



D66 denkt 30 à 40% van de zorg te kunnen schrappen. Dat is niet alleen onzin, maar ook gevaarlijk

Posted on 9 oktober 2025 by Armand Girbes

Toen ik de verkiezingsprogramma's bekeek, werd mij al snel duidelijk dat veel politieke partijen veel nadruk leggen op 'passende zorg' en 'het schrappen van zorg die niet bewezen effectief is'. Een effectief instrument om zorg te kunnen schrappen.

Het begrip 'passende zorg' werd ontwikkeld door het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Het Radboudumc verbond zich nauw met dit concept: eerst door de benoeming van een hoogleraar 'patiëntgerichte innovatie' als speciale gezant Passende Zorg, en vervolgens door de creatie van een bijzonder hoogleraarschap Passende Zorg. Je zou kunnen vermoeden dat de [290 miljoen euro](#) voor onderzoek naar 'passende zorg' die klaarligt bij het subsidieorgaan ZonMw samenhangt met substantiële beleidsaandacht voor dit thema.

Een problematisch begrip

[Nu schreef ik eerder](#) dat passende zorg een problematisch begrip is en feitelijk een pleonasme, net zoals 'niet-passende zorg' een oxymoron is. Zorg is namelijk per definitie passend. Anders is het geen zorg. En het was me al snel duidelijk dat het een typisch Nederlands concept is toen ik daar met internationale collega's in het Frans, Duits, Engels of Spaans over wilde praten. Het is lastig te vertalen namelijk.

Ofschoon de boodschap dat we geen behandelingen moeten geven waar de patiënt niets aan heeft, mij zeer dierbaar is, is het niets nieuws. Als intensivist is het ongeveer dagelijks werk om – samen met de patiënt en de familie – te bepalen of de patiënt wel iets aan de behandeling kán hebben. En niet zelden was mijn conclusie dat de patiënt aan het einde van zijn leven was, en dat de *intensive care*-behandeling alleen maar lijden zou toevoegen aan het stervensproces. Want aan het einde van je leven ga je dood, de titel van een [editorial](#) die ik meer dan 25 jaar geleden al schreef.

In Nijmegen zouden de betrokken hoogleraren in een dergelijk geval zeggen dat *intensive care* geen passende zorg is. Ik zou zeggen dat de patiënt er geen voordeel van kan hebben en het daarom geen zorg is.

Maar zoals u begrijpt is er veel medische expertise nodig om dit te kunnen vaststellen. En altijd ook goed overleg met de patiënt en diens familie. En uit ervaring weet ik dat het op zo'n moment ook fout kan gaan en dat de patiënt een traject op de IC doorloopt dat kansloos is in termen van 'er wat aan hebben voor de patiënt'. In feite vinden de Nijmeegse collegae en ik hier inhoudelijk hetzelfde. Met deze afweging werk ik al meer dan dertig jaar.

Dus weet ik ook dat het soms onzeker is of de patiënt er iets aan kan hebben en – opnieuw in overleg met de patiënt en familie – start je dan de IC-behandeling want je kunt ook maar één keer doodgaan. En het kan blijken dat de patiënt het overleeft en weer een goede kwaliteit van leven krijgt, maar het kan ook zijn dat de patiënt komt te overlijden. Wanneer de patiënt dan toch komt te overlijden, zou je – achteraf – kunnen zeggen dat het 'dus' geen zorg was waar de patiënt iets aan had, geen 'passende zorg'. En was de IC-behandeling wel bewezen effectief?

En hier wordt het gevaarlijk. Wanneer dit soort denkbeelden door niet-deskundigen worden gehanteerd en wanneer op basis van dit soort criteria wordt bepaald of de zorg nog wel wordt vergoed.

Wat willen de partijen?

Laten we eens kijken wat het partijprogramma van D66 daarover zegt. Ik kies voor D66 omdat die er het meest uitgesproken over is. In het programma staat letterlijk: '... vergoeden we geen zorg meer die onnodig is of waarvan niet bewezen is dat het effectief werkt'. Zo denkt D66 30 à 40 procent van de zorg te kunnen schrappen. Het partijprogramma stelt dat bepaalde ingrepen weinig nut hebben: 'Zoals buisjes plaatsen bij kinderen, amandelen knippen, onnodige knieoperaties of asthmabehandelingen die niet werken.' Ook 'onnodige antibiotica, overbodige scans, röntgenfoto's en medicijnen die niet goed werken' moeten niet meer vergoed worden.

Tja, maar wat betekent dat precies in de praktijk? Als ik een 60-jarige patiënt met pijn in de lies beoordeel en ik wil ernstige heupgewrichtsslijtage (coxarthrose) uitsluiten, dan laat ik een röntgenfoto maken. Maar was het een overbodige foto als er geen afwijkingen te zien waren? Nee, want nu weet ik zeker dat ik naar andere oorzaken moet zoeken. Dat is nu klinische expertise, klinisch redeneren en overigens ook conform internationale richtlijnen.

Werken met onzekerheden

Wat betreft buisjes plaatsen of amandelen knippen: hier wordt naar mijn mening te weinig rekening gehouden met de nuances in de medische praktijk, want er zijn wel degelijk patiënten waar dit gewoon geïndiceerd is. Het gaat dus om patiëntselectie. Een veelgemaakte fout, ook door collega's, is dat men denkt dat wanneer één of meer grote trials hebben aangetoond dat 'iets niet werkt' het dus geen effectieve behandeling is. Het probleem is dat je kijkt naar een gemiddeld effect en er dus wel degelijk patiënten zijn die wél voordeel kunnen hebben van de onderzochte behandeling.

Maar opnieuw, het gaat dan over medische expertise in combinatie met selectie van de juiste patiënt voor die behandeling. En niet zelden is dat niet geheel duidelijk van te voren. Mijn vak geneeskunde gaat nou eenmaal over het werken met onzekerheden.

De veronderstelling van D66, gedeeld door VVD en CDA, dat we van alles kunnen schrappen uit het basispakket (tot 40 procent!) is daarom naar mijn overtuiging niet alleen onjuist, maar ook gevaarlijk.

Wynia's Week brengt broodnodige, onafhankelijke berichtgeving: drie keer per week, **156 keer per jaar**, met artikelen en columns, video's en podcasts. Onze donateurs maken dat mogelijk. [Doet u mee?](#) Hartelijk dank!