

Bacheloropdracht Bestuurskunde

# Eigen verantwoordelijkheid van burgers in verschillende natiestaten en de manieren van bevordering

*Onderzoek naar de eigen verantwoordelijkheid van burgers in de  
gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten en de  
eventuele bevordering hiervan*

Naam: Daphne van der Strate  
Studentnummer: s0026395  
Opleiding: Bestuurskunde  
Begeleider: dr. M.R.R. Ossewaarde  
Meelezer: dr. M. van Gerven

## Voorwoord

In het kader van de Bacheloropdracht voor de opleiding Bestuurskunde, heb ik een onderzoek ten uitvoer gebracht betreffende de eigen verantwoordelijkheid van burgers op het beleidsterrein gezondheidszorg. In het onderzoek zal ik het beleid van het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten met elkaar vergelijken. Ik heb voor het beleidsterrein gezondheidszorg gekozen, omdat ik uit eerste hand heb ervaren dat er nog het nodige aan het beleid schort in Nederland. Het is interessant om te achterhalen hoe andere landen de gezondheidszorg hebben geregeld.

Bij aanvang van mijn bacheloropdracht, zag ik er nogal tegenop. Zoveel om uit te zoeken en geen idee waar te beginnen. Door de structuur van mijn onderzoek, een documentenanalyse, leeft het onderzoek niet echt. Gelukkig veranderde dit, toen ik mij ging verdiepen in de stof. Vooral nu in de Verenigde Staten de gezondheidszorg weer actueel nieuws is, met het voorstel van president Obama, werd mijn onderzoek een stuk 'echter'.

Daphne van der Strate

Goor, november 2009

# Inhoudsopgave

	Pagina:
Voorwoord	2
Hoofdstuk 1 – Inleiding	5
1.1 Achtergrond en aanleiding	5
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen	8
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	11
2.1 Verschillende betekenissen eigen verantwoordelijkheid	12
2.2 Sturingsinstrumenten	14
2.3 Conclusie	17
Hoofdstuk 3 – Methodologie	20
3.1 Methode van dataverzameling	20
3.2 Selectie en afweging	22
3.3 Methode van data-analyse	24
3.4 Conclusie	25
Hoofdstuk 4 – Beantwoording deelvragen	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Beantwoording deelvraag 1	28
4.2.1 Huidige situatie eigen verantwoordelijkheid	28
4.2.2 Manier van bevordering eigen verantwoordelijkheid	31
4.2.3 Conclusie	36
4.3 Beantwoording deelvraag 2	38

4.3.1	Huidige situatie eigen verantwoordelijkheid	38
4.3.2	Manier van bevordering eigen verantwoordelijkheid	40
4.3.3	Conclusie	44
4.4	Beantwoording deelvraag 3	47
4.4.1	Overeenkomsten	47
4.4.2	Verschillen	49
4.5	Conclusie	52
Hoofdstuk 5 – Conclusie		53
Literatuurlijst		59
Bijlagen		60

## Hoofdstuk 1 – Inleiding

### 1.1 *Achtergrond en aanleiding*

De laatste 10 jaar is in politiek Nederland steeds meer ophef ontstaan over de verzorgingsstaat. Enkele actuele zaken, zoals de op handen zijnde verhoging van de pensioensleeftijd en de stijging van werkloosheid benadrukken deze situatie. Hervorming van deze verzorgingsstaat staat dan ook hoog op de politieke agenda. Een centraal begrip in dit debat betreffende de hervorming van de verzorgingsstaat is 'eigen verantwoordelijkheid van burgers'. Dit begrip is van belang omdat het de waarden van de liberale en christen-democratische partijen verenigt. De beoogde hervorming van de verzorgingsstaat wordt benaderd vanuit de interpretatie van dit begrip. Het eerste waar aan gedacht wordt bij het begrip eigen verantwoordelijkheid van burgers en de eventuele bevordering hiervan is het idee van een terugtrekkende overheid. De vraag is echter of dit wel wordt bedoeld met de bevordering van eigen verantwoordelijkheid van de burger. Immers, eigen verantwoordelijkheid van burgers kan ook bekeken worden in het licht van aansprakelijkheid of deugdelijkheid van de burger zelf. Het is belangrijk om te achterhalen wat er precies wordt bedoeld met eigen verantwoordelijkheid van burgers en welke betekenissen hiervan in het belang zijn van de samenleving. Tevens is het interessant om te kijken naar de manieren waarop de eigen verantwoordelijkheid van burgers is te bevorderen.

Het beleidsterrein dat ik ga bestuderen is de gezondheidszorg. De laatste jaren is heeft de overheid niet stil gezeten betreffende de gezondheidszorg. Het besluit van de overheid dat iedere burger een zorgverzekering moet afsluiten is hier een voorbeeld van. Ook de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning is een interessant punt.

Om een zo uitgebreid mogelijk bestand te krijgen van het begrip eigen verantwoordelijkheid en duidelijkheid te verschaffen betreffende de manieren waarop de eigen verantwoordelijkheid van burgers te bevorderen is zal ik het beleid op het gebied van de gezondheidszorg van twee verschillende landen onder de loep nemen. De landen die ik zal gaan behandelen zijn het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten.

Ik zal proberen te achterhalen hoe eigen verantwoordelijkheid van burgers wordt begrepen en hoe de overheid tracht dit te bevorderen. De te verkrijgen informatie kan gebruikt worden om ons nationale beleid onder de loep te nemen en eventuele veranderingen door te voeren op het gebied van eigen verantwoordelijkheid van de burger.

### **Doelstelling**

Het belangrijkste doel van het onderzoek is meer inzicht krijgen in de interpretatie van het begrip eigen verantwoordelijkheid van de burger door verschillende natiestaten. Voor de overheid is het interessant om te zien welke plaats eigen verantwoordelijkheid heeft binnen het beleid van andere natiestaten en hoe men tracht de eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen. Deze doelstelling zal ik bereiken door een systematisch overzicht te maken van mijn bevindingen.

### **Relevantie van onderzoek**

De relevantie van het onderzoek wordt bekeken vanuit twee perspectieven, namelijk het maatschappelijk en het wetenschappelijk perspectief. Voordat ik hierop in gaan, zal ik eerst het doel van het onderzoek beschrijven.

### **Maatschappelijke relevantie**

Onder maatschappelijke relevantie wordt verstaan: het nut van de resultaten van het onderzoek voor de opdrachtgever en eventueel voor de maatschappij in zijn algemeenheid (Geurts, 1999, p.133).

De resultaten die worden verkregen aan de hand van het onderzoek, kunnen worden gebruikt bij de eventuele hervorming van de verzorgingsstaat. Men kan immers de resultaten vergelijken met de Nederlandse situatie omtrent de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Door deze vergelijking kan men inzicht krijgen in wat in Nederland veranderd kan worden om een betere situatie te creëren. Voor de maatschappij in zijn geheel zal dit ook relevant zijn. Immers, door deze informatiewinning, kan er vooruitgang worden geboekt op het terrein van eigen verantwoordelijkheid binnen de verzorgingsstaat. Dit is positief voor de maatschappij, omdat door deze informatiewinst er een gezonder klimaat kan worden samengesteld.

### **Wetenschappelijke relevantie**

Onder wetenschappelijke relevantie wordt verstaan: het nut van de resultaten van het onderzoek voor de wetenschap (Geurts, 1999, p.133). De resultaten moeten bijdragen aan de 'Body of Knowledge', door het bieden van nieuwe inzichten, het geven van verklaringen of het geven van verhelderingen.

Door de verzameling van informatie zal het onderzoek nieuw inzicht door feiten brengen, wat kan leiden tot nieuwe gedachtevorming betreffende het onderwerp van het onderzoek.

## 1.2 *Probleemstelling en onderzoeksvragen*

Eigen verantwoordelijkheid van burgers is een belangrijk begrip in het politieke debat over de (hervorming van) de verzorgingsstaat. Zoals eerder genoemd verenigt het de waarden van de liberale en christen-democratische partijen. Ook in de gezondheidszorg is het begrip van belang. Om eventuele veranderingen aan te brengen in het Nederlandse beleid betreffende de gezondheidszorg is het van belang om te weten hoe dit begrip wordt geïnterpreteerd door andere natiestaten. Bovendien is het zinvol om te bekijken hoe andere natiestaten proberen de eigen verantwoordelijkheid van de burgers te bevorderen op dit beleidsterrein. Door te kijken naar het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten kan Nederland zien waar eventueel verbeteringen en/of veranderingen nodig zijn in het beleid. Om te achterhalen wat wordt verstaan onder eigen verantwoordelijkheid van burgers in de twee eerder genoemde landen en tevens uit te kunnen vinden hoe getracht wordt de eigen verantwoordelijkheid te bevorderen, heb ik de volgende centrale onderzoeksvraag samengesteld:

*“Hoe wordt het begrip eigen verantwoordelijkheid van burgers, op het gebied van de gezondheidszorg, geïnterpreteerd door de rijksoverheden van het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten en op welke manier probeert men de eigen verantwoordelijkheid van burgers te bevorderen?”*

Door deze onderzoeksvraag op te splitsen in verschillende deelvragen, zal ik tot een meer gedetailleerd antwoord kunnen komen. De volgende deelvragen zal ik gaan behandelen:



1. Wat is de betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers en hoe is het gesteld met de bevordering hiervan in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk?
2. Wat is de betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers en hoe is het gesteld met de bevordering hiervan in de gezondheidszorg in de Verenigde Staten?
3. Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk op het gebied van eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg?

Door bij zowel het Verenigd Koninkrijk als de Verenigde Staten één en dezelfde soort vraag centraal te stellen, kan ik de uitkomsten bij beide vragen uiteindelijk goed met elkaar vergelijken. Op deze wijze kan ik deelvraag 3 op een juiste manier behandelen.

Om tot een antwoord op de hoofdvraag te kunnen komen zal eerst duidelijk moeten worden wat er precies verstaan wordt onder eigen verantwoordelijkheid van burgers. Tevens is het belangrijk om te weten hoe de verschillende vormen van eigen verantwoordelijkheid kunnen worden gestuurd en welke sturingsinstrumenten het beste bij de verschillende types eigen verantwoordelijkheid passen. Deze vragen en de antwoorden hierop vormen samen het theoretische kader van het onderzoek. Wanneer dit duidelijk is, kan ik kijken welke plaats het begrip heeft in het beleid van andere natiestaten en wat men doet om de eigen verantwoordelijkheid van de burgers te bevorderen.

Door de deelvragen te beantwoorden kan ik een antwoord geven op de centrale onderzoeksvraag. Met beantwoording van de centrale onderzoeksvraag kan er een beeld geschetst worden betreffende de situatie omtrent eigen verantwoordelijkheid in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Het is

immers interessant om te zien wat andere natiestaten (Europees en niet Europees) doen met het begrip eigen verantwoordelijkheid. Door, als Nederlandse overheid, 'af te kijken' bij deze andere natiestaten, kan worden bepaald of het huidige beleid aangepast dient te worden of juist niet. Bij tegenvallende resultaten bij de andere natiestaten is het niet meer dan logisch dat Nederland hun voorbeeld niet zal volgen.

Om antwoorden te verkrijgen op de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag zal ik een documentenanalyse uitvoeren. Ik zal verschillende (beleids)documenten opzoeken en bestuderen om tot een conclusie te komen. Aan de hand van deze documenten zal ik het beleid van de twee staten (VK en VS) omtrent de eigen verantwoordelijkheid van burgers en de bevordering hiervan, op het beleidsterrein gezondheidszorg, met elkaar vergelijken. Mijn bacheloronderzoek is dus een comparatief onderzoek in de vorm van een literatuurstudie.

## Hoofdstuk 2 - Theoretisch Kader

Voordat ik mij kan toelagen op de deelvragen en uiteindelijk de centrale onderzoeksvraag is het noodzakelijk om mij eerst te verdiepen in het begrip eigen verantwoordelijkheid. Eigen verantwoordelijkheid (van burgers) zal dan ook centraal staan in dit theoretische kader.

Om enige structuur aan te brengen in het theoretische kader zal ik eerst de verschillende soorten eigen verantwoordelijkheid behandelen. Daarnaast zal ik uitleg geven over de sturingsinstrumenten die bij eigen verantwoordelijkheid een rol spelen. Door deze twee stappen uit te werken, zal het theoretisch kader gevormd worden, welke zal fungeren als een kapstok voor mijn onderzoek. De informatie betreffende de begrippen zal ik verzamelen aan de hand van literatuur en theoretische artikelen.

De laatste stap in het theoretische kader is het uitkiezen van één van de behandelde betekenissen van eigen verantwoordelijkheid. Om tot goede en eenduidige antwoorden te komen op de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen is het belangrijk om vast te stellen wat er precies met eigen verantwoordelijkheid wordt bedoeld. Door te kiezen voor één van deze uitwerkingen van eigen verantwoordelijkheid zal het begrip bij alle deelvragen hetzelfde betekenen en kan ik het beleid van het Verenigd Koninkrijk en het beleid van de Verenigde Staten betreffende eigen verantwoordelijkheid met elkaar vergelijken.

Het theoretische kader baseer ik op de discoursanalyse van eigen verantwoordelijkheid van Ringo Ossewaarde (2006)<sup>1</sup> en advies 38 van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling [RMO] (2006)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Ossewaarde, M.R.R. (2006). *Eigen Verantwoordelijkheid: Bevrijding of Beheersing*. Amsterdam: SWP.

## 2.1 *Verschillende betekenissen eigen verantwoordelijkheid*

Eigen verantwoordelijkheid is een begrip dat de laatste jaren zijn opmars heeft gemaakt. Te pas en te onpas wordt het begrip gebruikt door politiek Nederland. Helaas is het niet altijd even duidelijk wat met dit begrip wordt bedoeld, immers er zijn verschillende betekenissen te onderscheiden. Door een van deze betekenissen centraal te stellen in mijn onderzoek zal een duidelijker antwoord kunnen worden gegeven op de hoofdvraag en deelvragen.

In het huidige politieke en bestuurlijke discours zijn er vier betekenissen van het begrip eigen verantwoordelijkheid te onderscheiden. Deze betekenissen zijn; eigen verantwoordelijkheid als vermogen, eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid, eigen verantwoordelijkheid als taak en eigen verantwoordelijkheid als deugd<sup>3</sup>.

In advies 38 (RMO, 2006, pag. 47) wordt het volgende gezegd betreffende eigen verantwoordelijkheid als vermogen: *“Met eigen verantwoordelijkheid als vermogen wordt bedoeld dat mensen de capaciteiten en de mogelijkheden bezitten om verantwoordelijk te zijn.”* Bij deze betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers is het aan de overheid om ruimte te creëren zodat deze vermogens benut kunnen worden. Daarnaast dient de overheid burgers te voorzien van middelen en vaardigheden die ze nodig hebben om de eigen verantwoordelijkheid goed te benutten. Een voorbeeld van eigen verantwoordelijkheid als vermogen op het gebied van integratie is dat een allochtoon probeert de taal te leren en onder andere daarmee een betere sociale positie probeert te verkrijgen.

---

<sup>2</sup> Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Verschil maken: Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

<sup>3</sup> Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Verschil maken: Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Een tweede betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers is aansprakelijkheid (RMO, 2006, pag.48<sup>4</sup>). Bij eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid wordt je ter verantwoording geroepen voor gevolgen van bepaalde handelingen en/of nalatigheden. Deze betekenis hangt nauw samen met de voorgaande, eigen verantwoordelijkheid als vermogen. Wanneer wordt geacht van burgers dat ze een bepaalde verantwoordelijkheid dragen, kunnen ze op die verantwoordelijkheid worden aangesproken. Het beleid bij deze vorm van eigen verantwoordelijkheid wordt gekoppeld aan de creatie van markten. Immers, hoe meer keuzemogelijkheden de individuele consument heeft, des te groter zal de vrijheid en vooruitgang zijn die de samenleving boekt. Burgers kunnen dus meer zelfstandig kiezen, maar zijn dan ook aansprakelijk voor de gevolgen. Accountability staat hierbij dus centraal. Deze markten worden echter niet helemaal aan de consumenten (burgers) en de aanbieders overgelaten. De overheid acht zich verantwoordelijk voor toezicht op de kwaliteit, en houdt dit in de gaten aan de hand van toezichthouders.

Eigen verantwoordelijkheid van burgers als taak of opdracht is een derde betekenis. Zoals door de RMO (2006, pag. 49) wordt gezegd is de beste omschrijving van deze betekenis dat burgers worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden die voortvloeien uit een bepaalde rol die ze vervullen. Enkele rollen zijn bijvoorbeeld die van ouder of buurtbewoner. Van ouders wordt door de overheid verwacht dat ze hun kinderen in toom houden. Zij zijn verantwoordelijk voor het gedrag van hun kinderen.

De laatste betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers die wordt onderscheiden is eigen verantwoordelijkheid als deugd. Het gaat hierbij om de persoonlijke kwaliteit van iemand, die we een verantwoordelijk persoon

---

<sup>4</sup>Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Verschil maken: Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

noemen. Het is een soort van waardeoordeel dat naderhand wordt toegekend. Dit is af te leiden uit het volgende citaat van het RMO (2006):

De vierde betekenis is eigen verantwoordelijkheid als deugd. Dat houdt in dat aan het gedrag van iemand een positief waardeoordeel wordt toegekend. Dat waardeoordeel wordt toegekend als iemand zich verantwoordelijk toont voor zijn naasten of voor de samenleving als geheel. Eigen verantwoordelijkheid is dan vaak verantwoordelijkheid voor de ander (p.49).

## 2.2 *Sturingsinstrumenten*

De volgende stap in de vorming van het theoretische kader is de belichting van de sturingsinstrumenten. Sturingsinstrumenten zijn instrumenten die de overheid kan gebruiken om een bepaald project een gewenste richting in te 'sturen'. In het geval van eigen verantwoordelijkheid van burgers zal worden getracht deze eigen verantwoordelijkheid te bevorderen met behulp van verschillende instrumenten, zoals bijvoorbeeld subsidies en voorlichting. De keuze van een specifiek instrument bij een beleidsterrein hangt af van verschillende factoren. Ten eerste is een probleemdefiniëring al bepalend voor de keuze van een instrument, immers specifieke doelen vragen om specifieke instrumenten. Een tweede belangrijke factor is de politiek. Bij uitvoering van beleid moet een ambtenaar zich houden aan het regeerakkoord, en beschikt hierdoor niet over een complete vrijheid betreffende zijn keuze in sturingsinstrument. Ook het draagvlak is van belang bij de keuze van een sturingsinstrument. Nieuwe wet- en regelgeving kan alleen worden doorgevoerd, wanneer het kan rekenen op voldoende steun. Een andere factor is de effectiviteit van het instrument. Met andere woorden; wordt het doel bereikt als gevolg van de inzet van het instrument. Waar ook rekening mee dient te

worden gehouden bij de keuze van een instrument zijn de huidige beleidsteksten. Het gekozen sturingsinstrument zal moeten functioneren binnen de regels en normen van de beleidsteksten.

Aan de hand van de vier verschillende betekenissen van eigen verantwoordelijkheid zullen verscheidene sturingsinstrumenten besproken worden.

Bij het eerste type, eigen verantwoordelijkheid als vermogen, staat centraal dat de burgers de mogelijkheid wordt geboden om zelfstandig verantwoordelijkheid uit te oefenen. De burgers zijn in staat om verantwoordelijkheid voor iets te dragen en kunnen daarvoor ook ter verantwoording worden geroepen. De instrumenten die het beste bij deze betekenis van eigen verantwoordelijkheid passen zijn straf en beloning (Ossewaarde, 2006, p. 50). Door invoering van deze sancties worden burgers als het ware gedwongen hun eigen vermogen te gebruiken in plaats van te vertrouwen op het vermogen van anderen. Een goed voorbeeld hiervan is het integratie beleid. De immigranten die zich in Nederland willen vestigen zullen een inburgeringstoets moeten doen. Wanneer ze hiervoor slagen is de verblijfvergunning de 'beloning'. Om voor deze toets te slagen zullen ze volledig op hun eigen kunnen moeten vertrouwen. Een ander beleidsinstrument dat hierbij van dienst kan zijn is de vrijgeving van de markt voor inburgeringcursussen. Door immigranten zelf in staat te stellen al dan niet te kiezen voor een inburgeringcursus, wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid als vermogen van de immigrant. Door het slagen voor de inburgeringstoets te verbinden aan het al dan niet verkrijgen van een verblijfsvergunning, is de immigrant indirect verplicht deel te nemen aan een goede cursus.

Bij eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid zijn marktwerking en toezicht de juiste sturingsinstrumenten. Bij dit type van eigen verantwoordelijkheid worden burgers getypeerd als rationeel denkende wezens, die zelfstandig keuzes kunnen maken en aansprakelijk worden gesteld voor de gevolgen van deze keuzes. Centraal staat hierbij dat de burger over het vermogen beschikt om te kunnen kiezen uit verschillende alternatieven op grond van zijn eigen of het collectieve belang. Om de burgers keuzemogelijkheden te bieden, is het noodzakelijk dat er markten zijn waarop aanbieders hun diensten aanbieden. Met deze komst van verschillende markten worden ook verscheidene soorten toezicht door de overheid in het leven geroepen. De overheid wil dat burgers zelfstandig keuzes maken, maar wil niet voor verassingen komen te staan. Daarnaast wil de overheid zorg dragen voor de kwaliteit van de markt en de marktwerking.

Bij het derde type, eigen verantwoordelijkheid als taak, gaat het erom dat de burger in staat is zijn sociale rolverplichtingen te vervullen. Met andere woorden, de burgers hebben de taak om verplichtingen uit te voeren die voortvloeien uit de rol die ze in de sociale context spelen. Het sturingsinstrument dat bij dit type van eigen verantwoordelijkheid past is de binding aan verplichtingen (RMO, 2006, p. 53). Door de verschillende sociale rollen in het beleid vast te leggen en door deze rollen te verbinden met de daarbij behorende plichten kan de overheid de burger sturen. Door het invoeren van deze contractuele verplichtingen lijkt het erop dat de verbinding die de burger met het beleid heeft niet geheel vrijblijvend is. Door vastlegging van bepaalde rollen in het beleid kan de overheid een beroep doen op de bijdrage van de burger ter verbetering van de situatie. Een voorbeeld hiervan is het veiligheidsbeleid van de overheid. In dit beleid krijgen de burgers de taak om te zorgdragen voor de



veiligheid in de samenleving. Indirect worden, door deze taak, de burgers voorzien van allerlei wet- en regelgeving waaraan zij zich dienen te houden. Denk bijvoorbeeld eens aan de verkeersregels. Maximumsnelheden zijn ingevoerd, omdat te hard rijden schadelijk kan zijn voor de veiligheid. Door de rol als zorgdrager voor veiligheid in de samenleving te accepteren zullen burgers zich aan de wet- en regelgeving dienen te houden.

Bij eigen verantwoordelijkheid als deugd past het beleidsinstrument competentieontwikkeling. Bij dit laatste type eigen verantwoordelijkheid staat centraal dat de burger bepaalde competenties of kwaliteiten krijgt toegekend. Dit kan zijn dat de burger een goed waardeoordeel kan vormen of een goed voorbeeld kan geven. De burger dient te beschikken over competenties die nodig zijn voor het verkrijgen van deugden. Een van deze competenties is het kunnen uitten van zelfkritiek. Door het uitten van zelfkritiek kan een beter waardeoordeel worden toegekend aan anderen. Het RMO zegt dat eigen verantwoordelijkheid als deugd grote gelijkens vertoont met solidariteit, beide zijn gebaseerd op vrijwillige inzet voor naasten (RMO, 2006, p. 54).

### 2.3 *Conclusie*

Het hierboven gevormde theoretische kader zal van cruciaal belang zijn bij de verdere uitwerking van mijn onderzoek. Door duidelijk te stellen wat het begrip eigen verantwoordelijkheid precies betekent, kan ik zowel de centrale onderzoeksvraag als de deelvragen eenduidig beantwoorden.

Zoals al eerder vermeld zal ik een keuze maken uit deze vier betekenissen, van eigen verantwoordelijkheid van de burgers, om mijn onderzoek de nodige structuur te geven. Mijn keuze is gevallen op de tweede betekenis van eigen verantwoordelijkheid, namelijk *'eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid'*. Ik

heb voor deze betekenis gekozen, omdat ik deze het meest toepasbaar vind in de gezondheidszorg. In dit beleidsterrein staat de burger centraal. Het is van groot belang dat de burger zelfstandig keuzes kan maken en op het gebied van gezondheidszorg zijn er keuzemogelijkheden te over. Vooral de verplichting van het hebben van een zorgverzekering is een mooi voorbeeld van de creatie van een markt, waarop de burger zelf zijn keuze mag maken. Hiernaast vind ik eigen verantwoordelijkheid van burgers in de vorm van aansprakelijkheid de meest logische en natuurlijke betekenis. Immers, wanneer er in de volksmond wordt gezegd: "Dat is je eigen verantwoordelijkheid.", dan wordt er indirect vanuit gegaan dat je voor de keuze die je maakt ook aansprakelijk kan worden gesteld. Door deze keuze komt ook het nut van het theoretische kader naar voren. Aan de hand van de gekozen betekenis, aansprakelijkheid, en de beschrijving hiervan kan ik gericht uitzoeken welke documenten van belang zijn voor mijn onderzoek. Zoals eerder is gezegd zorgt het theoretische kader ook voor de nodige ruggesteun bij het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag en deelvragen. Door vooraf een betekenis van eigen verantwoordelijkheid vast te stellen en op basis daarvan de deelvragen te beantwoorden, kunnen de uitkomsten van beide landen goed met elkaar worden vergeleken. Wanneer er bij de beide landen voor een verschillende betekenis zouden worden gekozen, zou het onderzoek en het vergelijk niet valide zijn en dus geen goed beeld schetsen van de realiteit.

Mijn verwachting is dat vooral het beleid van de Verenigde Staten in het oog zal springen. Ik heb het idee dat de gezondheidszorg (en daarbij het niveau van sociale voorzieningen) in de VS zeer afwijkt van wat wij Nederlanders gewend zijn. Het hele idee van een verzorgingsstaat komt daar niet bepaald aan de orde, naar mijn mening. Over de gezondheidszorg van het Verenigd Koninkrijk durf

ik nog niet al te veel te zeggen. Wel heb ik het idee dat het beleid daar meer naar de Amerikaanse collega's neigt dan naar het beleid van bijvoorbeeld Nederland, waar een grote mate van bemoeienis van de overheid niet vreemd is.

Een punt van aandacht is het hele verhaal omtrent ziektekostenverzekeringen. Vooral omdat hier in Nederland het hebben van een ziektekostenverzekering sinds enkele jaren verplicht is lijkt het mij interessant om te kijken hoe dat in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten geregeld is.

Een ander aandachtspunt is de mate van aansprakelijkheid die de twee landen hanteren. Door te focussen op aansprakelijkheid lijken de vragen in mijn onderzoek goed te beantwoorden te zijn. Toch moet ik rekening houden met de verschillen tussen de twee landen op het gebied van deze aansprakelijkheid. Het kan maar zo zijn dat bijvoorbeeld de Verenigde Staten een burger in een bepaalde situatie zelf aansprakelijk stelt, terwijl het Verenigd Koninkrijk een burger in dezelfde situatie niet de schuld in de schoenen schuift.

## Hoofdstuk 3 - Methodologie

Na de formulering van de hoofd- en deelvragen en de samenstelling van het theoretische kader is het van belang om even stil te staan bij de methodologie in mijn onderzoek. Het is noodzakelijk om vast te stellen en uit te werken op wat voor manier ik mijn onderzoek ten uitvoer zal brengen. Deze methodologie zal een beschrijving geven van de procedures en werkwijzen waarvan ik gebruik zal maken om kennis te verwerven voor de beantwoording van mijn hoofd- en deelvragen.

Het onderwerp dat als eerste aan bod zal komen is de manier waarop ik data zal verzamelen om de hoofd- en deelvragen te gaan beantwoorden. Verder zal ik dieper ingaan op het afweging- en selectieproces bij de zoektocht naar bruikbare informatie. Ook zal ik kort aangeven wat voor soort documenten ik zal gaan behandelen in mijn onderzoek. Daarnaast zal ik uitleg geven over de manier van analyse van mijn onderzoek en zal ik aangeven welke rol het hiervoor samengestelde theoretische kader zal spelen in de verdere uitwerking van mijn onderzoek.

In dit hoofdstuk zal ik zodoende eerst stilstaan bij de methode van dataverzameling. Nadat ik mijn methode van het verzamelen van data uiteen heb gezet, zal ik uitleg geven over het analyseren van de gevonden data.

### *3.1 Methode van dataverzameling*

Mijn onderzoek heeft de vorm van een documentenanalyse. Hierbij zal ik gebruik gaan maken van passende literatuur om de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden. Ik zal met behulp van verschillende (beleids)documenten van de twee te behandelen landen proberen vast te stellen

hoe het met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers en de bevordering hiervan in de betreffende landen is gesteld. Deze documenten zal ik zelf moeten gaan verzamelen. Dit doe ik aan de hand van het internet. Ik ga op zoek naar verschillende websites van de verschillende landen met documenten betreffende eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg en de eventuele verbetering hiervan. Deze beleidsdocumenten zijn voornamelijk te vinden op de websites van de overheden zelf. Enkele van deze websites zijn; de website van de Department of Health [DH] van het Verenigd Koninkrijk (<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/index.htm>) en de website van de Department of Health and Human Services [DHHS] van de Verenigde Staten (<http://www.hhs.gov>). De literatuur die ik zal onderzoeken zal dus onder andere bestaan uit beleidsdocumenten (in het Verenigd Koninkrijk de zogenoemde 'white papers') van de verschillende regeringen. Hierbij kan gedacht worden aan beleidsdocumenten waarin uitleg wordt gegeven over het huidige beleid van het land betreffende de gezondheidszorg. Een voorbeeld van een dergelijk beleidsdocument is de volgende; "*Our health, our care, our say: a new direction for community services*" (Department of Health, 2006). Dit is een document (white paper) dat is gepubliceerd door de Department of Health van het Verenigd Koninkrijk. In combinatie met deze 'white papers' zal ik ook kijken naar de 'green papers' van het Verenigd Koninkrijk. Dit zijn rapportages van de overheid van bepaalde voorstellen, met als doel de discussie over het bepaalde onderwerp te bevorderen. Het zijn documenten die vooraf kunnen gaan aan white papers. Ook zal ik, naast dergelijk soort beleidsdocumenten, verschillende rapporten van de te bespreken regeringen bekijken. Het jaarlijkse verslagen van de Department of Health van het Verenigd Koninkrijk en de Department of Health and Human Services van de Verenigde Staten zijn hier voorbeelden van. Dergelijk soort documenten geven een beschrijving van de gebeurtenissen,

veranderingen en aanpassingen die dat jaar allemaal hebben plaatsgevonden op het gebied van de gezondheidszorg. Tevens zal ik kijken naar documenten betreffende beleidsplannen (strategische plannen) voor de toekomst op het gebied van de gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is het "*Strategic Plan*" voor de jaren 2005-2012 van de US Department of Health & Human Services. Hierin worden de (lange termijn) plannen voor de gezondheidszorg uit de doeken gedaan. Door te zoeken naar verschillende documenten per land, kan ik de situaties van het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten betreffende de eigen verantwoordelijkheid van burgers op het gebied van de gezondheidszorg met zorg onderzoeken.

Zoals uit het voorgaande blijkt zal ik mij toelagen op documenten betreffende de landen in zijn geheel. In mijn onderzoek ga ik het landelijke beleid vergelijken, omdat bij vergelijking van verschillende gemeenten of staten er te veel andere (en niet altijd even duidelijke) factoren kunnen meespelen bij de bepaling van het beleid. Dergelijk soort factoren bemoeilijken de vergelijking die ik voor ogen heb.

### **3.2 *Selectie en afweging***

De documenten die ik voor het onderzoek zal gaan gebruiken zal ik op duidelijke wijze moeten selecteren. Ik zal een afweging moeten maken tussen de documenten die belangrijk en minder belangrijk of niet toepasbaar zijn voor mijn onderzoek. De eerste afweging die ik bij de zoektocht naar te gebruiken documenten zal maken is de volgende; gaat het document over eigen verantwoordelijkheid, en dan met name de aansprakelijkheid van burgers (dus niet van bedrijven en overheden)? Als dit niet het geval is, dan is het document in kwestie zeer waarschijnlijk niet van belang voor mijn onderzoek. Naast deze afweging zal ik tevens kijken of het gaat om een document dat de situatie

omschrijft in de gezondheidszorg. Uiteraard zijn documenten, waarbij de nadruk ligt op een ander beleidsterrein dan de gezondheidszorg, ook interessant, vooral om te kijken hoe de overheden de eigen verantwoordelijkheid daar proberen te bevorderen. Echter voor mijn onderzoek zal ik mij specifiek richten op de eigen verantwoordelijkheid van burgers in de gezondheidszorg. Documentatie betreffende andere beleidsterreinen is dus wel handig om te bekijken, maar niet noodzakelijk om mijn hoofd- en deelvragen te beantwoorden.

Omdat de bevordering van eigen verantwoordelijkheid van burgers een grote rol speelt in mijn onderzoek zal ik ook hiernaar uitkijken in de documenten. Het is van belang om goede documenten te vinden betreffende de bevordering van eigen verantwoordelijkheid van burgers.

Zoals ik al eerder heb vermeld ga ik het landelijke beleid onder de loep nemen. Van belang bij de selectie van documenten is dat ik documenten selecteer die het landelijke beleid beschrijven en niet het beleid van staten, provincies of gemeenten.

Een ander belangrijk punt in mijn selectie van documentatie is de afbakening in tijd. Ik zal proberen documenten te vinden die de actuele situatie het meest realistisch weergeven. Documenten die een situatie schetsen van de gezondheidszorg van (tientallen) jaren geleden zal ik niet gebruiken. Aangezien ik met mijn onderzoek de huidige situatie wil weergeven, zullen 'oude' documenten niet van belang zijn.

Als laatste is het van belang om zoveel mogelijk beleidsdocumenten te vinden die aan deze kwalificaties voldoen. Omdat in mijn deelvragen de nadruk ligt op de bevordering van eigen verantwoordelijkheid en wat daaraan gedaan wordt om verbetering in de hand te werken, is het van belang om inzicht te verkrijgen in het beleid dat de overheden ten uitvoer brengen. Met beleidsdocumenten bedoel ik dan ook documenten van het Ministerie van Gezondheid of andere

overheidsinstellingen. Naast deze beleidsdocumenten kunnen documenten van zorginstellingen ook behulpzaam zijn.

De moeilijkheid bij de selectieprocedure is het wegstrepen van gevonden documenten. Uiteraard is het van belang om zoveel mogelijk verschillende documenten te verzamelen, maar helaas zijn niet alle documenten even goed bruikbaar.

### **3.3** *Methode van data-analyse*

Nu duidelijk is geworden op welke manier ik mijn data zal gaan verzamelen en selecteren, zal ik uitleg geven over de manier waarop ik de hoofd- en deelvragen zal gaan beantwoorden.

Aan de hand van de uiteindelijk geselecteerde documenten zal ik proberen een antwoord te geven op de verschillende deelvragen. De beantwoording van de deelvragen zal leiden tot een conclusie, waarin in het antwoord op de centrale onderzoeksvraag zal worden gegeven.

Het analyseren van de gevonden data zal gebeuren aan de hand van het theoretische kader. In het theoretische kader heb ik verschillende soorten betekenissen van het begrip eigen verantwoordelijkheid van burgers de revue laten passeren. Voor de verdere analyse in mijn onderzoek heb ik ervoor gekozen om uit te gaan van eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid en de daarbij behorende sturingsinstrumenten, marktwerking en toezicht. Door een keuze te maken uit de vier betekenissen van het begrip eigen verantwoordelijkheid van burgers, genoemd in het theoretisch kader, zal ik de situaties in de te onderzoeken landen beter met elkaar kunnen vergelijken. Immers, er is geen goede (valide) vergelijking te maken tussen de landen, wanneer ik verschillende betekenissen van het begrip eigen verantwoordelijkheid gebruik; je kan geen appels met peren vergelijken.



Door eigen verantwoordelijkheid van burgers als aansprakelijkheid centraal te stellen kan ik onderzoeken of het gevoerde beleid van de verschillende landen vergelijkbaar is of juist niet. Aan de hand van de bijbehorende sturingsinstrumenten, marktwerking en toezicht, kan ik vaststellen of de landen in kwestie eigen verantwoordelijkheid proberen te bevorderen en zo ja op wat voor manier. De uitkomst van het theoretische kader, de door mij gekozen betekenis van eigen verantwoordelijkheid, zal zodoende als een rode draad door mijn onderzoek lopen.

Om tot een zo uitgebreid mogelijk antwoord van de deelvragen te komen, zal ik de deelvragen puntsgewijs behandelen. Aangezien de deelvragen één en twee dezelfde vorm hebben zal ik deze op dezelfde manier behandelen. Eerst zal ik gaan kijken naar eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid van burgers op het gebied van gezondheidszorg in het bepaalde land. Ik zal uit proberen te zoeken hoe de huidige situatie eruit ziet. Als stap twee zal ik uitzoeken op welke manier het land in kwestie de eigen verantwoordelijkheid al dan niet probeert te bevorderen. Uiteraard zullen de deelvragen afgesloten worden met een kleine conclusie. Bij de derde deelvraag, *“Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk op het gebied van eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg?”*, zal ik eerst de overeenkomsten en daarna de verschillen tussen het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten behandelen.

### **3.4 Conclusie**

Om de deel- en hoofdvragen te beantwoorden zal ik het volgende plan van aanpak aanhouden. Allereerst zal ik literatuur (artikelen en documenten) gaan verzamelen en selecteren aan de hand van het selectieproces zoals in dit hoofdstuk heb weergegeven. Nadat dit selectieproces heeft plaatsgevonden zal

ik, aan de hand van de in het theoretisch kader uitgekozen betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers, de verzamelde data (beleidsteksten) zo uitgebreid mogelijk proberen te onderzoeken. Ik zal puntsgewijs proberen te achterhalen hoe het is gesteld met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers en de eventuele bevordering hiervan, in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Door eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid centraal te stellen, zal ik, na de situatie in beide landen te hebben onderzocht, de verschillende uitkomsten beter met elkaar kunnen vergelijken en een antwoord geven op de centrale hoofdvraag.

## Hoofdstuk 4 – Beantwoording deelvragen

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de deelvragen één voor één aan bod komen. Ik zal de deelvragen proberen te beantwoorden op de manier zoals ik uiteen heb gezet in het methodologische hoofdstuk (methode van data-analyse). Bij de eerste twee deelvragen zal ik eerst de focus leggen op de betekenis van eigen verantwoordelijkheid om daarna vast te stellen hoe het land in kwestie de eigen verantwoordelijkheid al dan niet probeert te bevorderen. Ik zal hierbij gebruik maken van het, in het theoretische kader vastgestelde, begrip eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid. Bij de vraag of de rijksoverheden de eigen verantwoordelijkheid proberen te bevorderen zal ik vooral de nadruk leggen op de sturingsinstrumenten marktwerking en toezicht.

Na de beantwoording van deelvraag één en twee zal ik de uitkomsten van deze deelvragen bij de beantwoording van deelvraag drie met elkaar vergelijken.

Door de deelvragen puntsgewijs te beantwoorden zal ik uiteindelijk tot een conclusie komen, waarin ik antwoord zal proberen te geven op de hoofdvraag;

*“Hoe wordt het begrip eigen verantwoordelijkheid van burgers, op het gebied van de gezondheidszorg, geïnterpreteerd door het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten en op welke manier probeert men de eigen verantwoordelijkheid van burgers te bevorderen?”*

## 4.2 *Beantwoording deelvraag 1*

**“Wat is de betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers en hoe is het gesteld met de bevordering hiervan in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk?”**

Om een antwoord op deze deelvraag te kunnen geven zal ik mij verdiepen in enkele (beleids)documenten van het Verenigd Koninkrijk. Ik zal aan de hand van de, in het theoretische kader uitgekozen, soort eigen verantwoordelijkheid (eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid) en de daarbij behorende sturingsinstrumenten, marktwerking en toezicht, proberen duidelijkheid te verschaffen in de situatie betreffende de eigen verantwoordelijkheid van burgers in het Verenigd Koninkrijk. Zoals in de methode van data-analyse is vermeld, zal ik eerst de eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid van burgers op het gebied van gezondheidszorg in het bepaalde land behandelen. Ik zal proberen te achterhalen hoe de huidige situatie eruit ziet. Hierna zal ik uitzoeken op welke manier het land in kwestie de eigen verantwoordelijkheid al dan te probeert te bevorderen.

### *4.2.1 Huidige situatie eigen verantwoordelijkheid*

Om een goed beeld te krijgen van de gezondheidszorg en de eigen verantwoordelijkheid van burgers op dit gebied is het van belang om eerst te bekijken hoe de gezondheidszorg eruit ziet in het Verenigde Koninkrijk. In het Verenigd Koninkrijk wordt de gezondheidszorg geregeld via de National Health Services [NHS]<sup>5</sup>. Deze publiek gefundeerde instelling (fundering uit nationale belastingen) wordt gestuurd door het Ministerie van Gezondheid.

---

<sup>5</sup> Bron: [www.nsh.uk](http://www.nsh.uk)

Ministerie heeft de controle over tien Strategic Health Authorities (SHAs), die alle NHS bezigheden in Engeland registreren. De NHS gaat te werk aan de hand van 3 basis principes;

- Ervoor zorgen dat de behoeften van een ieder worden voorzien,
- dat zorg gratis is op het moment van levering, en
- dat zorg is gebaseerd op de klinische noodzaak en niet op het wel of niet kunnen betalen.

Met deze basis principes is met de komst van de NHS een verzorgingsstaat geboren. Deze verzorgingsstaat heeft in het begin van de jaren tachtig nog onder vuur gelegen als gevolg van de neoliberale revolutie. Zowel in het Verenigd Koninkrijk als in de Verenigde Staten is de weerstand tegen overheidsbemoeienis altijd veel groter geweest dan in bijvoorbeeld Nederland. Deze revolutie is dan ook niet vreemd, aangezien het de zelfregulerende werking van de markt in de hand werkt. Als direct gevolg van de groter wordende vrijheid van de markt, werd de NHS steeds meer ontmanteld. Door de komst van de vele privé klinieken, werd de NHS verdreven van zijn werkterrein. Eind jaren tachtig komt er langzaam een eind aan de neoliberale inslag van het Verenigd Koninkrijk. De oude verzorgingsstaat wordt langzaam weer opgebouwd.

Naast de basis principes zijn er in 2000 nog enkele voorwaarden bijgekomen. Eén van deze nieuwe principes is dat de NHS ervoor moet zorgen dat er genoeg verschillende services op het gebied van gezondheidszorg aan de burger worden aangeboden. Een ander nieuw principes is dat de NHS zal moeten reageren op de verschillende behoeften van de verschillende bevolkingsgroepen. De eerste gedachte die deze nieuwe principes oproept is het sturingsinstrument marktwerking. Er wordt immers een nieuwe markt gecreëerd waarbij de burger

zelfstandig keuzes kan maken betreffende de gezondheidszorg. In de constitutie van de NHS<sup>6</sup>, gepubliceerd 21 januari 2009, worden de rechten voor patiënt en publiek genoemd. Deze rechten bevatten alle aspecten van zorg van de bereikbaarheid van de services tot de kwaliteit van de zorg. Naast deze rechten zijn er ook 14 voornemens opgenomen, waarin de ambitie tot verbetering wordt genoemd. In deze constitutie worden ook verantwoordelijkheden van de burgers betreffende de NHS genoemd. De belangrijkste verantwoordelijkheid die wordt genoemd is dat de burger moet inzien dat zijzelf een significante contributie kunnen maken betreffende hun eigen gezondheid die van de hun familie. Zij zijn in eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid<sup>7</sup>. Indirect wordt hier dus gesproken over eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid van de burgers. De burger is immers zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid en welzijn. Met 'de burger' doel ik hier en in het vervolg van mijn scriptie, op de passieve burger. Dit is de burger die recht heeft op zorg, maar vaak niet volledig op de hoogte is van de beleidsplannen van de politici. Deze burger zal niet snel geneigd zal zijn om inspraak uit te oefenen op de beleidsvoering van de overheid. Een actieve burger daarentegen zal wel snel acties voeren en eventueel bezwaar aantekenen tegen (voor hem negatieve) besluiten van de overheid.

Zoals hierboven genoemd, wordt de NHS gefundeerd door de nationale belastingen. Door de invoering van de NHS is het krijgen van medische hulp losgekoppeld van (zorg)verzekeringen. Iedereen die de National Insurance betaald en in het Verenigd Koninkrijk woont is op deze manier ook 'verzekerd' van zorg van de NHS. De NHS vergoedt echter niet alles. Het gebruik van de

---

<sup>6</sup> DH (2009). The NHS Constitution, The NHS belongs to us all.

<sup>7</sup> DH (2009). The NHS Constitution, The NHS belongs to us all. p. 9.

tandarts, oogarts en het gebruik van voorgeschreven medicijnen dient de burger zelf te betalen, echter hier zijn standaard bedragen voor vastgesteld.

Een opvallend punt van de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk is dat er geen zorgverzekering bestaat zoals wij die in Nederland kennen. Er bestaat dus niet de vrijheid voor de burger om te kiezen tussen verschillende zorgverzekering(spakketten). Toch heeft de Engelse burger nog wel iets te zeggen over de zorg die hij ontvangt. Binnen de NHS mag de burger zelf zijn dokter (huisarts) uitkiezen. Ook heeft de burger het recht om zelf te kiezen naar welk ziekenhuis hij wil gaan en heeft hij inspraak in de soort behandeling die hij zal krijgen<sup>8</sup>.

Al met al is er in het Verenigd Koninkrijk enigszins sprake van een bepaalde mate van eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid van de burgers. Desondanks het feit dat de burger niet zelf een keuze mag maken betreffende het wel of niet hebben van een zorgverzekering bestaat er wel degelijk keuzevrijheid in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk. De burger is immers verplicht om belasting te betalen en is op deze manier automatisch 'verzekerd' van zorg aangeboden door de NHS. Hierbij heeft de burger wel zelf de vrijheid om een keuze te maken tussen de verschillende huisartsen, tandartsen en ziekenhuizen. Ook bij het toepassen van zorg in de vorm van behandelingen heeft de burger een vinger in de pap.

#### ***4.2.2 Manier van bevordering eigen verantwoordelijkheid***

Nu is vastgesteld hoe de huidige situatie betreffende de eigen verantwoordelijkheid van burgers eruit ziet, zal ik mijn aandacht richten op de

---

<sup>8</sup> Bron: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)

eventuele bevordering van deze eigen verantwoordelijkheid. De grote vraag is natuurlijk of het Verenigd Koninkrijk deze eigen verantwoordelijkheid überhaupt wel probeert te bevorderen. Om te achterhalen wat in de planning staat betreffende de eigen verantwoordelijkheid van burgers is het noodzakelijk om mij te verdiepen in enkele beleidsdocumenten van het Verenigd Koninkrijk.

Een belangrijk document dat ik hierbij wil aanhalen is het jaarlijkse rapport van de Department of Health van het Verenigd Koninkrijk (DH, 2008). In dit rapport wordt besproken wat de uitgaven en investeringen van de Britse regering zijn op het gebied van de sociale gezondheidszorg. De focus ligt hierbij op de continue verbeteringen die geleverd worden aan de burgers die gebruik maken van de gezondheids- en sociale instellingen. Daarnaast worden in dit rapport ook de toekomstplannen uit de doeken gedaan. In het rapport (DH, 2008) dat ik gebruik gaat het voornamelijk om activiteiten en verbeteringen in de gezondheidszorg voor de jaren 2008 en 2009.

In het document wordt vermeld dat er een overleg heeft plaatsgevonden tussen de burgers en de Department of Health. Tijdens deze bijeenkomst is naar voren gekomen dat de burgers meer zeggenschap willen hebben over het geld dat wordt uitgegeven aan de zorg. Daarnaast is de Department van mening dat de zorginstellingen betere zorg leveren als zij zouden luisteren naar de mens die er gebruik van maakt (DH, 2008, p. 95).

Tevens is er door de overheid geïnvesteerd in de zogeheten Local Involvement Networks, LINKs. Dit zijn onafhankelijk gerunde netwerken van lokale groeperingen en individuen. Deze LINKs proberen te weten te komen wat de burger precies verlangt van de zorginstellingen, monitoren de geboden zorg en houden de zorginstellingen in het gareel. De overheid is ervan overtuigd dat met behulp van LINKs de drempel voor de burger lager komt te liggen om meer



betrokken te raken met de vorming van de relatie tussen de zorginstellingen en de burgers. Daarnaast maken de LINKs de communicatie tussen burger en instelling makkelijker( DH, 2008, p. 95). Met deze LINKs is er sprake van een bepaalde mate van toezicht door de overheid.

In het document wordt ook gesproken over de overeenkomst: *“Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the transformation of Adult Social Care”*. Deze overeenkomst maakt deel uit van de personalisatie die de Britse overheid wil doorvoeren in het zorgbeleid. Personalisatie, inclusief een strategische verplaatsing naar vroegtijdige interventie en preventie, zal de hoeksteen worden van de publieke (zorg)instellingen (diensten). De overeenkomst ‘Putting People First’ brengt een collaboratie tot stand tussen centrale en lokale overheden, de zorgsector en instellingen die zorg leveren. De publieke diensten zullen gepersonaliseerd worden om zo de burger meer invloed te geven. De burger zal op deze manier zelf kunnen bepalen hoe zij hun leven willen indelen en van welke diensten zij gebruik willen maken (DH, LAC: Local Authority Circular, 2008).

Uit deze overeenkomst kan opgemaakt worden dat de Britse overheid gebruik wil/gaat maken van het sturingsinstrument marktwerking. Door de invoering van personalisatie op het gebied van de zorg zal de burger zelf in staat zijn te kiezen tussen de verschillende diensten die worden geboden. De overheid acht de burger in staat zelf de juiste keuze te maken.

Een ander document waarin wordt gesproken over eventuele aanpassingen van het beleid is *“The NHS Constitution: A consultation on new patient rights”*, gepubliceerd voor de Department of Health (2009)<sup>9</sup>. In dit document wordt het

---

<sup>9</sup> DH (2009). The NHS Constitution: A consultation on new patient rights.

plan aangehaald betreffende de eventuele invoering van persoonlijke gezondheidszorg budgets binnen de NHS. Deze zogeheten 'personal health budgets' maken deel uit van een pilot programma dat de NHS heeft opgezet. Een voorloper van dit programma is het pilot programma van 'Individual Budgets' dat van november 2005 tot december 2007 werd uitgevoerd door de overheid<sup>10</sup>. Aangezien dit programma reeds is afgelopen en opgevolgd door een nieuwe reeks van pilot programma's zal ik hierover niet verder uitweiden.

In januari 2009 heeft de overheid een raamwerk van het beleid betreffende de pilot programma's gepubliceerd; *Personal health budgets: first steps*. Dit is een raamwerk waarin de oefenprogramma's (pilots) worden uitgewerkt. Deze oefenprogramma's zijn bedoeld om de personal health budgets te testen voor een scala aan verschillende voorwaarden en diensten, inclusief lange termijn voorwaarden, geestelijke gezondheid behoeften en leermoeilijkheden. De eerste, van de in totaal 70, volwaardige oefenprogramma's werden begin oktober bevestigd (DH, 2009, p.5<sup>11</sup>).

Het personal health budget 'oefenprogramma' heeft het doel om betere services te leveren door de burgers meer controle te geven over de manier waarop geld wordt uitgegeven aan hun zorg. De vrijheid van de burgers wordt hierdoor vergroot. Ze mogen immers zelf keuzes maken betreffende behandelingen die zij moeten ondergaan. Op deze manier kunnen de burgers voor de behandeling kiezen die hen het meest aanstaat. Het doel van dit programma is de burger naar een meer actieve rol, met betrekking tot hun eigen gezondheidszorg, te sturen. Dit zelfde gegeven wordt vermeld in het document *High quality care for all*. Het gaat hier dus om een testprogramma. Dit project wordt onder andere in het oosten van Engeland uitgetest door 1000 deelnemers. Het regionale project

---

<sup>10</sup> Challis, D., Fernández, J., Glendinning, C., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., et al (2008). Evaluation of the individual budgets pilot programme: Final report.

<sup>11</sup> DH (2009). Direct Payments For Health Care: A consultation on proposals for regulations and guidance.

maakt deel uit van het nationale programma dat wil uitzoeken hoe deze personal health budgets kunnen bijdragen aan een meer gepersonaliseerde dienst waarbij de patiënt zelf meer zeggenschap heeft betreffende zijn of haar zorg. Deze en nog 69 andere pilots zullen duren tot 2012. Tijdens deze periode zal de NHS zich verdiepen in de verdere uitwerking van de personal health budgets. Wanneer deze vorm van zorg vaste vormen aan zou nemen (bij goede en positieve testresultaten) zal de eigen verantwoordelijkheid van burgers met grote mate bevorderd worden. Immers, de burger krijgt met deze personal health budgets, zelf de vrijheid om keuzen te maken betreffende de eigen gezondheidszorg. Een verdere uitwerking van deze personal health budgets komt aan bod in het document "**Direct Payments For Health Care, A consultation on proposals for regulations and guidance**" (DH, 2009). Hierin wordt, zoals de titel al doet vermoeden, gesproken over 'direct payments' in de gezondheidszorg. De bedoeling van deze direct payments is dat de burger (patiënt) geld ter beschikking krijgt om hun eigen zorg direct te betalen.

De onderliggende gedachte bij de NHS is dat ze in de toekomst willen zorgen voor minder top-down benaderingen in de zorg en juist meer zeggenschap voor de patiënt, waardoor de service in de zorg verbeterd zal worden. Het is hierbij wel van belang dat de patiënten, werknemers en de burgers weten wat hun rechten zijn en wat ze moeten doen wanneer aan deze rechten niet wordt voldaan (NHS Constitution, 2009, p. 24). In de toekomst zullen alle individuen (die recht hebben op de publiek gefundeerde gezondheidszorg) een persoonlijk budget hebben. Met deze duidelijke, vooraf toegewezen middelen, zal de individu in staat zijn weloverwogen keuzes te maken over hoe het best aan hun behoeften in de zorg zal worden voldaan. Na goede uitleg en ondersteuning door de overheid (onder andere in de vorm van Primary Care Trust), zal de burger een goed inzicht krijgen wat er beschikbaar is op het gebied van

gezondheidszorg. Op deze manier kan de burger flexibel en innovatief keuzes maken betreffende de zorg die hij of zij nodig heeft (DH, 2009, Direct Payments For Healthcare, p.5). Hieruit blijkt dat het Verenigd Koninkrijk wel degelijk probeert de eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen. Immers, er wordt op het gebied van de gezondheidszorg een markt gecreëerd, waarbinnen de burger zijn of haar eigen keuzes mag en dient te maken.

#### **4.2.3 Conclusie**

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat het met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers in het Verenigd Koninkrijk redelijk is gesteld. In eerste instantie lijkt dit niet het geval. Immers, elke burger is verplicht belasting te betalen en is hiermee direct 'verzekerd' bij de National Health Services. Deze NHS wordt gefundeerd door inkomsten van belastingen. Het lijkt erop dat de burger geen andere keuze heeft dan zich bij de NHS aan te sluiten. Anders dan doet vermoeden, kan de burger binnen de service van de NHS nog redelijk veel keuzes zelf maken. Er kan zelf een huisarts en tandarts gekozen worden. Hiernaast heeft de burger ook een aardige vinger in de pap als het aankomt op het maken van een keuze betreffende het ziekenhuis en het toepassen van zorg in de vorm van behandelingen. Met de eigen verantwoordelijkheid in de vorm van aansprakelijkheid is het dus redelijk gesteld in het Verenigd Koninkrijk. De overheid zorgt voor verschillende keuzemogelijkheden waarbij op de kunde van de burger wordt vertrouwd. Burgers mogen zelf bepalen welke keuzes ze binnen de service van de NHS maken, maar worden wel aangesproken op de gevolgen van deze keuzes. Zoals in het theoretische kader naar voren komt, wordt dit gegeven juist met eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid bedoeld. De observatie dat het redelijk is gesteld met de eigen verantwoordelijkheid van burgers wil echter niet zeggen dat er geen verbeteringen nodig zijn. Het

Verenigd Koninkrijk heeft op het moment een aantal pilot programma's lopen, met een duur van drie jaar. Met deze pilot programma's proberen ze de zorg te personaliseren. Personal Health Budgets en 'direct payments' staan in deze programma's centraal. Door een eventuele invoering van deze persoonlijke gezondheidszorg budgets en directe betalingen wil de overheid de burger meer verantwoordelijkheid en vrijheid geven. Zoals al eerder vermeld is het doel van deze pilot programma's de burger naar een meer actieve rol, met betrekking tot hun eigen gezondheidszorg, te sturen. In andere woorden wordt hier een personalisatie van de gezondheidszorg beoogt. Door de burger een eigen budget te geven dat ze naar eigen smaak mogen besteden in de zorg, krijgt de burger te maken met meer eigen verantwoordelijkheid op het gebied van aansprakelijkheid. Immers, de bedoeling is dat de burger zelf mag bepalen welke zorg, onder andere in de vorm van behandelingen, keuze in ziekenhuis en huisarts, zij prefereert. Met het budget kan de burger zelf betalen in de vorm van directe betalingen ('direct payments'). De burger krijgt op deze manier veel meer vrijheid en kan de nodige zorg meer op eigen wensen afstemmen. In het Verenigd Koninkrijk wordt dus wel degelijk gezocht naar een manier van bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van burgers in de vorm van aansprakelijkheid op het gebied van de gezondheidszorg.

### 4.3 *Beantwoording deelvraag 2*

**“Wat is de betekenis van eigen verantwoordelijkheid van burgers en hoe is het gesteld met de bevordering hiervan in de gezondheidszorg in de Verenigde Staten?”**

Deelvraag 2 zal ik op dezelfde manier proberen te beantwoorden als de eerste deelvraag. Ik zal eerst kijken naar de huidige situatie betreffende eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid van burgers in de gezondheidszorg. Alvorens dit te onderzoeken zal ik eerst de gezondheidszorg van de Verenigde Staten beschrijven. Hierna zal ik aan de hand van verschillende (beleids)documenten een beeld proberen te schetsen van de huidige situatie inzake de eigen verantwoordelijkheid van burgers op het gebied van de gezondheidszorg.

Na te hebben vastgesteld hoe de huidige situatie eruit ziet, zal ik mij verdiepen in de eventuele bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van burgers.

#### ***4.3.1 Huidige situatie eigen verantwoordelijkheid***

Ook bij deze deelvraag is het van belang om eerst te kijken hoe de gezondheidszorg in de Verenigde Staten eruit ziet. Door uiteen te zetten hoe de gezondheidszorg er algemeen uit ziet, is het makkelijker vast te stellen hoe het met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers in de vorm van aansprakelijkheid is gesteld.

De Verenigde Staten heeft, als één van de weinigen onder de ontwikkelde naties, geen universele nationale gezondheidszorg. De mogelijkheid om als burger een zorgverzekering af te sluiten bestaat wel, maar van een plicht om er

daadwerkelijk een af te sluiten (zoals in Nederland) is geen sprake. Wel heeft de Verenigde Staten binnen de gezondheidszorg enkele federale overheidsprogramma's, zoals bijvoorbeeld Medicare, Medicaid en The Veterans Health Administration. Dit zijn instellingen die bepaalde groepen mensen van zorg voorzien. Medicare ontfermt zich bijvoorbeeld over ouderen en tijdelijk arbeidsongeschikten. Deze instelling betaalt ziekenhuizen en artsen bij behandeling van deze doelgroep. Medicaid is beschikbaar voor (niet alle) lage-inkomensgroepen en The Veteran Health Administration verzorgt de gezondheidszorg van militaire veteranen. Er is hier dus wel sprake van een welfare state, maar deze heeft zeker niet dezelfde vorm als de verzorgingsstaat die wij in Nederland kennen. Desondanks deze (en enkele andere) instellingen zijn er in de Verenigde Staten veel mensen die niet de nodige zorg ontvangen die ze wel nodig hebben. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten is zeker niet optimaal te noemen. In *Health, United States* (DHHS, 2007)<sup>12</sup> wordt vermeld dat in 2005 meer dan 40 miljoen volwassenen (ongeveer 19%) niet de benodigde zorg ontvingen omdat ze deze niet konden betalen (zie bijlage 1). Naast deze te hoge kosten wordt er ook vermeld dat er sprake is van een oneerlijke verdeling van zorginstellingen. In veel landelijke gebieden in de Verenigde Staten beschikt de burger bijvoorbeeld niet over een dokter binnen redelijke afstand van zijn of haar huis. Voor de nodige zorg zullen deze burgers lange afstanden moeten afleggen, wat kan resulteren in ernstige bijwerkingen of zelfs de dood. Een derde obstakel in het verkrijgen van gezondheidszorg waar het document over spreekt is het niet hebben van een zorgverzekering. Uit onderzoek is gebleken dat van de burgers onder de 65 jaar

---

<sup>12</sup> DHHS (2007). *Health, United States: With chartbook on trends in the health of Americans*.

ongeveer 17% niet is verzekerd. Dit percentage is tussen 1999 en 2005 weinig veranderd (zie bijlage 2).

Dit in ogeschouw nemend is het met de gezondheidszorg in zijn algemeenheid niet al te best gesteld. Immers, zoals uit het document *Health, United States* (DHHS, 2009) blijkt, zijn er veel burgers in de Verenigde Staten onverzekerd en krijgen veel burgers niet de nodige zorg omdat deze of te duur is of niet voor handen is. Voor een land als Amerika, dat toch een grootmacht is op het wereldtoneel, valt dit erg tegen.

Het beleid van de Verenigde Staten heeft een sterk liberaal (of Angelsaksische) vorm. De weerstand tegen overheidsbemoeienis is hier van oudsher dan ook groot. Het niveau van sociale voorzieningen ligt hier erg laag en uitkeringen zijn vrijwel niet te krijgen. Op een paar instellingen na dient de burger zich zelf te redden op het gebied van de gezondheidszorg. De overheid bemoeit zich weinig met de zorgtaken en trekt hiervoor dan ook weinig geld voor uit. De eigen verantwoordelijkheid van de burger is hier dan ook zeer groot. Immers, de burger wordt enigszins aan zijn of haar lot over gelaten als het op zorg aankomt. Van een publieke overkoepelende organisatie die zich alleen met de gezondheidszorg van de burgers bezig houdt, zoals de NHS in het Verenigd Koninkrijk, is hier dan ook absoluut geen sprake.

#### ***4.3.2 Manier van bevordering eigen verantwoordelijkheid***

Na te hebben gekeken hoe de huidige situatie betreffende de eigen verantwoordelijkheid van de burger eruit ziet in de Verenigde Staten, zal ik gaan kijken hoe het is gesteld met de eventuele bevordering hiervan. De eerste vraag die hierbij naar voren komt is uiteraard of het wel noodzakelijk is om de eigen verantwoordelijkheid te bevorderen. Is het niet beter om de eigen verantwoordelijkheid van de burger af te zwakken en de overheid meer



verantwoordelijkheid te geven betreffende de gezondheidszorg?

Vanzelfsprekend zal ik ook aan deze vraag de nodige aandacht besteden.

In de Verenigde Staten draait het toekomstige zorgbeleid om één document, namelijk het *'Strategic Plan, fiscal years 2007-2012'* van de U.S. Department of Health & Human Services (2007). In dit document worden de beoogde doelen, op het gebied van gezondheidszorg, voor de komende 5 jaar uit de doeken gedaan. Dit strategische plan omvat de belangrijkste focusgebieden en doelstellingen van de DHHS en laat de primaire strategieën zien waarmee de doelstellingen moeten worden bereikt. Elke 3 jaar wordt het beleid herzien en eventueel bijgeschaafd. Simpel gezegd zorgt het *'Strategic Plan'* voor een duidelijke omlijning van de werkzaamheden van de DHHS. De belangrijkste punten zijn het verbeteren van de gezondheidszorg, het verbeteren en beschermen van de publieke gezondheid, het uitbreiden van de human services en het verbeteren van onderzoek en ontwikkeling. Hiernaast draagt het strategische plan ook bij aan het tegengaan van bedreigingen van de gezondheid en het welzijn van de Amerikaanse burgers.

Eén van de meest in het oog springende doelen is die betreffende de verbreding van verzekeringen in de zorg en zorg op lange termijn. Hiermee wil de overheid de keuzes die de consument kan maken uitbreiden op het gebied van zorgverzekeringen. Ze willen dit onder andere doen door versterking en uitbreiding van de zorg aan de hand van programma's zoals Medicare, Medicaid en the State Children's Health Insurance Program (SCHIP), het creëren van nieuwe, betaalbare opties binnen de zorgverzekeringen en de creatie van nieuwe opties voor lange termijn zorg (State Long-Term Care Partnership Programs)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> DHHS (2007). *Strategic Plan: Fiscal years 2007-2012*. p. 26.

De creatie van nieuwe markten en keuzen voor de burger staan hierbij dus voorop. Zoals ik in het theoretische kader heb besproken is het creëren van nieuwe markten een instrument dat kan worden ingezet bij de bevordering van eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid. Er is derhalve wel degelijk sprake van plannen tot bevordering van de eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid. Het initiatief '*Affordable Choices*'<sup>14</sup> is hier een uitwerking van. De DHHS zal hierbij een samenwerkingsverband aan gaan met andere federale departementen en met de Staten om de toegankelijkheid van de private zorgverzekeringen te vergroten voor degenen die (nog) niet beschikken over een dergelijke verzekering. Dit voorstel zal de inefficiënte institutionele subsidies ombuigen in de richting van individuen. Een vereiste is echter wel dat het niet een nieuw recht creëert, waaraan kosten zijn verbonden. Het voorstel mag echter geen budget aanboren dat bestemd is voor programma's die zich toelagen op de duurzame groei van federale rechten. Het '*Affordable Choices*' initiatief zal dus budget neutraal moeten zijn en staatsgebonden. Dit initiatief is een grote stap voorwaarts op het gebied van eigen verantwoordelijkheid van burgers. Door de zorgverzekeringen voor iedereen beter toegankelijk te maken, zal de burger eerder geneigd zijn een zorgverzekering af te sluiten. De overheid behoudt op deze manier enigszins zicht en controle op de situatie, zonder dat de burgers hun mate eigen verantwoordelijkheid verliezen.

Een ander punt dat in het Strategische Plan naar voren komt is de verbetering van kwaliteit, veiligheid, kosten en waarden van de gezondheidszorg<sup>15</sup>. De Verenigde Staten wil proberen de gezondheidszorg een dergelijke vorm te geven, zodat in de toekomst de artsen en ziekenhuizen de best mogelijke zorg (waarde) kunnen bieden aan hun patiënten. Met deze best mogelijke waarde

---

<sup>14</sup> DHHS (2007). Strategic Plan: Fiscal years 2007-2012. p. 29.

<sup>15</sup> DHHS (2007). Strategic Plan: Fiscal years 2007-2012. p. 39.

voor patiënten in de gezondheidszorg wordt bedoeld dat de gezondheidszorg zorgt voor de juiste zorg, voor de juiste persoon, op de juiste tijd en dit levert voor de meest redelijke prijs. Door ervoor te zorgen dat de kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg betrouwbaar zijn, zal de burger beter in staat zijn om keuzes betreffende de zorg te maken. In de wetenschap dat de zorg betrouwbaar en redelijk geprijsd is, kan de burger een beter afgewogen keus maken op het gebied van bijvoorbeeld de zorgverzekering of het soort behandeling. Ook hierbij komt indirect de verbetering van keuzemogelijkheden van de burgers naar voren, wat bevordering van de eigen verantwoordelijkheid in de hand werkt. Deze beoogde verbeteringen in de zorg kunnen behaald worden wanneer de aanbieders en afnemers van de zorg over een zekere mate van transparantie beschikken. Zoals in het Strategische Plan wordt vermeld zal deze transparantie in de waarde van de gezondheidszorg meerdere voordelen hebben (HHS, Strategic Plan, 2007, p.39). Immers, de kosten zullen stabiliseren, meer burgers zullen een zorgverzekering afsluiten, de betere zorg zal toegankelijker worden voor meer burgers en de economische concurrentie binnen de zorg zal afnemen. De DHHS zal proberen dit, op waarde gebaseerde systeem van de zorg, binnen de komende vijf jaar te bereiken. Als gevolg van deze transparantie kan er een verandering ontstaan in de houding van de burgers. De passieve burger kan met deze transparantie beschikken over betere informatie betreffende de plannen van de overheid. Op deze manier kan de burger van passief naar actief burgerschap overstappen.

Naast deze beoogde verbeteringen wordt er in het Strategic Plan ook gesproken over personalisering van de gezondheidszorg (DHHS, Strategic Plan, 2007, p. 40). De vooruitgang die door fundamenteel onderzoek geboekt wordt geeft de mogelijkheid om gebruik te gaan maken van nieuwe en betaalbare methoden in de medische en wetenschappelijke technologie. Met deze vernieuwing zullen de

klinische instrumenten steeds meer gericht worden op de individu. De gezondheidszorg kan op deze manier de consument en de aanbieders van zorg beter voorzien van de juiste, op eigen wens afgestemde, middelen. Door over de juiste informatie en middelen te beschikken kan zowel de consument als de aanbieder van zorg een beter geïnformeerde, beter geïndividualiseerde en effectievere keuze kunnen maken op het gebied van zorg.

Deze personalisering van de zorg zal de eigen verantwoordelijkheid van burgers bevorderen. Door meer informatie vrij te geven voor burgers en door deze informatie beter af te stemmen op de wensen van de individu, zal de burger beter in staat zijn zelf een goed afgewogen keuze te maken. Er wordt hier gesproken over een creatie van een markt waarin de burger over gepersonaliseerde informatie zal beschikken, waarmee de overheid hem in staat acht de juiste keuze betreffende de zorg te maken. Op deze manier is het aan de burger om de juiste beslissing te maken en is de burger zelf aansprakelijk voor de gevolgen. De burger heeft de op deze manier meer vrijheid, en daarmee ook verantwoordelijkheid, om zelf te beslissen wat goed voor hem is.

#### **4.3.1 Conclusie**

Uit de bovenstaande gegevens blijkt dat het met de eigen verantwoordelijkheid van burgers goed is gesteld. Of dit positief is, is natuurlijk een heel andere vraag. In de Verenigde Staten is geen sprake van een overkoepelende zorginstelling die zorg levert aan alle burgers. Ook is er geen sprake van enige vorm van verplichting tot het hebben van een zorgverzekering. Er bestaan wel degelijk zorgverzekeringen, maar het wordt aan de burgers zelf overgelaten om te beslissen of ze hiervan gebruik willen maken of niet. Het sterk liberale karakter van het beleid van de Verenigde Staten zorgt voor een laag niveau van sociale voorzieningen. Ook uitkeringen, die in Nederland frequent voorkomen, zijn

vrijwel niet te krijgen. Wel zijn er enkele instellingen die zich bezig houden met de zorg van bepaalde groepen mensen, zoals militaire veteranen en tijdelijk arbeidsongeschikten, maar deze instellingen bestrekken lang niet alle Amerikaanse burgers. De overheid bemoeit zich weinig met de zorgtaken en trekt hiervoor weinig geld uit. De burger wordt aan zijn lot overgelaten en dient zichzelf te redden op het gebied van de gezondheidszorg. De eigen verantwoordelijkheid van de burger is als gevolg hiervan redelijk groot. Burgers dienen zelf te beslissen wat ze willen op het gebied van de zorg, bijvoorbeeld het wel of niet afsluiten van een zorgverzekering. Helaas is deze keuze voor veel burgers niet eerlijk te maken, wegens gebrek aan geld voor een zorgverzekering. De eigen verantwoordelijkheid van de burgers mag dan wel groot zijn, maar of de burgers hiermee gedaan zijn is een belangrijke vraag.

Toch blijkt dat de Verenigde Staten plannen heeft voor veranderingen in de gezondheidszorg. Het initiatief '*Affordable Choices*' komt hierbij naar voren. De Verenigde Staten wil de verzekeringen in de zorg verbreden en beter betaalbaar maken voor alle burgers. Door zorgverzekeringen beter voor iedereen toegankelijk te maken zal de burger beter in staat zijn een eerlijke keuze te maken betreffende de zorgverzekering. Op deze manier neemt de eigen verantwoordelijkheid van de burger niet af, maar zal deze juist beter worden. Immers, de burger kan, door toegankelijker verzekeringen, nu echt een keuze maken en geen schijnkeuze.

Naast deze verandering wil de Verenigde Staten er ook voor zorgen dat de kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg betrouwbaar zijn. Er zal gepoogd worden enige mate van transparantie te creëren op de markt van aanbieders en afnemers van de zorg. Met deze transparantie zal de burger beter in staat zijn om weloverwogen keuzes te maken op het gebied van bijvoorbeeld zorgverzekeringen en soorten behandelingen. De eigen verantwoordelijkheid

van de burger zal door de transparantie verbeterd worden. Ook de overheid zal erop vooruit gaan, met deze transparantie zal het houden van toezicht makkelijker gaan.

Een derde verandering die de Verenigde Staten wil gaan doorvoeren is die van de personalisering van de zorg. Als gevolg van deze personalisering zal er meer informatie vrij worden gegeven voor de burgers. Daarnaast zal deze informatie beter afgestemd worden op de wensen van de individu, waardoor de burger beter in staat zal zijn om een weloverwogen beslissing te maken betreffende de zorg. Ook deze verandering zal de eigen verantwoordelijkheid positief beïnvloeden.

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd dat de Verenigde Staten verscheidene plannen op tafel heeft liggen die de eigen verantwoordelijkheid (in de vorm van aansprakelijkheid) van de burger op het gebied van gezondheidszorg kunnen bevorderen. Bij de Verenigde Staten gaat het echter niet puur om de bevordering van de eigen verantwoordelijkheid, maar voornamelijk om de verbetering hiervan. Immers, de eigen verantwoordelijkheid van de burgers is al redelijk groot in de gezondheidszorg. Met de bevordering van deze eigen verantwoordelijkheid van de burgers gaat het hier voornamelijk om de uitvoering hiervan, zodat de burger daadwerkelijk wat aan de eigen verantwoordelijkheid heeft. Immers, een burger kan grote eigen verantwoordelijkheid hebben, maar wanneer deze burger niet de kans heeft om de keuze te maken die goed voor hem is, is het hebben van veel eigen verantwoordelijkheid maar een schijnvertoning. Een goed voorbeeld hiervan is dat de burger wel kan kiezen om een zorgverzekering aan te schaffen, maar deze niet kan betalen. In dit geval is er wel sprake van eigen verantwoordelijkheid, maar kan deze niet optimaal benut worden. Deze situatie probeert de Verenigde Staten te verbeteren aan de hand van de genoemde veranderingen.

#### **4.4 Beantwoording deelvraag 3**

**“Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk op het gebied van eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg?”**

Nu deelvraag 1 en deelvraag 2 zijn beantwoord, is er al veel helder geworden betreffende de eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg in beide landen. In deze deelvraag zal ik mij verdiepen in de overeenkomsten en verschillen op het gebied de eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg tussen de twee behandelde landen. Eerst zal ik gaan kijken naar de overeenkomsten, zowel in het huidige beleid van beide landen als in de toekomstvisie. Als de overeenkomsten zijn besproken zal ik de verschillen tussen beide landen uiteenzetten.

##### **4.4.1 Overeenkomsten**

Op het eerste gezicht zijn er weinig overeenkomsten tussen het beleid van het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten te vinden. Immers, het liberale karakter van de Verenigde Staten staat bijna dwars op het beleid van het Verenigd Koninkrijk, waarbij het idee van de verzorgingsstaat naar voren komt. Toch is er wel degelijk sprake van enkele overeenkomsten tussen beide landen en hun beleid betreffende de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Een van de overeenkomsten is de mate van eigen verantwoordelijkheid die de burger geniet. Bij beide landen is deze eigen verantwoordelijkheid op het gebied van de gezondheidszorg redelijk groot. Uiteraard zijn er verschillen te vinden tussen het beleid van beide landen betreffende de gezondheidszorg. Ook komt de eigen verantwoordelijkheid van de burgers bij de landen op een andere

manier naar voren. Maar wanneer dit buiten beschouwing wordt gelaten en puur naar de mate van eigen verantwoordelijkheid van de burger wordt gekeken, kan worden geconcludeerd dat het in beide landen redelijk goed met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers is gesteld.

Naast deze overeenkomst in de mate van eigen verantwoordelijkheid van de burger in de gezondheidszorg is er tevens een overeenkomst te vinden in de toekomstplannen van beide behandelde landen. Deze overeenkomst is de personalisatie van de gezondheidszorg. Bij beide landen staat deze personalisatie hoog op het wenslijstje. In zowel deelvraag 4.2.2 als deelvraag 4.3.2 komt de wens tot personalisering van de gezondheidszorg van beide landen naar voren. In het Verenigd Koninkrijk wordt er gesproken over de overeenkomst 'Putting People First' (DH, 2007) waarmee een collaboratie tot stand wordt gebracht tussen de centrale en lokale overheden, de zorgsector en instellingen die zorg leveren. Met deze collaboratie zullen de publieke diensten gepersonaliseerd worden om de burger meer invloed te geven. Op deze manier zal de burger zelf kunnen bepalen hoe zij hun leven willen indelen op van welke diensten zij gebruik willen maken. Ook de Verenigde Staten haalt de personalisering van de gezondheidszorg aan in haar plannen. Als gevolg van vooruitgang in fundamenteel onderzoek ontstaat er de mogelijkheid om gebruik te gaan maken van nieuwe en betaalbare methoden in de medische en wetenschappelijke technologie. Met deze vernieuwing zullen de klinische instrumenten steeds meer gericht worden op de individu. De gezondheidszorg kan op deze manier de consument en de aanbieders van zorg beter voorzien van de juiste, op eigen wens afgestemde, middelen. Bij beide landen komt de wens naar voren de burger beter te voorzien van goed afgestemde informatie waarmee de burger in staat is een goede, passende keuze te maken betreffende de zorg.



Overeenkomsten	Verenigd Koninkrijk	Verenigde Staten
Mate van eigen verantwoordelijkheid die de burger geniet	redelijk groot	redelijk groot
Toekomstvisie gezondheidszorg	personalisatie van de gezondheidszorg	personalisatie van de gezondheidszorg

#### 4.4.2 *Verschillen*

Naast deze overeenkomsten in het beleid en de toekomstvisie van de twee landen is er ook één groot verschil te vinden.

Het grote verschil tussen de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk is die betreffende de zorgverzekeringen en de eigen verantwoordelijkheid die de burger geniet. Waar in het Verenigd Koninkrijk iedereen voorzien is van een soort van zorgverzekering (de zekerheid om gebruik te kunnen maken van de zorgvoorzieningen, niet te verwarren met de zorgverzekering die in Nederland gebruikelijk is) is dit in de Verenigde Staten zeker niet het geval. Daarnaast bestaat er in de Verenigde Staten de vrijheid voor de burger om te kiezen voor het afsluiten van een zorgverzekering, in tegenstelling tot het Verenigd Koninkrijk, waar deze vrijheid niet bestaat. In het Verenigd Koninkrijk zijn deze zorgverzekeringen ondergebracht bij de National Health Service. De NHS wordt gefundeerd door de nationale belastingen; iedereen die de National Insurance betaald en in het Verenigd Koninkrijk woont is 'verzekerd' van zorg van de NHS. Door de invoering van de NHS is het krijgen van medische hulp losgekoppeld van (zorg)verzekeringen. Immers, iedere burger dient de National Insurance te betalen en is op deze manier verzekerd van het krijgen van zorg door de NHS. Er zou zelfs gesteld kunnen worden dat we hier spreken over een (milde vorm van een) verzorgingsstaat. De overheid heeft een overkoepelende organisatie in het leven geroepen die voor de gezondheidszorg van haar burgers

zorgdraagt. Alle burgers zijn hiervan lid en zijn op deze manier dus verzekerd van het krijgen van zorg wanneer nodig. Er bestaat voor de burgers geen keuzemogelijkheid voor het al dan niet lid worden van de NHS, iedereen dient belasting te betalen, dus iedereen is lid. De eigen verantwoordelijkheid betreffende het hebben van een keuze omtrent het al dan niet verzekeren is hier niet aanwezig. Een dergelijke keuzemogelijkheid bestaat wel binnen de zorg van de NHS, in de vorm van het zelfstandig kunnen kiezen van bijvoorbeeld een tandarts of ziekenhuis. De mate van de eigen verantwoordelijkheid van de burger is redelijk goed binnen de overkoepelende zorg van de NHS, maar vrijheid betreffende de gezondheidszorg en het wel of niet afsluiten van een zorgverzekering is in het Verenigd Koninkrijk niet aanwezig. Dit concept van een overkoepelende (zorg)organisatie die zich bezig houdt met de gezondheidszorg en waarvan alle burgers lid zijn, staat dwars op het beleid van de Verenigde Staten betreffende de gezondheidszorg. In de Verenigde Staten kan de burger zelf bepalen of hij wel of niet een zorgverzekering wil afsluiten. De Verenigde Staten heeft een liberaal karakter, waarbij de overheid zich weinig tot niet bemoeit met de zorg van de burgers. Er is hier geen verplichting van bovenaf (overheid) voor het afsluiten van een dergelijke verzekering. Hier heeft de burger wel een keuzemogelijkheid betreffende het wel of niet afsluiten van een zorgverzekering. Met de eigen verantwoordelijkheid van de burger is het in de Verenigde Staten redelijk goed gesteld. Het gaat hier wel om de eigen verantwoordelijkheid van de burger, maar dan op een ander gebied dan die van de burgers in het Verenigd Koninkrijk. In de Verenigde Staten gaat de overheid er van uit dat de burgers in staat zijn zelf te bepalen of ze een zorgverzekering willen afsluiten. In het Verenigd Koninkrijk neemt de overheid deze keuze over en heeft met de invoering van de NHS besloten dat alle burgers toegang moeten hebben tot en gebruik kunnen maken van zorg(instellingen). In de Verenigde

Staten heeft de burger een goede eigen verantwoordelijkheid in het kiezen van een zorgverzekering, terwijl de burger in het Verenigd Koninkrijk binnen de zorg de meer eigen verantwoordelijkheid heeft. Het gebied waar de burgers in beide landen van een bepaalde mate van eigen verantwoordelijkheid genieten is dus een groot verschil tussen beide landen.

Wanneer wordt gekeken naar de toekomstvisies van beide landen, kan ook worden geconcludeerd dat beide landen op dezelfde, maar ook op verschillende manieren proberen de eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen. Een punt van verandering in het beleid van de Verenigde Staten is het betrouwbaar maken van de kosten en kwaliteit van de zorg. Door deze betrouwbaarheid zal de markt transparanter worden, waardoor de burger beter gefundeerde keuzes kan maken betreffende de gezondheidszorg. Dergelijke transparantie komt in het verhaal van het Verenigd Koninkrijk niet voor. In het Verenigd Koninkrijk wordt er wel gesproken over het beter afstemmen van de zorg op de wensen van de burgers. Dit willen ze bereiken door het instellen van Personal Health Budgets, waarbij de burger zelf kan bepalen waaraan het geld wordt uitgegeven in de zorg. In beide gevallen zullen de burgers beter in staat zijn keuzes te maken op het gebied van de zorg. Toch zijn de twee toekomstvisies niet met elkaar te vergelijken. Waar de Verenigde Staten als overheid zelf het meeste werk verricht, moet in het Verenigd Koninkrijk de burger het meeste werk doen.

Ook lijkt het erop dat het Verenigd Koninkrijk eerst alles goed wil onderzoeken voordat het stappen onderneemt om de situatie te veranderen, in tegenstelling tot de Verenigde Staten. Immers, in de beleidsplannen van het Verenigd Koninkrijk wordt veel gesproken over verschillende pilot programma's, waarmee de overheid de effectiviteit van de beleidsplannen wil achterhalen. Bij

de plannen van de Verenigde Staten wordt niet gesproken over eventuele pilot programma's.

Verschillen	Verenigd Koninkrijk	Verenigde Staten
Bevordering eigen verantwoordelijkheid burger	personal health budgets, burger bepaalt zelf waaraan zij geld wil uitgeven in zorg	betrouwbaar maken kosten en kwaliteit zorg, transparantie. Burger beter in staat keuzes te maken
Eigen verantwoordelijkheid van de burger op het gebied van zorgverzekeringen	iedereen die de National Insurance betaald en in het Verenigd Koninkrijk woont is 'verzekerd' van zorg van de NHS	burgers mogen zelf bepalen of ze wel of niet een zorgverzekering afsluiten
Onderzoek voorafgaand aan invoering veranderingen	ja, pilot programma's	geen pilot programma's

#### 4.5 Conclusie

Bij de beantwoording van de deelvragen komt naar voren dat het in beide landen redelijk goed is gesteld met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. Ook wordt er in zowel het Verenigd Koninkrijk als in de Verenigde Staten hard gewerkt om de eigen verantwoordelijkheid van de burgers te bevorderen. Beide landen denken bij de bevordering van de eigen verantwoordelijkheid onder andere aan de personalisering van de gezondheidszorg. Daarnaast wil het Verenigd Koninkrijk de eigen verantwoordelijkheid bevorderen aan de hand van personal health budgets, waarbij de burger zelf mag bepalen waaraan hij of zij het geld binnen de zorg uitgeeft. De Verenigde Staten wil de bevordering op een andere manier aanpakken, namelijk door de transparantie te verbeteren. Door de kosten en kwaliteit van de zorg betrouwbaar te maken, is de burger beter in staat keuzes te maken.

## Hoofdstuk 5 – Conclusie

In het voorgaande hoofdstuk is er antwoord gegeven op de drie deelvragen. Op basis hiervan zal ik een antwoord proberen te geven op de centrale onderzoeksvraag.

*“Hoe wordt het begrip eigen verantwoordelijkheid van burgers, op het gebied van de gezondheidszorg, geïnterpreteerd door de rijksoverheden van Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten en op welke manier probeert men de eigen verantwoordelijkheid van burgers te bevorderen?”*

De centrale onderzoeksvraag bestaat eigenlijk uit twee met elkaar verbonden vragen, namelijk: “Hoe wordt het begrip eigen verantwoordelijkheid van burgers, op het gebied van de gezondheidszorg, geïnterpreteerd?” en “Op welke manier proberen beide landen deze eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen?”. Eerst zal ik een antwoord geven op de eerste vraag. Bij deze vraag gaat het erom hoe de beide landen met het begrip eigen verantwoordelijkheid omgaan en hoe het met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers in dat land is gesteld. In het theoretische kader heb ik reeds uitleg gegeven betreffende de verschillende vormen van eigen verantwoordelijkheid. In mijn onderzoek heb ik eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid gehanteerd.

Uit mijn onderzoek blijkt dat het in het Verenigd Koninkrijk redelijk goed met de eigen verantwoordelijkheid van de burger op het gebied van de gezondheidszorg is gesteld. Desondanks het feit dat de burger geen keuze heeft betreffende het al dan niet afsluiten van een zorgverzekering, geniet de burger wel van veel vrijheid op het gebied van de zorg. In het Verenigd Koninkrijk is

geen sprake van het zelf afsluiten van zorgverzekeringen, maar is alle zorg ondergebracht bij de National Health Services. Deze instelling wordt gefundeerd door inkomsten van de National Insurance (nationale belasting). Alle burgers in het Verenigd Koninkrijk zijn verplicht deze belasting te betalen en zijn daarmee automatisch verzekerd van zorg van de NHS. Binnen deze NHS kan de burger zelf veel keuzes maken en zijn of haar zorgpakket (welke tandarts, huisarts, ziekenhuis) naar eigen wens samenstellen. De overheid acht de burger in staat zelfstandig deze keuzes te maken en geeft de burger hiermee veel eigen verantwoordelijkheid. In het huidige beleid is het goed met de eigen verantwoordelijkheid van de burger gesteld.

Ook in de Verenigde Staten lijkt de eigen verantwoordelijkheid van burgers redelijk goed te zijn. De burgers mogen hier zelf beslissen of ze een zorgverzekering willen afsluiten. Er bestaat hierbij geen verplichting van bovenaf, zoals in Nederland het geval is. Ook is er hier geen overkoepelende organisatie die alles omtrent de zorg regelt, zoals de NHS in het Verenigd Koninkrijk. Het sterk liberale karakter van de Verenigde Staten zorgt voor een laag niveau van sociale voorzieningen. Er zijn wel enkele instellingen die zich bezig houden met de zorg van bepaalde groepen mensen, zoals militaire veteranen en tijdelijk arbeidsongeschikten, maar dit beslaat slechts een klein deel van de totale bevolking. De resterende burgers, die buiten de selectie van deze instellingen vallen, worden enigszins aan hun lot overgelaten. Zij dienen zichzelf te redden op het gebied van de gezondheidszorg. De eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg van de Amerikaanse burgers is dus zeer groot, ze mogen immers zelf alle beslissingen betreffende de zorg maken en zijn voor de keuzes die ze maken aansprakelijk.

De vraag of en de mate waarin de twee behandelde landen de eigen verantwoordelijkheid van de burgers bevorderen is het tweede deel van de

centrale onderzoeksvraag. Daar het in beide landen redelijk tot goed met de eigen verantwoordelijkheid van de burger is gesteld, had ik het vermoeden dat er bij beide landen niet veel plannen op tafel zouden liggen om de eigen verantwoordelijkheid te bevorderen. Dit was echter niet het geval, bij beide landen zijn wel degelijk plannen aanwezig die het bevorderen van eigen verantwoordelijkheid van burgers in de hand werken.

In het Verenigd Koninkrijk komt vooral de personalisering van de zorg als één van de belangrijkste plannen naar voren. De overheid heeft enkele pilot programma's lopen, waarmee ze personalisering in de zorg goed proberen uit te werken, om het later landelijk uit te kunnen voeren. In deze programma's staan 'Personal Health Budgets' en 'direct payments' centraal. De overheid wil, door invoering van deze persoonlijke gezondheidszorg budgets en directe betalingen de burger meer verantwoordelijkheid en vrijheid geven. Het doel van deze programma's is de burger naar een meer actieve rol, met betrekking tot hun eigen gezondheidszorg, te sturen. Bij invoering van deze programma's zal de burger over een eigen budget beschikken dat hij of zij naar eigen wens kan besteden in de zorg. Met dit budget kan de burger ook zelf direct betalen (direct payments). Wanneer deze personalisering zal worden ingevoerd, zal de burger zelf meer kunnen bepalen op het gebied van de zorg, zoals bijvoorbeeld het kiezen van ziekenhuis en huisarts of de vorm van behandelingen. De burger zal zo meer vrijheid genieten en de eigen verantwoordelijkheid op het gebied van aansprakelijkheid zal ook verbeteren.

Zoals in mijn onderzoek naar voren komt, is de Verenigde Staten ook goed op weg om de eigen verantwoordelijkheid van de burgers te bevorderen. Eén van de plannen die het meest in het oog springt is die van de verbreding van de verzekeringen in de zorg en zorg op lange termijn. Door de creatie van nieuwe, betaalbare opties binnen de zorgverzekeringen en de creatie van nieuwe opties

voor lange termijn zorg, willen ze dit doel bereiken. Er wordt hier dus een nieuwe markt gecreëerd, met meer keuzemogelijkheden voor de burgers. Door de verzekeringen voor iedereen beter toegankelijk te maken, zal de burger eerder geneigd zijn een zorgverzekering af te sluiten. De overheid behoudt op deze manier enigszins zicht en controle op de situatie, zonder dat de burgers hun mate eigen verantwoordelijkheid verliezen. Zoals ik in het theoretische kader heb besproken is het creëren van nieuwe markten een instrument dat kan worden ingezet bij de bevordering van eigen verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid. Naast deze verbreding van de verzekeringen op het gebied van de gezondheidszorg wordt ook gesproken over verbetering van kwaliteit, veiligheid, kosten en waarden van de gezondheidszorg. Door ervoor te zorgen dat de kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg betrouwbaar zijn, zal de burger beter in staat zijn om keuzes betreffende de zorg te maken. In de wetenschap dat de zorg betrouwbaar en redelijk geprijsd is, kan de burger een beter afgewogen keus maken op het gebied van bijvoorbeeld de zorgverzekering of het soort behandeling. Door deze verbetering van keuzemogelijkheden zal de eigen verantwoordelijkheid van de burger bevordert worden. Een laatste initiatief om de eigen verantwoordelijkheid te verbeteren wordt gevonden in de personalisering van de gezondheidszorg. Net zoals het Verenigd Koninkrijk ziet de Verenigde Staten eventuele personalisering van de zorg als een grote stap voorwaarts. Als gevolg van onderzoeken kan de gezondheidszorg de consument en de aanbieders van zorg beter voorzien van de juiste, op eigen wens afgestemde, middelen. Door over de juiste informatie en middelen te beschikken kan zowel de consument als de aanbieder van zorg een beter geïnformeerde, beter geïndividualiseerde en effectievere keuze kunnen maken op het gebied van zorg. Door meer informatie vrij te geven voor burgers en door deze informatie beter af te stemmen op de wensen van de individu, zal de burger beter in staat



zijn zelf een goed afgewogen keuze te maken. Er wordt hier gesproken over een creatie van een markt waarin de burger over gepersonaliseerde informatie zal beschikken, waarmee de overheid hem in staat acht de juiste keuze betreffende de zorg te maken. Op deze manier is het aan de burger om de juiste beslissing te maken en is de burger zelf aansprakelijk voor de gevolgen. De burger heeft de op deze manier meer vrijheid, en daarmee ook verantwoordelijkheid, om zelf te beslissen wat goed voor hem is.

Bij deze personalisering van de zorg gaat het voornamelijk om het meer beschikbaar stellen van informatie omtrent de zorg en het beter op de individu afstemmen van deze informatie. In het Verenigd Koninkrijk gaat de personalisering voornamelijk gepaard met eigen budgetten voor burgers, die de burgers naar eigen inzicht mogen besteden. In beide landen hebben we te maken met de personalisering van de zorg, maar de uitwerking van deze plannen is verschillend.

Terugkomend op de verwachtingen die ik heb geuit in het theoretische kader, moet ik toegeven dat ik het niet helemaal bij het rechte eind had. Ik had het idee dat het beleid van de Verenigde Staten juist in het oog zou springen, terwijl ik achteraf eigenlijk meer gefascineerd was van het beleid van het Verenigd Koninkrijk. De gezondheidszorg van de VS wijkt inderdaad erg af van het beleid dat in Nederland bekend is, maar dit is eigenlijk niet erg schokkend. Immers, voordat ik aan dit onderzoek begon, was ik al bekend met het feit dat de VS een relatief sterk liberaal karakter had en dat er weinig werd gedaan voor de burgers op het gebied van de zorg. De ontdekking dat de burgers daar enigszins aan hun lot worden overgelaten, was dus niet zo zeer een ontdekking maar eerder een vaststelling van vooraf bekende informatie. Ook het feit dat het hebben van een zorgverzekering vanuit de overheid niet wordt gestimuleerd was geen verassing

voor mij. Daarentegen vond ik het beleid van het Verenigd Koninkrijk wel verrassend. Voorafgaand aan het onderzoek had ik het idee dat het beleid van het Verenigd Koninkrijk meer op het beleid van de Verenigde Staten zou lijken dan op het Nederlandse beleid. Dit was echter niet het geval. Uit mijn onderzoek is immers gebleken dat er in het Verenigd Koninkrijk met een ander alternatief enigszins dezelfde resultaten worden geboekt als in de Nederlandse samenleving. Er is dan wel geen sprake van (verplichte) zorgverzekeringen, maar met de National Insurance verplicht de overheid de burger min of meer tot het hebben van een soort van zorgverzekering. Dit komt zeer overeen met het beleid van een verplichte zorgverzekering dat in Nederland wordt gehanteerd.

Afsluitend kan ik zeggen dat in beide landen het redelijk tot goed is gesteld met de eigen verantwoordelijkheid van burgers op het gebied van de gezondheidszorg. Ook in de toekomst zullen er, zowel in de Verenigde Staten als in het Verenigd Koninkrijk, verscheidene plannen ten uitvoer gebracht worden om deze eigen verantwoordelijkheid van de burgers op het huidige niveau te houden en zelfs te verbeteren.

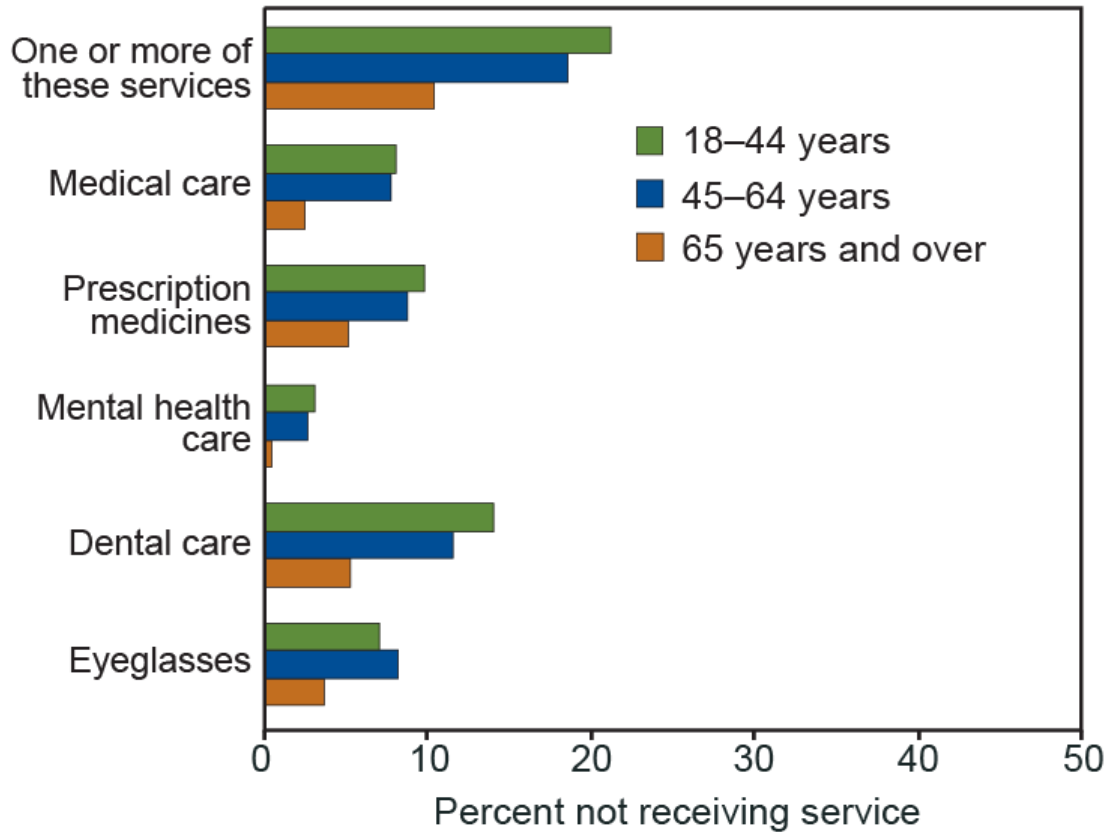
De uitkomst van mijn onderzoek kan van waarde zijn voor de Nederlandse beleidsmakers. Immers, door te kijken naar de beleidsvoering en de toekomstplannen van andere landen, kan het Nederlandse beleid op de duur eventueel ook aangepast of herzien worden. Uiteraard kan mijn onderzoek geen beleidsverandering tot stand brengen, maar het kan wel aanleiding geven tot verder onderzoek naar eventuele andere mogelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg. Ook als iets al redelijk goed geregeld is, zoals de Nederlandse gezondheidszorg, kan het geen kwaad om open te staan voor andere opties.

## Literatuurlijst

- DH (2007). Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the transformation of Adult Social Care.
- DH (2008). LAC: Local Authority Circular.
- DH (2008). Departmental Report 2008, The health and personal social services programmes.
- DH (2009). Direct Payments For Health Care: A consultation on proposals for regulations and guidance.
- DH (2009). High Quality Care for All: Our journey so far.
- DH (2009). The NHS Constitution: A consultation on new patient rights.
- DH (2009). The NHS Constitution: The NHS belongs to us all.
- DHHS (2007). Health, United States: With chartbook on trends in the health of Americans.
- DHHS (2007). Strategic Plan: Fiscal years 2007-2012.
- Geurts, P. (1999). *Van probleem naar onderzoek: Een praktische handleiding met COO-cursus*. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho b.v.
- Ossewaarde, M.R.R. (2006). *Eigen verantwoordelijkheid: bevrijding of beheersing?* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Verschil maken: Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Challis, D., Fernández, J., Glendinning, C., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., et al (2008). Evaluation of the individual budgets pilot programme: Final report.

## Bijlage 1

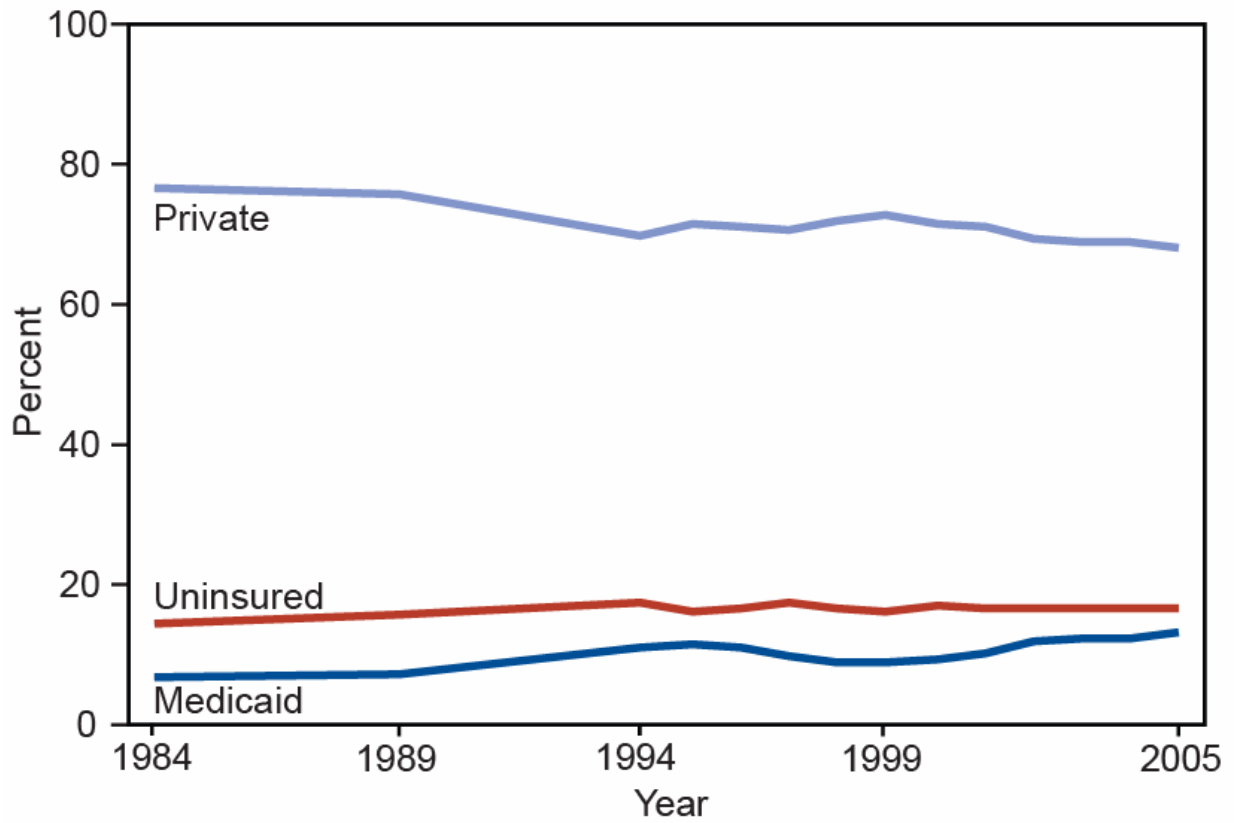
### Did not receive needed health services in the past year due to cost, 2005



SOURCES: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2007*, Figure 21. Data from the National Health Interview Survey.

## Bijlage 2

### Health insurance coverage among people <65 yrs



SOURCES: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2007*, Figure 28. Data from the National Health Interview Survey.