschillende stappen in het parlementaire proces rond de invoering van de maatregel tot een eigen bijdrage in de GGZ. Het overzicht vormt tegelijk een verantwoording van de parlementaire bronnen die zijn gebruikt voor het beantwoorden van de vragen in Hoofdstuk 3. Het overzicht is samengesteld op basis de resultaten van een zoekopdracht met als lemma's 'eigen bijdrage' en 'GGZ' in het digitale archief van Kamerstukken op www.officiëlebekendmakingen.nl, een website van de Rijksoverheid. Op basis van deze resultaten is verder gezocht in de gevonden dossiers, zoals dossier 25424 over de geestelijke gezondheidszorg, en via kruisverwijzingen naar andere dossiers, zoals dossier 33000 XVI over de VWS-begroting 2012. Het aldus opgebouwde werkdocument bestaat uit brieven van de minister van VWS aan de Eerste en Tweede Kamer, de verslagen van Algemene Overleggen en plenaire debatten in de Tweede Kamer, de ingediende moties en de stemmingen daarover, schriftelijk overleg tussen de Eerste Kamer en de minister en Kamervragen met antwoord van de minister.

Het algemeen overleg

Het Algemeen Overleg (AO) verwijst naar het overleg tussen een vaste Kamercommissie en een minister, in dit verband de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer en de minister van VWS. In deze commissie hebben alle partijen een afgevaardigde behalve, in 2010, de Partij voor de Dieren. Een enkele partij heeft twee Kamerleden afgevaardigd naar deze commissie, waarvan de een zich dan bijvoorbeeld bezighoudt met de GGZ en met de Zvw en de ander met de AWBZ. De afgevaardigden in de commissie in 2010 die zich bezighouden met de eigen bijdrage zijn, voor de VVD: dhr. Zijlstra (2010) / dhr. Mulder (2011); PvdA: dhr. Van der Veen (2010) / mw. Bouwmeester (2011); PVV: mw. Gerbrands; CDA: mw. Smilde (2010) / mw. Bruins Slot (2011); SP: mw. Leijten; D66: mw. Dijkstra; GroenLinks: mw. Voortman; ChristenUnie: mw. Wiegman-van Meppelen Scheppink; SGP: dhr. Dijkgraaf (2010) / dhr. Van der Staaij (2011); Partij voor de Dieren: mw. Ouwehand (2011).

De gang van zaken tijdens een AO is dat in de eerste termijn de Kamerleden in een beperkt aantal minuten hun standpunten ten aanzien van de voorliggende kwestie uiteenzetten en vragen stellen aan de minister. Na beantwoording van deze vragen door de minister volgt meestal een tweede termijn met vragen van Kamerleden gevolgd door een tweede termijn voor de minister. De Kamerleden hebben te allen tijde de mogelijkheid om interrupties te plaatsen. Het aantal interrupties is echter beperkt en de interrupties dienen het karakter van een vraag te hebben. Indien het AO voor partijen aanleiding geeft om moties in te dienen, dan wordt dit overleg gevolgd door een voortgezet AO of plenair debat in de plenaire zaal van het Tweede Kamergebouw, op dezelfde dag of enkele dagen later. Na indiening van de moties geeft de betrokken bewindspersoon zijn oordeel over de moties waarbij hij aangeeft of hij de motie ontraadt of het oordeel aan de Kamer laat. Bij de stemmingen over de moties dienen alle Kamerleden aanwezig te zijn hoewel meestal per partij wordt gestemd en niet hoofdelijk. De minister is overigens niet verplicht moties uit te voeren. De plenaire debatten, moties en stemmingen, zijn vanaf 2011 ook in beeldvorm gearhiveerd, op de website van de Tweede Kamer, www.tweedekamer.nl.

De verschillende stappen in het parlementaire proces

2010: minister Klink (CDA)

21 juni 2010: Aanbieding conceptwijzigingsbesluit zorgverzekering 2011 aan de Eerste en Tweede Kamer.¹ Hierin wordt de wijziging van Artikel 2.4, lid 3 aangekondigd naast een pakket aan andere maatregelen waaronder diverse pakketwijzigingen en eigen bijdragen voor de paramedische zorg.

28 juni 2010: Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.² Toelichtingen op het conceptwijzigingsbesluit 2011.

29 juni 2010: AO naar aanleiding van het conceptwijzigingsbesluit 2011.³

1 juli 2010: Plenair Tweede Kamerdebat met moties en stemmingen.⁴ Aangenomen wordt de Motie-Van der Veen c.s. waarin wordt opgeroepen van de eigen bijdrage voor de GGZ2 af te zien in verband met onduidelijkheid over de gevolgen ervan, en dekking te vinden in aangedragen alternatieven.⁵

¹ Kamerstuk 29689, nr. A. resp. nr. 303, met als bijlage het wijzigingsbesluit 2011, blg-69903.

² Kamerstuk 32123 XVI, nr. 141.

³ Kamerstuk 29689, nr. 305. Door de Eerste Kamer wordt het wijzigingsbesluit op 29 juni ter kennisgeving aangenomen en niet inhoudelijk besproken. Handelingen I 2009/10, nr. 34, pag. 1495.

⁴ Handelingen II 2009/10, nr. 94, pag. 7820-7824 (moties), pag. 7839-7840 (stemmingen).

⁵ Kamerstuk 32123 XVI, nr. 151.

- 12 augustus 2010: Advies van de Raad van State.⁶ De Raad spreekt zich niet inhoudelijk uit over de eigen bijdragen.
- 6 september 2010: Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.⁷ De minister laat weten dat de opbrengsten van de alternatieven uit de motie-Van der Veen c.s. onvoldoende zekere dekking bieden om van de eigen bijdrage voor de GGZ2 af te kunnen zien.
- 16 september 2010: AO.⁸ De minister laat weten dat hij er graag samen met de Kamer uit wil komen, ook omdat hij demissionair is, en zoekt actief mee naar alternatieve dekkingen. Van de eigen bijdrage zegt hij op zeker moment: "Ik had het liever niet gedaan."
- 29 september 2010: Plenair Tweede Kamerdebat.⁹ Diverse moties ingediend aangaande alternatieve dekkingen voor de eigen bijdrage.
- 30 september 2010: Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.¹⁰ De aangedragen alternatieven blijken voldoende dekking te bieden terwijl ook de GGZ-sector efficiëncymogelijkheden ziet zodat van de eigen bijdrage voor de GGZ2 kan worden afgezien.
- 30 september 2010: Voortzetting Plenaire Tweede Kamerdebat.¹¹ De VVD trekt steun voor alternatieve dekkingen in op grond van twijfel over de onderbouwing ervan, maar ook onder verwijzing naar het Regeer- en Gedoogakkoord van VVD-CDA en PVV dat die middag wordt gepresenteerd en waarin de eigen bijdrage voor de GGZ2 is opgenomen. De VVD dient samen met PVV en CDA een motie in om eigen bijdrage GGZ2 volledig in te voeren, de motie-Zijlstra c.s., die op voldoende steun zou kunnen rekenen.¹² Kamerlid Zijlstra noemt de gang van zaken zelf 'niet fraai' maar hij zegt niet anders te kunnen.
- 6 oktober 2010: Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.¹³ Hij geeft aan dat de alternatieve dekkingen stevig zijn.
- 6 oktober 2010: Plenair Tweede Kamerdebat.¹⁴ VVD en PvdA hebben de afgelopen dagen gezamenlijk overleg gevoerd met de GGZ-sector. Dit en de brief van de minister geeft de VVD voldoende vertrouwen in de dekkingen. De VVD trekt haar motie in. De eigen bijdrage voor de GGZ2 wordt niet ingevoerd per 1 januari 2011 en de wijziging wordt niet opgenomen in het definitieve wijzigingsbesluit 2011.¹⁵

⁶ Zaaknummer W13.10.0365/I.

⁷ Kamerstuk 32123 XVI, nr. 164.

⁸ Kamerstuk 32500 XVI, nr. 8.

⁹ Handelingen II 2010/11, nr. 5, pag. 2-11.

¹⁰ Kamerstuk 29248, nr. 147.

¹¹ Handelingen II 2010/11, nr. 6, pag. 6-12.

¹² Kamerstuk 29248, nr. 144.

¹³ Kamerstuk 29248, nr. 151.

¹⁴ Handelingen II 2010/11, nr. 8, pag. 43-46.

¹⁵ Gepubliceerd op 2 november 2010, *Staatsblad 2010*, nr. 764.

7 oktober 2010: Stemmingen over moties.¹⁶ Aangenomen wordt o.a. de Motie-Van der Staaij, volgens welke budgetoverschrijdingen niet mogen leiden tot hogere eigen bijdragen voor patiënten en die de GGZ-instellingen oproept selectiever te indiceren voor de tweedelij.¹⁷

2011: minister Schippers (VVD)

10 juni 2011: Aanbieding conceptwijzigingsbesluit zorgverzekering 2012 aan de Eerste en Tweede Kamer.¹⁸ Hierin wordt opnieuw de wijziging van Artikel 2.4, lid 3 aangekondigd naast een pakket aan andere maatregelen waaronder verwijdering van de aanpassingsstoornis uit het basispakket.

10 juni 2011: Brief van de minister van VWS aan de Eerste en de Tweede Kamer.¹⁹ Verlaging van de hoogte van de eigen bijdragen ten opzichte van het Regeer- en Gedoogakkoord waar in het conceptwijzigingsbesluit naar wordt verwezen.

10 juni 2011: Persconferentie door de minister met toelichting op het conceptwijzigingsbesluit 2012.²⁰

27 juni 2011: Brief van de minister van VWS aan Tweede Kamer.²¹ Verdere verlaging van de eigen bijdrage voor de GGZ van €295,- naar €275,- per behandeling en voor maximaal één DBC per jaar.

28-29 juni 2011: Bespreking van het conceptwijzigingsbesluit in de vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer, gevolgd door een brief met vragen aan de minister van VWS.²²

30 juni 2011: AO naar aanleiding van het conceptwijzigingsbesluit 2012.²³

30 juni 2011: Plenair Tweede Kamerdebat met moties en stemmingen.²⁴ Diverse moties om van de eigen bijdrage af te zien worden verworpen. Aangenomen wordt de motie-Van der Staaij/Bruins Slot waarin de regering wordt opgeroepen de meest kwetsbare doelgroepen te ontzien, hetzij via een verlaging van de eigen bijdrage, hetzij via een gerichte

¹⁶ Handelingen II 2010/11, nr. 9, pag. 19.

¹⁷ Kamerstuk 29248, nr. 139.

¹⁸ Kamerstuk 29689, nr. C resp. nr. 327, met als bijlage het wijzigingsbesluit 2012, blg-118501.

¹⁹ Kamerstuk 25424, nr. A resp. nr. 118.

²⁰ Persconferentie 10 juni 2011. Zie <http://nos.nl/video/247432-forse-kritiek-op-bezuinigingsplannen-geestelijke-gezondheidszorg.html>.

²¹ Kamerstuk 25424, nr. 129.

²² Kamerstuk 29689, nr. E.

²³ Kamerstuk 25424, nr. 132.

²⁴ Handelingen II 2010/11, nr. 100, item 48 (moties); item 64 (stemmingen).

uitzondering voor de meest kwetsbare doelgroepen, en dit met als doel zorgmijding te voorkomen.²⁵

1 juli 2011: Brief van de minister van VWS aan de Eerste Kamer.²⁶ Beantwoording van de vragen van de Eerste Kamer van 29 juni 2011.

26 juli 2011: Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.²⁷ Verslag van de uitwerking van de motie Van der Staaij/Bruins Slot. Vanwege de korte termijn waarmee de maatregelen moeten worden geïmplementeerd blijkt de motie niet uitvoerbaar per 1 januari 2012. De minister zal wel de eigen bijdrage verlagen tot €200,- per DBC en €100,- voor kortdurende DBC's (tot 100 minuten).

19 augustus 2011: Advies van de Raad van State.²⁸ De Raad onderschrijft de strekking van het ontwerpbesluit maar mist een toelichting in algemene zin bij de maatregelen, die vooral lijken te zijn ingegeven door budgettaire overwegingen.

31 augustus 2011: Kamervragen van de SP.²⁹ Over de gevolgen van de eigen bijdrage voor mensen met dementie.

21-22 september 2011: Algemene politieke beschouwingen.³⁰ De motie-Roemer c.s.,³¹ waarin wordt opgeroepen af te zien van de eigen bijdrage, wordt verworpen.

26 september 2011: Nader rapport bij het conceptwijzigingsbesluit.³² Aan de Nota van toelichting is een paragraaf toegevoegd in reactie op het advies van de Raad van State.

27 september 2011: Antwoord door de minister van VWS op de Kamervragen van de SP van 31 augustus 2011.³³

29 september 2011: AO.³⁴ De SGP toont zich tevreden met reactie van de minister op haar motie.

30 september 2011: Definitieve vaststelling van het wijzigingsbesluit 2012.³⁵ Daarin is nu opgenomen de wijziging van Artikel 2.4, lid 3.

12 en 13 oktober 2011: Plenair Tweede Kamerdebat met moties en stemmingen.³⁶ Aangenomen wordt de motie-Van der Staaij/Bruins Slot om een sluitende keten te organise-

²⁵ Kamerstuk 25424, nr. 123.

²⁶ Kamerstuk 29689, nr. E.

²⁷ Kamerstuk 25424, nr. 130.

²⁸ Zaaknummer W13.11.0304/III.

²⁹ Kamervragen zonder antwoord 2010-2011, 2010Z16643.

³⁰ Handelingen II 2011/12, nr. 2, item 3 (moties); nr. 3, item 4 (stemmingen).

³¹ Kamerstuk 33000, nr. 11.

³² Toegevoegd aan het advies van de Raad van State, zie noot 28.

³³ Kamervragen (Aanhangsel) 2011-2012, 128.

³⁴ Kamerstuk 25424, nr. 148.

³⁵ Gepubliceerd op 28 oktober 2011, *Staatsblad 2011*, nr. 467.

³⁶ Handelingen II 2011/12, nr. 11, item 11 (moties); nr. 12, item 17 (stemmingen).

ren om zorgmijding vroegtijdig op te sporen,³⁷ en de motie-Mulder c.s., die oproept om GGZ die voortkomt uit bemoeizorg te ontheffen van de eigen bijdrage.³⁸

10 en 11 november 2011: Plenaire Tweede Kamer debat over de VWS-begroting voor 2012.³⁹ Nogmaals een motie-Van der Veen c.s, die de regering oproept af te zien van invoering van de eigen bijdrage omdat er onvoldoende zicht is op de gevolgen.⁴⁰ De motie wordt verworpen.

³⁷ Kamerstuk 25424, nr. 143.

³⁸ Kamerstuk 25424, nr. 145.

³⁹ Handelingen II 2011/12, nr. 22, item 10 (moties); nr. 23, item 16 (stemmingen).

⁴⁰ Kamerstuk 33000 XVI, nr. 29.

Bronnenoverzicht

Literatuur

- American Psychiatric Association, *Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2001.
- Bakker, F., *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.
- Bijl, R. & A. Ravelli, "Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study." *American Journal of Public Health*, 90/4, (2000), 602-607.
- Bijl, R., A. Ravelli, & G. van Zessen, "Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (1998), 587-595.
- Bolton, D., *What is mental disorder? An essay in philosophy, science and value*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Broeksteeg, J., E. Hardy, S. Klosse, M. Peeters & L. Verhey, *Zicht op wetgevingskwaliteit: Een onderzoek naar de wetgevingsadvisering van de Raad van State*. Meppel: Boom, 2005.
- Broose, C., "Concepts of health and disease." In: D. Gabbay, F. Gifford, P. Thagard & J. Woods (eds.), *Philosophy of Medicine*. Dordrecht-Boston: Kluwer Academic Publishers, 2011, 13-64.
- Chilton, P., *Analysing political discourse: Theory and practice*. London-New York: Routledge, 2004.
- Cortina, A., "Civil ethics and the validity of law." *Ethical Theory and Moral Practice*, 3 (2000), 39-55.
- Cutler, D. & R. Zeckhauser, "The anatomy of health insurance." In: A. Culyer & J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* (vol. 1). Amsterdam: Elsevier, 2000, 563-643.
- Fuller, L., *The morality of law* (revised edition). New Haven-London: Yale University Press, 1969.
- Grice, G., *The grounds of moral judgement*. Cambridge: Cambridge University Press, 1967.
- Hermans, H., *Zorg en markt in historisch en huidig perspectief*. Deventer: Kluwer/Utrecht: SOVAC, 1994.
- Hertogh, M. & O. Zoontjens (red.), *Gelijke behandeling: Principes en praktijken. Evaluatie onderzoek Algemene wet gelijke behandeling*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2006.

- Hiroeh, U., L. Appleby, P. Mortensen & G. Dunn, "Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: A population-based study." *The Lancet*, 358, 22 December (2001), 2110-2112.
- Kohlberg, L., "Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach." In: Th. Lickona (red.), *Moral development and behaviour: Theory, research, and social issues*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976, 31-53.
- Kouzis, A., W. Eaton & P. Leaf, "Psychopathology and mortality in the general population." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30 (1995), 165-170.
- Marsden, C., "Dopamine: The rewarding years." *British Journal of Pharmacology*, 147 (2006), S136-144.
- Ministerie van Justitie, Directie Wetgeving, *Draaiboek voor de Wetgeving: Systematische beschrijving van de procedure*. Den Haag: Sdu, 2002.
- OLG Bamberg, "§239 StGB." *Süddeutsche Juristenzeitung*, 5 (1950), 207-210.
- Oortwijn, W., V. Thio & M. Wilkens, "Het effect van het verplicht eigen risico." *TPEdigitaal*, 6/2 (2012), 61-75.
- Preston, N., C. Sampford & C-A Bois (eds.), *Ethics and political practice: Perspectives on legislative ethics*. London-New York: Routledge, 1998.
- Rawls, J., *A theory of justice* (revised edition). Cambridge (MA): Harvard University Press, 1999.
- Rosenthal, A., *Drawing the line: Legislative ethics in the States*. Lincoln: University of Nebraska, 1996.
- Rosenthal, U., "Van controle op de uitvoering naar controle op de wetgeving." In: J. van Schagen (red.), *Parlement en kwaliteit van wetgeving*. Den Haag: Sdu, 2003, 61-78.
- Sheikh, A., A. Cook & R. Ashcroft, "Making cycling helmets compulsory: Ethical arguments for legislation." *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97/6 (2004), 262-265.
- Ven, W. van de & F. Schut, "Is de Zorgverzekeringswet een succes?" *TPEdigitaal*, 4/1 (2010), 1-24.

Rapporten

- CPB, *Gedragseffecten van eigen betalingen in de ZVW* (notitie 2008/18). Den Haag: CPB, 25 april 2008.
- CVZ, *Pakketadvies 2010. Op 2 april 2010 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* (publicatienummer 285). Diemen: CVZ, 2010.
- CVZ, *Pakketadvies 2011. Op 1 april 2011 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* (publicatienummer 296). Diemen: CVZ, 2011.

- GGZ Nederland, *Kerncijfers GGZ-sector*. GGZ Nederland, oktober 2010.
- Have, M. ten, H. van 't Land & R. de Graaf, *Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ* (trendrapportage GGZ 2009). Utrecht: Trimbos Instituut, 2009.
- Hollander, A. de, N. Hoeymans, J. Melse, J. van Oers & J. Polder (red.). *Zorg voor gezondheid: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Inspectie der Rijksfinanciën, *Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ: Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg*. April 2010.
- Nibud, "Koopkrachtmutaties voor 2012." Nibud, 2011.
- RIVM, *Advies Kosten van ziektestudie: Inhoudelijke en technische aanpassing* (RIVM briefrapport 270751022/2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
- Verhaak, P, I. van Beljouw & C. van Dijk, *Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses*. Utrecht: Nivel, 2010.

Wetten, besluiten, adviezen Raad van State

- Aanwijzingen voor de regelgeving. BWBR0005730.
- Advies Raad van State bij het conceptwijzigingsbesluit 2011: Zaaknummer W13.10.0365/I, 12 augustus 2010. *Staatscourant 2010*, nr. 18217, 19 november 2010.
- Advies Raad van State bij het conceptwijzigingsbesluit 2012: Zaaknummer W13.11.0304/III, 19 augustus 2011. Op 1 augustus 2012 nog niet gepubliceerd in de *Staatscourant*. Zie de website van de Raad van State.
- Besluit zorgverzekering: "Besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet." BWBR0018492.
- Conceptwijzigingsbesluit 2011: "Besluit van ... houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering, het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG, het Besluit zorgaanspraken AWBZ, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit zorg in verband met diverse maatregelen 2011." Blg-69903.
- Conceptwijzigingsbesluit 2012: "Besluit van ... houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zvw per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer." Blg-118501.
- Wijzigingsbesluit 2012 (definitief): "Besluit van 30 september 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer en

wijziging van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten." *Staatsblad 2011*, 467.

Zorgverzekeringswet: "Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking." BWBR0018450. Memorie van toelichting: Kamerstuk 29763, nr. 3.

Politieke documenten

Regeringsafspraken (te vinden op www.rijksoverheid.nl)

"Begrotingsbeleid." Gedoogakkoord VVD-PVV-CDA, bijlage II, 30 september 2010.

"Nederlandse begrotingsregels, 2007-2011. Zoals deze luiden na de wijzigingen, gemeld in de Najaarsnota 2008."

"Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA 30 september 2010."

Verkiezingsprogramma's (te vinden op websites van de politieke partijen)

CDA, "Slagvaardig en samen: Verkiezingsprogramma 2010-2015."

ChristenUnie, "Vooruitzien. Christelijk-sociaal perspectief: Verkiezingsprogramma ChristenUnie 2010-2014."

D66, "We willen het anders: Verkiezingsprogramma D66 voor de Tweede Kamer 2010-2014."

GroenLinks, "Klaar voor de toekomst: Verkiezingsprogramma 2010."

Partij voor de Dieren, "Recepten voor mededogen en duurzaamheid: Verkiezingsprogramma Partij voor de Dieren Tweede Kamerverkiezingen 2010."

PvdA, "Iedereen telt mee. De kracht van Nederland: Verkiezingsprogramma Tweede-Kamer verkiezingen 2010."

PVV, "De agenda van hoop en optimisme. Een tijd om te kiezen: PVV 2010-2015."

SGP, "Daad bij het Woord. De SGP stáát ervoor!"

SP, "Een beter Nederland voor minder geld: Verkiezingsprogramma SP 2011-2015."

VVD, "Orde op zaken: VVD Verkiezingsprogramma 2010-2014."

Geraadpleegde websites

(peildatum bezoek 15 juli 2012)

[Http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni001542](http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni001542): Landelijk Platform GGZ, rechtszaak eigen bijdrage.

[Http://nos.nl/video/247432-forse-kritiek-op-bezuinigingsplannen-geestelijke-gezondheidszorg.html](http://nos.nl/video/247432-forse-kritiek-op-bezuinigingsplannen-geestelijke-gezondheidszorg.html): persconferentie minister Schippers, 10 juni 2011.

[Www.klec.ky.gov](http://www.klec.ky.gov): Kentucky Legislative Ethics Commission.

[Www.officielebekendmakingen.nl](http://www.officielebekendmakingen.nl): digitaal archief van Kamerstukken.

[Www.overheid.nl](http://www.overheid.nl): wetten en besluiten van de rijksoverheid, per verschillende geldigheidsdatum in te zien.

[Www.raadvanstate.nl](http://www.raadvanstate.nl): adviezen Raad van State.

[Www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl): politieke documenten.

[Www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl): algemene informatie over de Tweede Kamer; beeldarchief van plenaire zittingen van de Tweede Kamer (via Debat gemist).

Websites van de politieke partijen voor de verkiezingsprogramma's.