



Hoe het recht op goede zorg stilletjes wordt ondermijnd

Posted on 22 juli 2025 by Armand Girbes

Terwijl we inmiddels collectief wenen aan oorlogstaal en miljarden extra voor defensie, voltrekt zich elders iets ingrijpends in stilte: we worden voorbereid op minder zorg, minder rechten, minder solidariteit. De contouren van deze ontwikkeling zijn zichtbaar voor iedereen die het zorgbeleid met aandacht volgt, maar worden zelden hardop uitgesproken. Als iemand die zich al decennia professioneel inzet voor de kwaliteit van zorg, is het voor mij steeds moeilijker om niet te concluderen: Dit is geen toevallige ontwikkeling. Dit is beleid.

Zoals eerder door communicatie en framing de publieke opinie werd voorbereid op een wapenwedloop, wordt ons nu ingeprent dat we — omwille van ‘houdbaarheid’ — genoeg moeten nemen met minder zorg van goede kwaliteit. Natuurlijk zegt niemand letterlijk: ‘U verliest uw recht op goede zorg’. In plaats daarvan wordt de boodschap verpakt in bestuurlijke containerbegrippen en technocratische codetaal als:

- Niet alles wat kan, moet.

- Zorg moet gepast en doelmatig zijn,
- We moeten keuzes maken in wat we nog bieden.

Dat klinkt rationeel en redelijk. Maar vertaal deze frasen naar hun feitelijke betekenis, en je leest: U mag straks niet langer rekenen op wat nu nog vanzelfsprekend is. Maar het grootste probleem zit momenteel niet *in* de zorg, maar *aan* de zorg.

Tallose inefficiënties

Frappant is dat er vooral wordt gesneden in de inhoud van het zorgaanbod, en nauwelijks in het apparaat dat daaromheen draait. De politieke reflex is steeds: minder behandelingen, minder ziekenhuizen, minder artsen, minder patiëntenrechten – in plaats van: minder managementlagen of minder verspilling aan bureaucratie. Terwijl daar juist het nodige te halen valt.

Zoals ik eerder betoogde in mijn boek *Zieke Zorg*, bevat het zorgsysteem tallose inefficiënties die niets met patiëntenzorg van doen hebben. ‘Bullshitbanen’ en administratieve overlast zijn geen randzaken, maar systemen die tijd, geld en zin ondermijnen. Dat daar nooit de focus op ligt, is veelzeggend en symptomatisch. En ondertussen worden er wél extra subsidies verstrekt voor nieuwe beleidskaders die de versobering maskeren.

Nieuwe vlag, oude bijbedoeling: klimaat en passende zorg

Een van de meer recente routes naar deze ‘ontzorging’ verloopt via het klimaatbeleid. Onder titels als ‘planetary health’ of ‘de groene zorg’ wordt een moreel appèl gedaan op zorgverleners om hun handelen af te stemmen op ‘klimaatbelangen’. Uiteraard zijn verspilling en duurzaamheid legitieme thema’s — ik steun elke poging om zinnige inzet van middelen te bevorderen. Maar het moment dat artsen zélf, of in academische gremia, suggereren dat je behandelingen moet nalaten vanwege de CO₂-footprint, is pijnlijk. Niet omdat de consequenties van klimaatverandering niet belangrijk zijn, maar omdat dit een subtiele uitholling van ons medisch-ethisch kompas dreigt te worden. Meer nog: de overheid ondersteunt deze trend strategisch, met snel groeiende subsidies voor programma’s en platforms als ‘De Groene Zorg’.

Een andere aanvliegroute is het begrip 'passende zorg', afkomstig van Zorginstituut Nederland (ZiN), opvolger van het programma 'zinnige zorg'. Wie het ZiN kent, weet hoe belangrijk hun taak is: zij adviseren de regering over wat er wel of niet vergoed wordt vanuit de basisverzekering. In essentie — en volkomen terecht — gaan die adviezen over de effectiviteit en doelmatigheid van zorg op populatieniveau. Niemand wil immers dat kwakzalverij of onbewezen therapieën collectief gefinancierd worden. Maar problemen ontstaan zodra het instituut zich begeeft op semantisch en inhoudelijk grijs terrein.

'Niet-passende zorg' is bedacht om te kunnen versoberen

Want wat is niet-passende zorg? Elke behandeling hoort in principe onderdeel te zijn van professioneel, proportioneel en evidence-based handelen. Er is geen medische handeling die ideaal is voor iedereen, maar ook geen vorm van 'zorg' die losstaat van de professionele verplichting tot maatwerk. Passende zorg is daarom een pleonasme, en niet-passende zorg een beleidsmatig bedachte tegenpool, een oxymoron, die dient om het pakket te kunnen versoberen – zonder het zo te noemen. Het is ook niet de eerste keer dat onduidelijk is wiens belang het ZiN nu het meeste dient; immers een versobering van de zorg past de zorgverzekeraars goed.

Semantiek als beleid

Wie denkt dat dit slechts een woordenspel is, moet letten op de geldstromen. Alleen al aan subsidies in het kader van Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) voor het thema passende zorg is 290 miljoen euro toegekend – publiek geld dat ook gebruikt had kunnen worden om de bureaucratische overlast te verminderen of het primaire proces te versterken. Dat deze route wél wordt gefinancierd onderstreept: het is politiek menens. Te meer daar politieke partijen publiekelijk steun uitspreken voor de stelling 'de kwaliteit van zorg moet omlaag'.

Zo onderschreef D66-Kamerlid Wieke Paulusma die uitspraak van een gezondheidseconoom met zichtbare overtuiging. En ook de zorgeconoom had haarfijn in de gaten waarlangs de politieke- en subsidiegelden stromen.

Medisch specialisten duwen mee

Ook opvallend: medisch specialisten spelen nu een rol in dit discours. In recente interviews stellen ze — in algemene zin niet ten onrechte — dat niet alle behandelingen nog mogelijk zullen zijn. Op zichzelf is dat een vrij overbodige constatering, want natuurlijk krijgen patiënten niet alle mogelijke behandelingen. Ik kan dat het beste illustreren met een overduidelijk voorbeeld: bij een 85-jarige patiënt met ernstige dementie en ernstig hartfalen gaan we geen harttransplantatie meer doen, ook al is harttransplantatie een mogelijke behandeling. Maar de manier waarop de medisch specialisten dit presenteren klinkt soms alsof we overgaan tot schaarstemanagement zonder professioneel verzet. Alsof het niet meer gaat over klinische proportionaliteit en gerechtvaardigde terughoudendheid, maar over wendbaarheid en beleidsacceptatie.

Natuurlijk moeten we blijven differentiëren. Ik weet uit ervaring dat er in de zorg overbodige of zelfs schadelijke behandelingen plaatsvinden. Ik weet ook dat men vooraf niet altijd met zekerheid kan zeggen of iets zinloos is voor de patiënt — medische prognoses zijn verre van perfect. Dat maakt de discussie lastig. En ja, niet elke ultra-specialistische operatie bij een zeldzame aandoening bij een ongeboren kind hoeft heilig te zijn als we de basale kraamzorg voor iedereen niet goed geregeld krijgen. Maar het gesprek daarover is niet aan beleidsbureaucraten, maar aan professionals met patiëntrelaties en klinische ervaring.

We zitten midden in een stelselwijziging in termen van voorzieningen, die niet eerlijk wordt benoemd. Wat als doelmatige zorgtransformatie wordt verkocht, is in feite verschraling van zorg via semantische framing, zonder ook maar te willen kijken naar de systeemfout van de 'gereguleerde marktwerking' met alle bureaucratische en andere nadelige consequenties. Natuurlijk moeten we niet alles doen wat kan — maar we mogen niet accepteren dat we straks fundamentele zorg ontzegd krijgen onder de vlag van innovatie. En zolang er structureel niet wordt gesnoeid in managementlagen en administratieve ballast, is het adagium 'we kunnen ons dit niet meer permitteren' ongeloofwaardig.

Een andere weg is mogelijk

In plaats van schijnheilige botte versobering kunnen we kiezen voor échte efficiency. Dat betekent: minder managers, meer zorgverleners. Minder

administratie, meer tijd voor patiënten. Minder bureaucratie, meer directe zorg. Die keuzes zijn er – als we ze politiek durven te maken. En laten we vooral het gesprek over prioriteiten terugleggen waar het hoort: bij professionals met patiëntcontact, niet bij beleidsmedewerkers met PowerPoint-presentaties en economen die slechts naar één kant van de medaille kijken, de kosten van de zorg, en niet naar de opbrengsten.

De vraag is niet óf we keuzes moeten maken in de zorg – die maken we altijd al. De vraag is wie die keuzes maakt, op basis van welke informatie, en in wiens belang. De keuzes die er werkelijk toe doen, worden niet gemaakt tussen kolommen en KPI's (Key Performance Indicator), maar in de onzekerheid van de behandelkamer.

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!