



**POPULYTICS**

What would you do?

# Hoe zouden Nederlanders zelf het zorgbudget verdelen?

*Resultaten van een onderzoek met de  
Participatieve Waarde Evaluatie*

Augustus 2023



# POPULYTICS

What would you do?

Dit onderzoek is uitgevoerd door Populytics, een startup van de TU Delft, in opdracht van Janssen-Cilag BV

Tom Geijssen

Niek Mouter

Charlotte Tuit

Mart van de Ven

Contact: [niek@populytics.nl](mailto:niek@populytics.nl)

# Samenvatting en conclusies

## Achtergrond

Zorgkosten zijn een grote post op de overheidsbegroting. In Nederland geven we elk jaar 100 miljard euro uit aan gezondheidszorg. Dat is bijna 6 duizend euro per inwoner. Dat is veel geld, maar het levert ons ook veel op. Een goed zorgstelsel heeft positieve effecten op de gezondheid van Nederlanders. Maar goede ouderenzorg heeft ook invloed op het welzijn van ouderen en een goede gezondheid heeft ook een positief effect op onze arbeidsproductiviteit.

We zouden er in Nederland voor kunnen kiezen om nog meer geld uit te geven aan de gezondheidszorg dan dat we op dit moment doen, maar dat betekent dat we meer belasting of meer zorgpremie zouden moeten betalen. We kunnen er ook voor kiezen om het zorgbudget te verlagen. Hier moeten we als samenleving en de overheid in het bijzonder dus keuzes over maken. Maar er moeten nog meer keuzes worden gemaakt. Namelijk aan welke zorgsectoren we vooral ons geld uitgeven. We kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om minder geld uit te geven aan één onderdeel van de zorg en juist meer aan een ander onderdeel.

## Het onderzoek

In dit onderzoek wordt deze vraag aan een representatieve groep van 2850 Nederlanders voorgelegd. Dat deden we in een raadpleging op basis van de methode Participatieve Waarde Evaluatie (PWE). De essentie van een PWE is dat een keuzesituatie van de beleidsmaker zo goed mogelijk wordt nagebootst waardoor burgers een dilemma kunnen doorleven om vervolgens een advies te geven en dit advies te onderbouwen. In deze PWE worden burgers virtueel op de stoel van de beleidsmaker gezet en aan hen wordt gevraagd hoe zij budgetten in de zorg zouden verdelen aan acht verschillende zorgonderdelen: 1) huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg; 2) ziekenhuiszorg; 3) ouderenzorg; 4) gehandicaptenzorg; 5) GGZ; 6) preventieve zorg door belonen van gezond gedrag; 7) preventieve zorg door ontmoediging van ongezond gedrag; 8) investeringen in innovatieve medicijnen.

In de PWE-keuzetaak vroegen we om voor acht zorgonderdelen aan te geven in welke mate het zorgbudget verhoogd moet worden of juist verlaagd. Deelnemers kregen te zien wat het effect van hun keuzes was op fysieke gezondheid van Nederlanders, hun welzijn en het effect van zorg op arbeidsparticipatie. Deelnemers zagen ook het gevolg van hun keuzes op de gemiddelde zorgpremie per jaar. Er waren twee versies van de PWE-raadpleging. In experiment 1 kregen deelnemers te zien dat een investering in het zorgstelsel van 1 euro per inwoner zou leiden tot een premieverhoging van 1 euro per inwoner, terwijl in experiment 2 dit zou leiden tot een premieverhoging van 50 cent per inwoner.

# Hoofdresultaten

## Hoe verdelen deelnemer het budget?

Bij de PWE Keuzetaak hebben deelnemers aangegeven hoeveel geld zij vinden dat er meer of minder naar een bepaalde zorgsector moet gaan. De resultaten daarvan zijn te zien in Tabel 1.

Tabel 1: De gemiddelde keuzes van deelnemers over het verhogen van het zorgbudget over zorgonderdelen per experiment

	Experiment 1: 100% effect op premie	Experiment 2: 50% effect op premie	Totaal
<b>Keuze voor meer of minder zorguitgaven</b>	<b>+ € 143</b>	<b>+ € 131</b>	<b>+ € 137</b>
Ouderenzorg	€ 29	€ 30	€ 30
Geestelijke gezondheidszorg	€ 27	€ 28	€ 28
Nieuwe en betere medicijnen	€ 30	€ 26	€ 27
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag*	€ 19	€ 20	€ 20
Ziekenhuiszorg	€ 19	€ 14	€ 16
Gehandicaptenzorg	€ 17	€ 16	€ 16
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€ 13	€ 6	€ 10
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€ 8	€ 11	€ 10
<b>Keuze voor premieverandering</b>	<b>€ 143</b>	<b>€ 65</b>	<b>n.v.t.</b>

NB: de verschillen in het toegekende budget tussen beide experimenten is voor geen enkel onderdeel significant.

\* Deze vorm van preventie is weergegeven in een bedrag om het te kunnen vergelijken met de andere onderdelen. In de raadpleging konden deelnemers geen bedrag kiezen, maar werd hen gevraagd in welke mate ze meer of minder willen inzetten op dit onderdeel.

Als eerste valt op dat de gemiddelde deelnemer bij elk onderdeel adviseert om meer budget toe te kennen dan nu het geval is. 67% van de deelnemers kiest voor een toename van het totale budget. Dit geldt voor beide experimenten. Met de keuze voor gemiddeld € 143 (experiment 1) en € 131 (experiment 2) euro extra budget per Nederlander per jaar kiezen de deelnemers voor ongeveer 3% extra zorgbudget in totaal.

Daarnaast valt op dat de verschillen tussen beide experimenten klein en niet significant zijn. Oftewel: of deelnemers het extra bestede budget geheel of slechts gedeeltelijk terugzien in hun zorgpremie heeft in deze opzet geen invloed op het advies van de deelnemers.

Verder valt de verdeling van het budget over de onderdelen op. De grootste verhoging van het zorgbudget is te zien bij de zorgonderdelen ouderenzorg (respectievelijk €29 en €30), nieuwe en betere medicijnen (€30 en €26) en de geestelijke gezondheidszorg (€27 en €28). De kleinste verhoging wordt door de deelnemers toegewezen aan ziekenhuiszorg (€19 en €14), preventie door het aanmoedigen van gezond gedrag (€8 en €11) en huisartsenzorg en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan (€13 en €6).

## Welke groepen kunnen we onderscheiden?

Met een Latente Klasse Cluster Analyse (LKCA) hebben we drie groepen ("clusters") geïdentificeerd. Allereerst is er een grote groep van ongeveer 60% van de deelnemers die kiest voor een kleine verhoging van de

zorguitgaven en zorgpremies. Deze groep wil vooral het budget voor nieuwe en betere medicijnen, ouderenzorg en de ggz verhogen. Mensen in deze groep zijn vaker ouder dan 65 jaar; op andere kenmerken verschillen ze niet van andere groepen. Een tweede groep, bestaande uit iets minder dan 40% van de deelnemers, gaat juist voor forse extra uitgaven voor alle sectoren. De mensen in deze groep kenmerken zich doordat veel van hen in de afgelopen maanden zorg hebben gebruikt. Als laatste is er een kleine groep die gaat voor een forse verlaging van zorgkosten en die aan elke sector minder geld wil uitgeven. Mensen in deze groep zijn vaker onder de 35 jaar, wonen in een grote gemeente en hebben minder vaak zorg gebruikt in de afgelopen drie maanden dan de andere groepen. In deze groep is een breed gedeelde mening dat zorg er alleen moet zijn voor de kerntaken in de zorg en zich niet moet richten op welzijn in het algemeen. Het valt op dat andere kenmerken, zoals opleidingsniveau en gender, niet significant verschillen tussen de groepen.

### **Welke motivaties geven deelnemers?**

Uit de motivaties die deelnemers bij hun keuze geven blijkt dat zij huisartsenzorg relatief laag waarderen omdat zij vinden dat er te gemakkelijk naar de huisarts gegaan wordt. Ziekenhuiszorg geven zij meer extra geld omdat zij van mening zijn dat de capaciteit daar onvoldoende is, en de sector erg belangrijk is.

Bij ouderenzorg wordt vaak genoemd dat er een groot capaciteitstekort is, met name door de vergrijzing. Deelnemers hebben het idee dat dit capaciteitstekort in de toekomst alleen maar erger wordt waardoor ze vinden dat er meer geld naartoe moet. Bij gehandicaptenzorg geven veel deelnemers aan dat dit erg duur is, en ze vinden daarom dat er beperkt extra geld moet worden geïnvesteerd om de situatie in deze sector te verbeteren.

Geestelijke gezondheidszorg en nieuwe en betere medicijnen worden allebei hoog gewaardeerd door deelnemers. Bij beiden wordt daar vooral de reden gegeven dat het effectief besteed geld is. Bij geestelijke gezondheidszorg speelt voor deelnemers ook mee dat er volgens hen een groot capaciteitstekort is.

Bij preventie zijn veel deelnemers bang dat het leidt tot betutteling. Zij geven aan dat hun vrijheid om ongezonde keuzes te maken daarmee in het geding komt. Wel de deelnemers die positief zijn over preventiebeleid aan dat inzetten op preventie veel zorgkosten kan besparen, en daarmee effectief is.

## **Conclusies**

We trekken de volgende conclusies:

**Nederlanders zijn bereid om extra te investeren in de gezondheidszorg, ook als dat betekent dat de zorgpremie stijgt.**

Gemiddeld adviseren de deelnemers aan de raadpleging dat het zorgbudget met ongeveer 140 euro extra per inwoner per jaar omhoog kan. Dat komt neer op ongeveer 2,5% van het huidige zorgbudget. Dit kiezen deelnemers ondanks dat dat betekent dat de zorgpremie per Nederlander stijgt met hetzelfde bedrag. Opvallend is dat de deelnemers die een lagere stijging van de zorgpremie kregen voorgerekend, geen significant andere keuze maakten in het verhogen van het zorgbudget. Oftewel: deelnemers laten hun keuze slechts in beperkte mate beïnvloeden door het effect op de hoogte van de zorgpremie.

**Extra investeringen moeten vooral naar ouderenzorg, ggz en nieuwe en betere medicijnen, en niet naar preventie en huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg**

Deelnemers kiezen in de breedte voor een verhoging van het budget voor alle onderdelen van de zorg. Drie onderdelen steken daar bovenuit: Nederlanders willen vooral extra budget voor ouderenzorg, ggz en nieuwe en betere medicijnen. Deelnemers kiezen voor extra budget voor ouderenzorg en de ggz omdat deze onderdelen volgens hen een belangrijke rol vervullen in de zorg en te kampen hebben met een gebrek aan capaciteit. Nieuwe en betere medicijnen scoort goed om andere redenen: dit zorgonderdeel wordt gezien als effectief om gezondheid te verbeteren en deelnemers vinden dat dit ook betaalbaar moet blijven voor patiënten.

Nederlanders willen maar beperkt extra budget voor huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg en voor preventie. Het valt op dat bij huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg er veel deelnemers zijn die aangeven dat dit een belangrijke sector is die toegankelijk moet blijven, maar dat er tegelijkertijd ook een grote groep mensen is die vindt dat er te veel onnodig gebruik gemaakt wordt van deze sector en dat er daarom geen extra budget heen moet.

### Er zijn groepen met uiteenlopende meningen, die zich niet makkelijk laten kenmerken

We zien verschillende ‘stromingen’ onder de deelnemers als het gaat over besteding van het zorgbudget. Onderstaande tabel laat de belangrijkste verschillen zien in de voorkeuren van deze groepen. Opvallend is dat deze groepen zich moeilijk laten kenmerken. De paar kenmerken waarin de groepen verschillen zijn in onderstaande tabel opgenomen. Opleidingsniveau en gender lijken geen rol te spelen in de voorkeuren van de groepen.

Flink investeren (37%)	Bescheiden groei (60%)	Keihard besparen (3%)
Grote verhoging budget over gehele linie van +/-325 euro per inwoner per jaar.  Voorkeur voor ggz en ouderenzorg.	Bescheiden verhoging van zorgbudget van +/-50 euro per inwoner per jaar.  Geeft voorkeur aan nieuwe medicijnen, ggz en ouderenzorg.	Substantiële daling van het budget voor alle onderdelen, van +/-750 euro per inwoner per jaar.  Sterkste afname bij ggz en ouderenzorg.
Relatief vaak ouder dan 65 jaar en vaker dan gemiddeld onlangs zorg gebruikt	Komt overeen met kenmerken van gemiddelde bevolking	Relatief vaak jonger dan 35 jaar, wonend in grote stad en minder vaak dan gemiddeld onlangs zorg gebruikt

# Inhoud

<b>Samenvatting en conclusies</b> .....	<b>1</b>
<i>Achtergrond</i> .....	3
<i>Het onderzoek</i> .....	3
<i>Hoofddresultaten</i> .....	4
<i>Conclusies</i> .....	5
<b>Inhoud</b> .....	<b>7</b>
<b>1.    Introductie</b> .....	<b>8</b>
<b>2.Methode</b> .....	<b>9</b>
<i>De PWE-methode</i> .....	9
<i>Opzet van dit onderzoek</i> .....	9
<i>Overige vragen</i> .....	14
<i>Dataverzameling</i> .....	15
<i>Analyses</i> .....	17
<b>2.    Resultaten</b> .....	<b>18</b>
<i>Wat vinden deelnemers van het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg?</i> .....	18
<i>Hoe zouden deelnemers het zorgbudget per inwoner verdelen?</i> .....	19
<i>Welke groepen kunnen we onderscheiden?</i> .....	23
<i>Welke verschillen zien we tussen de twee experimenten?</i> .....	24
<i>Speelde de invloed op gezondheid, welzijn en economie een rol in de keuzes?</i> .....	24
<i>Welke argumenten geven de deelnemers?</i> .....	29
<b>3.    Bijlagen</b> .....	<b>36</b>
<i>Bijlage A: Informatie onder informatie-icoon per sector</i> .....	36
<i>Bijlage B: Uitgebreide weergave van de quotes van deelnemers</i> .....	41
<i>Bijlage C: Resultaten LCCA per experiment</i> .....	50

# 1. Introductie

Zorgkosten zijn een grote post op de overheidsbegroting. In Nederland geven we elk jaar 100 miljard euro uit aan gezondheidszorg. Dat is bijna 6 duizend euro per inwoner. Dat is veel geld, maar het levert ons ook veel op. Een goed zorgstelsel heeft positieve effecten op de gezondheid van Nederlanders. Maar goede ouderenzorg heeft ook invloed op het welzijn van ouderen en een goede gezondheid heeft ook een positief effect op onze arbeidsproductiviteit.

Prognoses laten zien dat zorguitgaven verder zullen stijgen in de langdurige zorg (Wlz) en maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Op landelijk niveau worden er meerdere beleidsmaatregelen genomen om kosten in de (medisch specialistische) zorg beheersbaar te houden. Voorbeelden hiervan zijn het Hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg (MSZ), het uitbreiden van de Sluis voor Dure Geneesmiddelen en het aanscherpen van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). In het Hoofdlijnenakkoord voor MSZ wordt o.a. afgesproken dat de kosten van intramurale zorg in 2022 niet mogen groeien, terwijl het aantal patiënten jaarlijks blijft stijgen. Om hieraan te voldoen moeten ziekenhuizen budgettaire keuzes maken. Ze kunnen snijden in de kosten van personeel en geneesmiddelen, maar ook minder geld uitgeven aan verbouwingen.

We zouden er in Nederland voor kunnen kiezen om nog meer geld uit te geven aan de gezondheidszorg dan dat we op dit moment doen, maar dat betekent dat we meer belasting of meer zorgpremie zouden moeten betalen. We kunnen er ook voor kiezen om het zorgbudget te verlagen. Hier moeten we als samenleving en de overheid in het bijzonder dus keuzes over maken. Maar er moeten nog meer keuzes worden gemaakt. Namelijk aan welke zorgsectoren we vooral ons geld uitgeven. We kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om minder geld uit te geven aan één onderdeel van de zorg en juist meer aan een ander onderdeel.

In dit onderzoek wordt deze vraag aan 2850 Nederlanders voorgelegd in een Participatieve Waarde Evaluatie (PWE) raadpleging. De essentie van een PWE is dat een keuzesituatie van de beleidsmaker zo goed mogelijk wordt nagebootst waardoor burgers een dilemma kunnen doorleven om vervolgens een advies te geven en dit advies te onderbouwen. In deze PWE worden burgers virtueel op de stoel van de beleidsmaker gezet en aan hen wordt gevraagd hoe zij budgetten in de zorg zouden verdelen aan acht verschillende zorgsectoren: 1) huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg; 2) ziekenhuiszorg; 3) ouderenzorg; 4) gehandicaptenzorg; 5) GGZ; 6) preventieve zorg door belonen van gezond gedrag; 7) preventieve zorg door ontmoediging van ongezond gedrag; 8) investeringen in Innovatieve medicijnen.

In de PWE-keuzetaak vroegen we om voor acht zorgonderdelen aan te geven in welke mate het zorgbudget verhoogd moet worden of juist verlaagd. Deelnemers kregen te zien wat het effect van hun keuzes was op fysieke gezondheid van Nederlanders, hun welzijn en het effect van zorg op arbeidsparticipatie. Deelnemers zagen ook het gevolg van hun keuzes op de gemiddelde zorgpremie per jaar. Er waren twee versies van de PWE-raadpleging. In experiment 1 kregen deelnemers te zien dat een investering in het zorgstelsel van 1 euro per inwoner zou leiden tot een premieverhoging van 1 euro per inwoner, terwijl in experiment 2 dit zou leiden tot een premieverhoging van 50 cent per inwoner.



# 2. Methode

## De PWE-methode

PWE is een methode die gebruikt kan worden om te achterhalen hoe grote groepen burgers in een specifieke context publieke waarden wegen en hoe zij vinden dat waarden concreet moeten worden vertaald in beleid. De essentie van een PWE is dat een keuzesituatie van de beleidsmaker zo goed mogelijk wordt nagebootst waardoor burgers het dilemma kunnen doorleven. Op een laagdrempelige manier zien burgers het vraagstuk. Ze krijgen een overzicht van de gevolgen van de beleidsopties en de beperkingen die er zijn. In een PWE geven burgers een advies inclusief een onderbouwing. Dit levert een scherp beeld op van hun voorkeuren, van gemeenschappelijke waarden en hoe deze waarden volgens burgers moeten worden vertaald in beleid. Daarnaast geeft het inzicht in welke zorgen er achter weerstand zitten.

In Nederland zijn PWE's toegepast rond klimaatbeleid, coronabeleid, waterveiligheidsbeleid, het betrekken van burgers bij aanpassingen aan het stelsel medische rijgeschiktheid en het betrekken van wetenschappers bij (het aanpassen van) het systeem van onderzoeksfinanciering. Meer informatie over de PWE-methode is te vinden op: [www.tudelft.nl/pwe](http://www.tudelft.nl/pwe) en [www.populytics.nl](http://www.populytics.nl).

Een sterk punt van PWE is dat de methode goed aansluit bij de participatiebehoeften van het 'stille midden'. De methode is laagdrempelig, deelname kost ongeveer 20 minuten en je kan meedoen waar en wanneer je maar wilt. Dit zorgt ervoor dat niet alleen de 'usual suspects' meedoen aan een PWE. Aan de andere kant vindt de middengroep dat methoden als een opiniepeiling of een referendum een complex vraagstuk te veel platslaan tot een 'Ja/Nee-keuze'. Een PWE gaat een stuk verder omdat deelnemers hun voorkeuren kunnen uiten op basis van een totaalplaatje van beleidsopties en effecten. Deelnemers krijgen de kans om beleidsopties in samenhang te beoordelen, ze kunnen hun voorkeuren motiveren en nuanceren en eigen ideeën aandragen.

## Opzet van dit onderzoek

### Vraagstelling

Het doel van deze PWE is inzicht te krijgen in hoe Nederlanders kijken naar de zorg in Nederland en het belang van de verschillende zorgsectoren.

Het doel bij het ontwerpen van een PWE is om een keuzevraagstuk zo te ontwerpen dat het goed aansluit bij keuzes die beslissers daadwerkelijk moeten maken, zodat de uitkomsten van een PWE handelingsperspectief opleveren voor beslissers. Tegelijkertijd moet het vraagstuk zo worden uitgewerkt dat verschillende groepen burgers op een toegankelijke manier hun waarden, voorkeuren en zorgen kunnen uiten. Als allebei de doelen worden gehaald is de kans het grootst dat de raadpleging tot relevante inzichten en mogelijke handelingsperspectieven leidt. Bij het ontwerpen van een PWE moeten er soms compromissen worden gesloten tussen deze doelen.

Om tot goede inzichten te komen, is bewust gekozen voor een brede vraagstelling over de zorg in Nederland als geheel. De kern van de vraag die we aan deelnemers voorleggen is gericht op in hoeverre burgers andere keuzes zouden maken in de verdeling van het budget. We hebben de centrale vragen daarom als volgt gedefinieerd:

- Welke keuzes Nederlanders zouden maken als zij het budget voor de gezondheidszorg zouden mogen verdelen. Aan welke sectoren geven zij prioriteit?
- Welke redenen geven zij daarvoor?
- In hoeverre zijn zij bereid ook zelf extra te betalen als ze meer budget willen toekennen aan de zorg?

## Het ontwerpproces van de PWE-keuzetaak

### Vormgeving keuzetaak

Hieronder bevindt zich een voorbeeld van het hoofdscherm van de PWE. Deelnemers konden met schuifjes aangeven in hoeverre er meer of minder budget zou moeten worden besteed aan verschillende zorgsectoren. Als deelnemers vonden dat er meer budget zou moeten worden besteed aan een bepaalde sector, dan zetten ze het schuifje voor die sector naar rechts. Als deelnemers vonden dat er minder budget zou moeten worden besteed aan een bepaalde sector van de zorg, dan zetten ze het bijbehorende schuifje naar links. Rechts in het scherm zagen zij de impact op de zorgpremie in de vorm van een metertje en in ordinale zin via iconen de impact van hun keuze op gezondheid, welzijn en economische groei.

De deelnemers mochten de limiet van de meter niet overtreden, oftewel de meter mocht niet in het rode gedeelte terechtkomen. Nadat deelnemers een keuze hadden gemaakt werd aan hen gevraagd om hun keuzes te motiveren. Wanneer deelnemers meer informatie over een zorgsector wilden zien, dan konden ze klikken op het roze informatie-icoon. Door op de knop met 'vergelijken' te klikken, kregen de deelnemers een overzicht te zien van alle zorgsectoren en hun impact op gezondheid, welzijn en economische groei. Door op de knop met 'rangschik op' te klikken, kregen de deelnemers de keuze om de zorgsectoren oplopend te sorteren op gezondheid, welzijn, economische groei of op de premie.

The screenshot shows the PWE interface with the following elements:

- Header:** 'wevaluate' logo and 'Prioriteiten in de gezondheidszorg'.
- Main Title:** 'Hoe zou u het zorgbudget per inwoner verdelen?'.
- Instructions:** 'Gebruik de schuifjes om meer of minder budget aan de onderdelen toe te kennen.'
- Buttons:** 'Rangschik op' (dropdown) and 'Vergelijken' (compare icon).
- Sliders:**
  - Huisartsen en andere zorg:** nu €1.000 per inwoner. Range: Minder | € -200 per inwoner per jaar to Meer | € 200 per inwoner per jaar.
  - Ziekenhuiszorg:** nu €1.500 per inwoner. Range: Minder | € -200 per inwoner per jaar to Meer | € 200 per inwoner per jaar.
  - Ouderenzorg:** nu € 750 per inwoner. Range: Minder | € -200 per inwoner per jaar to Meer | € 200 per inwoner per jaar.
  - Gehandicaptenzorg:** nu € 500 per inwoner. Range: Minder | € -200 per inwoner per jaar to Meer | € 200 per inwoner per jaar.
  - Geestelijke gezondheidszorg:** nu € 250 per inwoner. Range: Minder | € -200 per inwoner per jaar to Meer | € 200 per inwoner per jaar.
- Right Sidebar:**
  - Beperkingen:** Jaarlijkse premie per inwoner: € 300 per inwoner per jaar (with a gauge icon).
  - Effect op een gemiddelde inwoner:**
    - Toename Gezondheid: 4 dots (1 up, 3 right).
    - Neutraal Welzijn: -
    - Toename Economische groei: 3 dots (1 up, 2 right).

Gedurende het ontwerpproces hebben we keuzes gemaakt over welke opties we aan deelnemers voorleggen, welke effecten deelnemers te zien krijgen en welke beperkingen we deelnemers opleggen in hun keuze. We lichten onze keuzes hieronder toe.

### **Opties binnen de keuzetaak**

We vragen deelnemers aan te geven hoe zij het budget van de zorg zouden herverdelen. Om deze veelomvattende vraag op een kernachtige manier aan deelnemers voor te kunnen leggen hebben we gekozen de zorg te verdelen in 8 onderdelen. Deze onderdelen komen deels overeen met de sectorindeling die onder andere de NZa hanteert.<sup>1</sup> We wijken er echter deels van af: we hebben preventieve zorg door belonen en door ontmoedigen als twee aparte onderdelen toegevoegd omdat we graag willen weten hoe Nederlanders hier tegenaan kijken in relatie tot de andere onderdelen.

1. Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg
2. Ziekenhuiszorg
3. Ouderenzorg
4. Gehandicaptenzorg
5. GGZ
6. Preventieve zorg door belonen
7. Preventieve zorg door ontmoediging
8. Innovatieve medicijnen

Bij elk van de opties kregen deelnemers te zien hoe veel we in Nederland nu jaarlijks per inwoner uitgeven. Deelnemers konden via de I-knop bij elke optie meer informatie krijgen over de betreffende optie. Een letterlijke weergave van de informatie die we aan deelnemers gaven is te vinden in Bijlage B. Daarin is ook een overzicht opgenomen van de bedragen die we in Nederland jaarlijks aan de sectoren uitgeven en hoe we deze hebben toegekend aan bovengenoemde 8 onderdelen.

Een van de onderdelen zag er anders uit dan de andere: Preventieve zorg door ontmoediging. Dit onderdeel kenmerkt zich door beleid dat het duurder maakt om ongezond gedrag te vertonen (denk aan extra btw of accijnzen) en is daarmee een onderdeel waar we geen budget aan konden koppelen. Deelnemers konden voor dit onderdeel dan ook niet kiezen er een hoger of lager bedrag aan toe te kennen, maar simpelweg 'meer' of 'minder' op in te zetten. Doordat het schuifje van deze optie in de keuzetaak dezelfde bandbreedte heeft als de andere opties, kon de deelnemer ook zonder de weergave van een bedrag duidelijk aangeven of er meer of minder ingezet moet worden op dit onderdeel.

### **Effect op te betalen zorgpremie**

In de PWE-keuzetaak zien deelnemers het gevolg van hun keuzes op de gemiddelde zorgpremie per jaar. Wanneer deelnemers in totaal meer budget alloceren aan de sectoren dan we nu uitgeven, zal de zorgpremie stijgen. In de raadpleging van experiment 1 is dit verband lineair: elke euro die extra wordt uitgegeven boven het huidige budget, vertaalt zich naar een extra euro jaarlijkse zorgpremie. We houden hier dus geen rekening met

---

<sup>1</sup> <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/04/trends-in-sectoren>

dat een deel van de inwoners van Nederland geen premie betalen (kinderen) of dat een deel van de totale zorgkosten niet vanuit premies wordt betaald. Dit hebben we zo gekozen om het model logisch en begrijpelijk te houden voor deelnemers.

Omdat in de werkelijkheid een extra euro aan zorguitgaven per inwoner niet direct zal leiden tot 1 extra euro zorgpremie, hebben we de helft van de deelnemers aan de PWE-raadpleging een versie voorgelegd waarin een extra euro zorguitgave leidt tot een premiestijging van 50 cent (experiment 2). Het enige verschil tussen experiment 1 en experiment 2 van de PWE is het directe effect van extra zorguitgaven op hun eigen financiën (en die van andere inwoners). Alle andere effecten zijn gelijk.

### **Effecten op gezondheid, welzijn en economie**

Omdat voorkeuren van Nederlanders voor investeringen in een bepaalde sector van het zorgsysteem zouden kunnen afhangen van de effecten van dergelijke investeringen, wilden we voor de deelnemers in beeld brengen wat de effecten van een investering in een sector zouden zijn in termen van gezondheid, welzijn en economie/arbeidsproductiviteit.

In de PWE definiëren we ‘gezondheid’ als fysieke gezondheid: mensen genezen van een ziekte, hebben minder last van een ziekte of worden helemaal niet ziek. ‘Welzijn’ definiëren we als kwaliteit van leven. ‘Economie’ definiëren we als het directe effect van zorg op arbeidsparticipatie van patiënten/cliënten. Daarmee bedoelen we dat door goede zorg mensen weer kunnen gaan werken. Of ze kunnen op een andere manier weer meedoen in de samenleving.

Om vast te stellen wat de effecten van extra uitgaven in de acht sectoren van de zorg zijn op deze drie uitkomstmaten raadpleegden we de wetenschappelijke literatuur. In de bijlage (onderaan dit document) staat een overzicht van beoordeelde studies en beknopte resultaten. De wetenschappelijke literatuur bleek echter beperkt antwoord te geven op de vraag in hoeverre extra algemene investeringen in een specifieke sector zouden kunnen leiden tot winsten in termen van gezondheid, welzijn en economie. Dat lijkt vooral te komen doordat onderzoek zich richt op specifieke interventies (voornamelijk specifieke behandelingen) en niet zozeer op algemene investeringen in een sector.

Als volgende stap organiseerden we een workshop met verschillende wetenschappers om zoveel mogelijk kennis boven tafel te krijgen over de mate waarin extra zorguitgaven in sectoren zouden kunnen leiden tot meer gezondheid, welzijn en arbeidsproductiviteit. De wetenschappers bevestigden tijdens deze workshop dat er geen cijfermatige kennis is op dit vlak en dat het een verstandige keuze is om deze effecten alleen ordinaal weer te geven. Bijvoorbeeld: ‘een investering in ziekenhuiszorg heeft meer invloed op gezondheid dan een investering in ouderenzorg’. Het is bijvoorbeeld wel mogelijk om op basis van de literatuur de volgende conclusies te trekken:

- Het effect van investeringen in ziekenhuiszorg op economie is lager dan dat van preventieve zorg.
- Investeringen in ziekenhuiszorg hebben een groter effect op gezondheid dan op welzijn
- Investeringen in ouderenzorg en gehandicaptenzorg hebben met name een sterk effect op welzijn
- Investeringen in GGZ hebben met name een sterk effect op welzijn en economie
- Het ontmoedigen van ongezond gedrag heeft een groter effect op gezondheid en economie dan het stimuleren van gezond gedrag, maar scoort lager op welzijn.

Kennis over effecten van specifieke behandelingen is gebruikt om de effecten van investeringen in verschillende zorgsectoren in ordinale zin te bepalen, maar dan nog is er sprake van onzekerheid. Om recht te doen aan deze onzekerheid, hebben we ervoor gekozen om de effecten systematisch te variëren tussen respondenten. Dit heeft geresulteerd in 64 versies van de keuzetaak die random aan deelnemers zijn toegekend.

In Tabel 1 ziet u de ordinale inschattingen van investeringen in een sector op gezondheid, welzijn en economie. “0” betekent dat een investering geen effect heeft en “4” betekent dat een maximale investering in een bepaalde sector zal leiden tot vier extra bolletjes. Zoals gesteld varieerden we de effecten tussen deelnemers om recht te doen aan de onzekerheid. Zo kregen sommige deelnemers te zien dat een extra investering van 200 euro per inwoner per jaar in ouderenzorg niet zal leiden tot extra gezondheid (0 bolletjes) en andere deelnemers kregen te zien dat dit zou leiden tot een beetje extra gezondheid (1 bolletje).

Tabel 1: (Variatie in) effecten van extra investeringen in een sector van het zorgsysteem op gezondheid, welzijn en economie

Sector	Gezondheid	Welzijn	Economie
Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg	1-3	1-3	1-3
Ziekenhuiszorg	2-4	0-2	0-2
Ouderenzorg	0-1	1-3	0-1
Gehandicaptenzorg	0-2	1-3	0-2
GGZ	0-2	2-4	2-4
Preventieve zorg door belonen	0-2	0-2	1-3
Preventieve zorg door ontmoediging	1-3	(-3)-(-1)	2-4
Innovatieve medicijnen	1-4	0-2	0-2

### Beperkingen voor deelnemers

Deelnemers kregen in de PWE-keuzetaak een beperking opgelegd: zij mochten de zorgpremie met maar een beperkt bedrag laten stijgen. In experiment 1 mochten zij geen keuzes maken die leiden tot een toename van meer dan 600 euro per jaar van de zorgpremie en experiment 2 kon de zorgpremie niet meer dan 300 euro per jaar stijgen.

### Verder ontwerpproces

Aan het eind van het ontwerpproces van de raadpleging werd er een animatie met ondertiteling gemaakt waarin de inhoud van de raadpleging op een toegankelijke manier werd uitgelegd aan deelnemers. Er werd een taalcheck uitgevoerd door een taalbureau om de raadpleging geschikt te maken voor laaggeletterden (taalniveau B1).

Opgemerkt moet worden dat de onderzoekers eindverantwoordelijk zijn voor alle keuzes die zijn gemaakt bij het ontwerpen van de PWE. Zij hebben input gevraagd van de opdrachtgever en verschillende zelf benaderde experts, en ze hebben deze input zo goed mogelijk geprobeerd te verwerken, maar zij hebben uiteindelijk altijd gekeken naar het optimaliseren van de kwaliteit van de PWE. Een PWE is van hoge kwaliteit als de validiteit positief wordt beoordeeld door de deelnemers en als de raadpleging relevante inzichten oplevert over de voorkeuren en waarden van burgers rond het keuzevraagstuk.

### Overige vragen

Nadat respondenten een advies hadden gegeven bij de keuzetaak kregen zij de vraag om hun keuzes te motiveren. Verder werd aan deelnemers bij de start van de raadpleging gevraagd om de volgende stellingen te beoordelen over het Nederlandse gezondheidsbeleid (zeer eens, eens, neutraal, oneens, zeer oneens). Deze stellingen zijn bedoeld om deelnemers te stimuleren hun gedachten te vormen over wat ze belangrijk vinden in de zorg en dienen tevens als controle van de keuzes die deelnemers in de keuzetaak maken.

- We geven in Nederland te veel geld uit aan gezondheidszorg.
- De kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland is hoog.
- We moeten in Nederland meer geld uitgeven aan vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Anders kunnen we over 10 jaar de zorg niet meer betalen.
- In Nederland kan iedereen die zorg nodig heeft terecht bij de gezondheidszorg.

- Veel mensen besluiten te gemakkelijk om naar de dokter te gaan. Of andere zorg te gebruiken. We moeten zorgen dat ze dat minder snel doen.
- De zorg moet zich alleen richten op het verbeteren van de gezondheid van mensen, niet op andere uitkomsten.
- De zorg moet zich meer richten op het verbeteren van het welzijn van mensen. Dus op hoe goed ze zich voelen, of ze nu ziek zijn of niet.
- De zorg moet zich meer richten op dat mensen meer kunnen gaan werken. Of op dat ze op een andere manier meer mee kunnen doen in de samenleving.
- De overheid moet zich niet zelf bezighouden met vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Dit moet de overheid door andere organisaties laten doen.

Daarbij kregen de deelnemers vragen over henzelf (geslacht, leeftijdsgroep en opleidingsniveau) zodat wij ook konden onderscheiden hoe voorkeuren verschillen tussen verschillende groepen bewoners.

## Dataverzameling

### Opschonen van data

De respondenten deden gemiddeld 15 minuten over het invullen. De mediaan (ofwel: middelste waarde) was 9 minuten. Bij inspectie van de data bleek dat een groep deelnemers de raadpleging zeer snel had ingevuld. We hebben de groep deelnemers die minder dan 2 minuten over de raadpleging deed niet meegenomen in de kwantitatieve analyses (83 deelnemers). Van de deelnemers die langer dan 2 minuten over de raadpleging deden hebben we de motivaties bij hun keuzes bekeken. Antwoorden van deze deelnemers zijn niet meegenomen in de resultaten, wanneer zij in de open velden duidelijke onzin antwoorden invulden, zoals 'fef', 'A', 'like', etc. 64 deelnemers voldeden aan deze voorwaarden en als gevolg zijn de antwoorden van deze deelnemers niet meegenomen.<sup>2</sup> Dat betekent dat we uiteindelijk de input van 2850 deelnemers hebben geanalyseerd.

### Steekproef

De deelnemers zijn geworven via het panelbureau Dynata. De dataverzameling liep van 25 mei tot 14 juni 2022. Om een divers en representatief sample te verkrijgen werd er aangestuurd op de kenmerken geslacht, leeftijd en opleidingsniveau zoals bekend bij het CBS in 2020. Het onderzoek is ingevuld door 2850 deelnemers, grofweg 50-50 verdeeld over experiment 1 en experiment 2. Om representativiteit te kunnen beoordelen zijn een aantal kenmerken van deelnemers vergeleken met de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder. Middels een tweezijdige Chi-kwadraat toets is getest of de verdeling van deelnemers over deze kenmerken afwijkt van de Nederlandse populatie. Dat bleek voor opleidingsniveau, werkend in de zorg, verlenen van mantelzorg en ervaren gezondheid het geval.

---

<sup>2</sup> Het verwijderen van deelnemers uit een preferentieonderzoek is gebruikelijk aangezien dit ervoor zorgt dat de betrouwbaarheid over de uitspraken die kunnen worden gedaan over de populatie vergroot (zie bijvoorbeeld Mouter et al., 2022).

	Percentage in panel Experiment 1 %, (aantal)	Percentage in panel Experiment 2 %, (aantal)	Percentage van Nederlands bevolking van 15 jaar en ouder (CBS, 2020)	Chi-kwadraat toets (2- zijdig)
<b>Alle respondenten</b>				
Totaal	1423	1427		
<b>Geslacht</b>				
Man	48,5%	49,3%	49.5%	1. $p = 0.73$
Vrouw	51,6%	50,7%	50.5%	2. $p = 0.99$
<b>Leeftijd</b>				
18-34 jaar	28,6%	29,3%	30.2%	1. $p = 0.30$
35-64 jaar	48,7%	48,5%	46.7%	2. $p = 0.40$
65 jaar of ouder	22,7%	22,2%	23.1%	
<b>Hoogst genoten opleiding</b>				
Basisonderwijs, vmbo, havo onderbouw, vwo onderbouw, mbo1	23,0%	24,0%	26.1%	1. $p = 0.03$
Havo, vwo, mbo 2-4	38,6%	39,2%	35.6%	2. $p = 0.04$
Hbo, universiteit	38,5%	36,9%	38.3%	
<b>Werkend in de zorg</b>				
Ja	14,0%	18,0%	15%	1. $p = 0.29$
				2. $p < 0.01$
<b>Mantelzorger</b>				
Ja	9,3%	9,1%	12,3%	1. $p < 0,01$
				2. $p < 0,01$
<b>Gezondheidsstatus</b>				
(Heel) goed	63,3%	63,6%	79%	1. $p < 0,01$
				2. $p < 0,01$

## Wegen van data

Er blijken op een paar kenmerken statistisch significante verschillen te zijn tussen de steekproef en de Nederlandse bevolking. Oftewel: de groep deelnemers is niet volledig representatief voor de Nederlandse bevolking op de weergegeven kenmerken.

Om ervoor te zorgen dat we op basis van de panelraadpleging representatieve uitspraken kunnen doen voor de gehele populatie, hebben we de data gewogen op de kenmerken gender, leeftijd en opleidingsniveau gecombineerd. Wegen betekent dat we in de analyse meer gewicht hebben toegekend aan de antwoorden van



deelnemers die ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef en juist minder gewicht hebben toegekend aan de deelnemers die oververtegenwoordigd zijn. Kort gezegd hebben we het volgende gedaan:

1. We hebben de deelnemers in groepen ingedeeld: 2 voor geslacht, 3 voor opleidingsniveau en 7 voor leeftijd. Samen levert dat 42 groepen op ( $2 \times 3 \times 7 = 42$ ).
2. We hebben de verdeling van de deelnemers over deze groepen vergeleken met de verdeling van het aantal mensen in de populatie.
3. Vervolgens hebben we een wegingsfactor gekoppeld aan elke groep. Deze wegingsfactor zorgt dat de antwoorden van een specifieke groep zwaarder tellen als er relatief weinig deelnemers in de groep zitten. En dat de antwoorden minder zwaar meetellen als er relatief veel deelnemers in deze groep zitten.

## Analyses

Allereerst zijn er resultaten in dit onderzoek geanalyseerd met descriptieve statistiek. Zo is er gekeken hoeveel budget respondenten spenderen aan een bepaald onderdeel van de zorg? Hoeveel respondenten kennen het minste of juist het meeste budget toe aan een bepaald onderdeel? Vervolgens zijn deze keuzes van de respondenten geanalyseerd met Latente Klasse Clusteranalyses (LCCA). Deze methode identificeert groepen individuen die eenzelfde combinatie van keuzes maken wat betreft het investeren van zorgbudget in de acht sectoren, een zogenaamd cluster. Het model identificeert clusters die maximaal homogeen zijn (binnen het cluster) en onderling maximaal verschillen (tussen de clusters). Daarnaast laat de analyse zien welke segmenten van de bevolking (bijvoorbeeld in termen van leeftijd en geslacht) relatief vaak voorkomen in bepaalde clusters. Zo kan bepaald worden welke onderdelen van de zorg relatief 'populair of juist niet populair' zijn onder bepaalde groepen deelnemers. Een voordeel van deze methode ten opzichte van andere methodes is dat op basis van statistische criteria een optimaal aantal clusters kan worden bepaald.

De kwalitatieve data analyseerden we met content analyse. Een team van codeerders hebben eerst vastgelegd welke typen argumenten zijn genoemd door de respondenten. Daarna zijn de argumenten van 1000 deelnemers uit de panelraadpleging systematisch gecodeerd om te kijken welke argumenten veel werden genoemd door de respondenten.

## 2. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de hoofdresultaten van de raadpleging gepresenteerd. Voordat deelnemers hun voorkeuren gaven over het inzetten van zorgbudget in de acht zorgonderdelen legden we hen algemene stellingen voor over het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk de gemiddelde verdeling van het zorgbudget over de zorgonderdelen over alle deelnemers in beide experimenten gepresenteerd. Daarna worden deze resultaten per experiment weergegeven en wordt ingegaan op de vraag welke groepen we onder de respondenten kunnen onderscheiden.

### Wat vinden deelnemers van het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg?

Tabel 3- 1 geeft de antwoorden van de deelnemers op de introducerende stellingen weer.

Tabel 3- 1: Algemene stellingen over het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg

	Zeer eens	Eens	Neutraal	(Zeer) oneens
We geven in Nederland te veel geld uit aan gezondheidszorg.	9%	22%	32%	37%
De kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland is hoog.	15%	49%	11%	25%
We moeten in Nederland meer geld uitgeven aan vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Anders kunnen we over 10 jaar de zorg niet meer betalen.	22%	48%	6%	24%
In Nederland kan iedereen die zorg nodig heeft terecht bij de gezondheidszorg.	15%	48%	13%	24%
Veel mensen besluiten te gemakkelijk om naar de dokter te gaan. Of andere zorg te gebruiken. We moeten zorgen dat ze dat minder snel doen.	12%	32%	21%	35%
De zorg moet zich alleen richten op het verbeteren van de gezondheid van mensen, niet op andere uitkomsten.	11%	35%	18%	36%
De zorg moet zich meer richten op het verbeteren van het welzijn van mensen. Dus op hoe goed ze zich voelen, of ze nu ziek zijn of niet.	12%	44%	10%	34%
De zorg moet zich meer richten op dat mensen meer kunnen gaan werken. Of op dat ze op een andere manier meer mee kunnen doen in de samenleving.	11%	38%	14%	37%
De overheid moet zich niet zelf bezighouden met vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Dit moet de overheid door andere organisaties laten doen.	12%	35%	15%	38%

Relatief veel deelnemers vinden de kwaliteit van gezondheidszorg in Nederland hoog, en een groot deel vindt ook dat we meer geld uit moeten geven aan vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Ongeveer de helft vindt dat de overheid zich hier niet mee bezig moet houden. 63% van de deelnemers is van mening dat iedereen die in Nederland zorg nodig heeft daar ook terecht kan. 44% Van de deelnemers vindt dat veel mensen te gemakkelijk besluiten om naar de dokter te gaan of andere zorg te gebruiken. En ze vinden ook dat we moeten

zorgen dat ze dat minder snel doen. Ook vindt bijna de helft dat de zorg zich alleen moet richten op het verbeteren van de gezondheid van mensen. Meer dan de helft wil dat de zorg zich meer richt op welzijn. Ook geeft ongeveer de helft van de deelnemers aan dat de zorg zich meer moet richten op dat mensen kunnen gaan werken of zich inzetten in de samenleving.

## Hoe zouden deelnemers het zorgbudget per inwoner verdelen?

### Budget per onderdeel van de zorg

We vroegen deelnemers van deze raadpleging om voor acht zorgonderdelen aan te geven in welke mate het zorgbudget per Nederlander verhoogd moet worden of juist verlaagd. Tabel 3- 2 geeft de resultaten weer van de twee raadplegingen. Hierbij houdt experiment 1 in dat alle verhogingen van het zorgbudget direct worden doorberekend in de zorgpremie. Bij experiment 2 heeft het verhogen van het zorgbudget 50% effect op de zorgpremie.

Tabel 3- 2: De gemiddelde keuzes van deelnemers over het verhogen van het zorgbudget per inwoner per jaar over zorgonderdelen per experiment

	Experiment 1: 100% effect op premie	Experiment 2: 50% effect op premie	Totaal
<b>Keuze voor extra zorguitgaven</b>	<b>€ 143</b>	<b>€ 131</b>	<b>€ 137</b>
Ouderenzorg	€ 29	€ 30	€ 30
Geestelijke gezondheidszorg	€ 27	€ 28	€ 28
Nieuwe en betere medicijnen	€ 30	€ 26	€ 27
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag*	€ 19	€ 20	€ 20
Ziekenhuiszorg	€ 19	€ 14	€ 16
Gehandicaptenzorg	€ 17	€ 16	€ 16
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€ 13	€ 6	€ 10
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€ 8	€ 11	€ 10
<b>Keuze voor premieverandering</b>	<b>€ 143</b>	<b>€ 65</b>	<b>n.v.t.</b>

NB: de verschillen in het toegekende budget tussen beide experimenten is voor geen enkel onderdeel significant.

\* Deze vorm van preventie is weergegeven in een bedrag om het te kunnen vergelijken met de andere onderdelen. In de raadpleging konden deelnemers geen bedrag kiezen, maar werd hen gevraagd in welke mate ze meer of minder willen inzetten op dit onderdeel.

Als eerste valt op dat de gemiddelde deelnemer bij elk onderdeel adviseert om meer budget toe te kennen dan nu het geval is. Dit geldt voor beide experimenten. Met de keuze voor gemiddeld € 143 en € 131 euro extra budget per Nederlander per jaar kiezen de deelnemers voor ongeveer 3% extra zorgbudget in totaal.

Daarnaast valt op dat de verschillen tussen beide experimenten klein en niet significant zijn. Oftewel: of deelnemers het extra bestede budget geheel of slechts gedeeltelijk terugzien in hun zorgpremie heeft in deze opzet geen invloed op het advies van de deelnemers.

Verder valt de verdeling van het budget over de onderdelen op. De grootste verhoging van het zorgbudget is te zien bij de zorgonderdelen ouderenzorg (respectievelijk €29 en €30), nieuwe en betere medicijnen (€30 en €26) en de geestelijke gezondheidszorg (€27 en €28). De kleinste verhoging wordt door de deelnemers toegewezen aan ziekenhuiszorg (€19 en €14), preventie door het aanmoedigen van gezond gedrag (€8 en €11) en huisartsenzorg en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan (€13 en €6).

### De keuzes van deelnemers nader bekeken

Onderstaande twee tabellen laten zien welk aandeel van deelnemers kiest voor extra budget, minder budget of een gelijkblijvend budget. Voor alle zorgonderdelen is te zien dat het grootste aandeel van de deelnemers kiest voor extra zorgbudget. Het valt op dat het aandeel van respondenten dat kiest voor extra budget het grootst is voor nieuwe en betere medicijnen, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Dit aandeel is het kleinst voor huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan. De spreiding van het aandeel van deelnemers dat kiest voor extra budget loopt van 43 tot 56%. De spreiding van het aandeel van deelnemers dat kiest voor minder budget loop van 16 tot 29%. Verder geldt dat de spreiding van het aandeel van de deelnemers dat kiest voor een gelijkblijvend budget tussen de 27 en 35% is.

*Tabel 3- 3: De gemiddelde keuzes van deelnemers over het spenderen van het zorgbudget over zorgonderdelen en de aandelen van respondenten die kiezen voor extra, minder of een gelijkblijvend budget voor experiment 1*

	Gemiddelde keuze	Aandeel dat kiest voor extra budget	Aandeel dat kiest voor gelijkblijvend budget	Aandeel dat kiest voor minder budget
Ouderenzorg	€ 29	55%	28%	16%
Geestelijke gezondheidszorg	€ 27	54%	25%	20%
Nieuwe en betere medicijnen	€ 30	56%	28%	17%
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag	€ -	46%	28%	26%
Ziekenhuiszorg	€ 19	46%	34%	20%
Gehandicaptenzorg	€ 17	45%	35%	19%
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€ 13	43%	32%	25%
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€ 8	44%	27%	29%

Tabel 3- 4: De gemiddelde keuzes van deelnemers over het spenderen van het zorgbudget over zorgonderdelen en de aandelen van respondenten die kiezen voor extra, minder of een gelijkblijvend budget voor experiment 2

	Gemiddelde keuze	Aandeel dat kiest voor extra budget	Aandeel dat kiest voor gelijkblijvend budget	Aandeel dat kiest voor minder budget
Ouderenzorg	€ 30	55%	27%	17%
Geestelijke gezondheidszorg	€ 28	53%	27%	20%
Nieuwe en betere medicijnen	€ 26	53%	28%	19%
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag	€ -	45%	30%	25%
Ziekenhuiszorg	€ 14	45%	32%	24%
Gehandicaptenzorg	€ 16	44%	36%	20%
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€ 6	40%	32%	28%
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€ 11	46%	27%	28%

De tabellen op de volgende pagina laten zien wat de verschillen zijn tussen demografische groepen in waar zij het geld over zouden verdelen. Er zijn veel verschillen te duiden, we beperken ons tot een selectie:

- Vrouwen verdelen in totaal meer budget dan mannen, maar minder toebedelen aan huisartsenzorg en preventie.
- 65-plussers vergroten het totaalbudget meer dan de andere leeftijdsgroepen, maar geven minder uit aan geestelijke gezondheidszorg dan jongeren. Jongeren geven daarentegen minder uit aan ouderzorg. Ook valt op dat jongeren relatief veel inzetten op preventie door aanmoedigen van gezond gedrag, terwijl ouderen juist meer inzetten op preventie door ontmoediging.
- Laagopgeleiden kiezen ervoor het budget minder te verhogen dan de andere twee groepen. Met name beide soorten preventie en huisartsenzorg kunnen bij deze groep op weinig steun rekenen.
- Niet-werkenden, mantelzorgers en mensen die zorg gebruikt hebben in de afgelopen maanden kennen meer budget toe aan de onderdelen in totaal.
- Mensen die in de zorg werken kiezen er juist voor het budget minder te verruimen. Zij hebben een sterke voorkeur voor preventie en huisartsenzorg.

Tabel 3- 4: Gemiddelde keuzes van deelnemers over het spenderen van het zorgbudget over zorgonderdelen afgezet tegen verschillende demografisch kenmerken (deel 1).

	Totaal	Man	Vrouw	18-34 jaar	35-64 jaar	65 plus	Laag opgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoog opgeleid
Ouderenzorg	€ 30	€ 28	€ 31	€ 16	€ 29	€ 47	€ 33	€ 31	€ 25
Nieuwe en betere medicijnen	€ 28	€ 29	€ 27	€ 31	€ 22	€ 36	€ 30	€ 29	€ 25
Geestelijke gezondheidszorg	€ 27	€ 18	€ 36	€ 37	€ 25	€ 22	€ 24	€ 30	€ 28
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag*	€ 19	€ 23	€ 16	€ 13	€ 21	€ 25	€ 6	€ 18	€ 32
Gehandicaptenzorg	€ 16	€ 16	€ 17	€ 10	€ 14	€ 28	€ 21	€ 16	€ 14
Ziekenhuiszorg	€ 16	€ 15	€ 17	€ 19	€ 14	€ 18	€ 10	€ 19	€ 19
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€ 10	€ 13	€ 7	€ 10	€ 8	€ 14	€ 4	€ 13	€ 11
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€ 10	€ 11	€ 8	€ 16	€ 7	€ 7	€ 1	€ 10	€ 17
<b>Totaal</b>	<b>€ 137</b>	<b>€ 131</b>	<b>€ 143</b>	<b>€ 139</b>	<b>€ 119</b>	<b>€ 172</b>	<b>€ 122</b>	<b>€ 147</b>	<b>€ 140</b>

\* Deze vorm van preventie is weergegeven in een bedrag om het te kunnen vergelijken met de andere onderdelen. In de raadpleging konden deelnemers geen bedrag kiezen, maar werd hen gevraagd in welke mate ze meer of minder willen inzetten op dit onderdeel.

Tabel 2-1: Gemiddelde keuzes van deelnemers over het spenderen van het zorgbudget over zorgonderdelen afgezet tegen verschillende demografisch kenmerken (deel 2).

	Totaal	Volledig werkend	Niet werkend	Werkt in zorg	Verleent mantelzorg	(Heel) slechte gezondheid	Onlangs zorg gebruikt
Ouderenzorg	€ 30	€ 25	€ 36	€ 23	€ 34	€ 31	€ 34
Nieuwe en betere medicijnen	€ 28	€ 26	€ 31	€ 28	€ 33	€ 25	€ 31
Geestelijke gezondheidszorg	€ 27	€ 22	€ 30	€ 24	€ 29	€ 34	€ 33
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag*	€ 19	€ 22	€ 19	€ 24	€ 23	€ 15	€ 21
Gehandicaptenzorg	€ 16	€ 13	€ 20	€ 9	€ 23	€ 15	€ 21
Ziekenhuiszorg	€ 16	€ 14	€ 17	€ 15	€ 18	€ 17	€ 20
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€ 10	€ 10	€ 10	€ 11	€ 13	€ 9	€ 12
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€ 10	€ 13	€ 5	€ 14	€ 8	€ 4	€ 12
<b>Totaal</b>	<b>€ 137</b>	<b>€ 124</b>	<b>€ 149</b>	<b>€ 123</b>	<b>€ 157</b>	<b>€ 136</b>	<b>€ 163</b>

\* Deze vorm van preventie is weergegeven in een bedrag om het te kunnen vergelijken met de andere onderdelen. In de raadpleging konden deelnemers geen bedrag kiezen, maar werd hen gevraagd in welke mate ze meer of minder willen inzetten op dit onderdeel.

## Welke groepen kunnen we onderscheiden?

Onderstaande tabel laat de resultaten zien van de Latente Klasse Cluster Analyse (LCCA). Deze LCCA onderscheidt drie clusters die zijn gebaseerd op experiment 1 en 2 gezamenlijk. Er is voor gekozen de twee experimenten samen te voegen omdat de LCCA voor beide versies apart erg veel op elkaar lijken: we identificeren 3 vergelijkbare clusters. Een overzicht van de losse analyses is te vinden in bijlage C. We hebben gekozen alleen ‘vaste’ kenmerken (zoals leeftijd, gender en opleidingsniveau) mee te nemen in de analyse, omdat dat de meest tastbare kenmerken zijn. De tabel laat alleen de kenmerken zien die significant zijn.

Tabel 2-2: Resultaten LCCA met persoonskenmerken

	Cluster 1 (60%)	Cluster 2 (36%)	Cluster 3 (3%)
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€0	€39	-€110
Ziekenhuiszorg	€5	€50	-€109
Ouderenzorg	€15	€71	-€129
Gehandicaptenzorg	-€3	€60	-€115
Geestelijke gezondheidszorg	€13	€67	-€120
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€9	€22	-€98
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Nieuwe en betere medicijnen	€17	€58	-€94
<i>Totaal</i>	€56	€347	-€775
<b>Kenmerken van het cluster</b>			
18-34 jaar	27%	31%	39%
65 plus	52%	27%	12%
Wonend in een grote gemeente met meer dan 100.000 inwoners	31%	29%	40%
Wonend in een dorp	21%	21%	11%
Zorg gebruikt in de afgelopen drie maanden	60%	74%	58%

Het valt ten eerste op dat de heterogeniteit tussen de clusters groot is. De drie clusters denken zeer verschillend over de verdeling van het zorgbudget onder de verschillende zorgonderdelen. Dit verschil is met name merkbaar tussen de clusters die bereid zijn extra geld uit te geven aan zorg ten opzichte van het cluster dat juist wil korten op het zorgbudget.

Er is een groot cluster (Cluster 1) waar 60% van alle respondenten in vallen. Gemiddeld gezien is dit cluster bereid om een verhoging van het zorgbudget te realiseren van totaal €56 over alle zorgonderdelen. Dit cluster

zet het meeste geld in op nieuwe en betere medicijnen en op ouderenzorg. Ten opzichte van de andere clusters zitten in dit cluster de meeste 65-plussers.

Cluster 2 bestaat uit 36% van de alle respondenten. Dit cluster zet voor elk zorgonderdeel in op een stijging van het zorgbudget van totaal €347 over alle zorgonderdelen. In dit cluster is de grootste bereidheid voor een ophoging van het zorgbudget vergeleken met de andere clusters. Dit cluster zet het meeste geld in op de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Ten opzichte van de andere clusters zitten in dit cluster de meeste mensen die in de afgelopen drie maanden gebruik hebben gemaakt van de zorg.

Het kleine Cluster 3 (3% van de deelnemers) zet in op een verlaging van het zorgbudget voor alle zorgonderdelen van totaal €775. In dit cluster zijn deelnemers oververtegenwoordigd die tussen de 18 en 34 jaar oud zijn en wonen in een grote gemeente met meer dan 100.000 inwoners. Deelnemers die wonen in een dorp zijn ondervertegenwoordigd in dit cluster.

## Welke verschillen zien we tussen de twee experimenten?

Als de twee experimenten naast elkaar gelegd worden, dan valt op dat ze in grote mate overeenkomen. Er zijn weinig grote verschillen te bespeuren tussen de keuzes die de deelnemers gemaakt hebben wanneer 100% van de kosten verrekend worden in de zorgpremie en wanneer slechts 50% doorberekend wordt. De verhoging van de zorgpremie lijkt dus niet van invloed op de mate waarin deelnemers vinden dat er geïnvesteerd moet worden in de zorg. Ook de resultaten van de Latente Klasse Cluster Analyse (LCCA) lijken sterk op elkaar. De drie clusters die bij experiment 2 onderscheiden kunnen worden tonen veel gelijkenissen met de clusters van experiment 1.

Een kenmerk dat bij experiment 1 naar boven komt als onderscheidend tussen de clusters is of de deelnemer in de afgelopen 3 maanden gebruik heeft gemaakt van zorg. In experiment 2 komt dit echter niet naar boven als onderscheidend kenmerk. De meest aannemelijke verklaring is dat in experiment 2 een minder groot aandeel van zorggebruikers in de afgelopen 3 maanden valt onder cluster 3. Uit experiment 2 volgt ook dat deze groep respondenten het meer met elkaar eens zijn dat er meer geld ingezet mag worden in de gezondheidszorg. In deze groep komt echter minder eenduidig naar voeren hoeveel geld er meer mag worden ingezet in de gezondheidszorg. Het verschil tussen de eerste twee clusters is minder groot in experiment 2 en daardoor ook niet significant. De conclusie uit experiment 1 dat zorggebruikers het meest vertegenwoordigd zijn in het cluster dat de hoogste verhoging van zorguitgaven wil, kan blijven staan, al moet daarbij genoemd worden dat het verschil tussen de clusters niet enorm is.

## Speelde de invloed op gezondheid, welzijn en economie een rol in de keuzes?

Zoals we in de methodologiesectie hebben beschreven, hebben we gekozen om de deelnemers variërende informatie te geven over het effect van hun keuzes op de gezondheid, welzijn en economie in Nederland als geheel. Dit kregen de deelnemers te zien door middel van een aantal iconen (tussen 0 en 4 iconen) bij de keuze-opties. We hebben gekeken in hoeverre deze variatie bepalend is geweest voor de keuzes die deelnemers maakten.

### Methodiek

We hebben gebruik gemaakt van twee kwantitatieve aanpakken: random forest-modellen (of RF-modellen) en SHAP-waarden. RF-modellen zijn een vorm van ‘machine learning’ die worden gebruikt om een



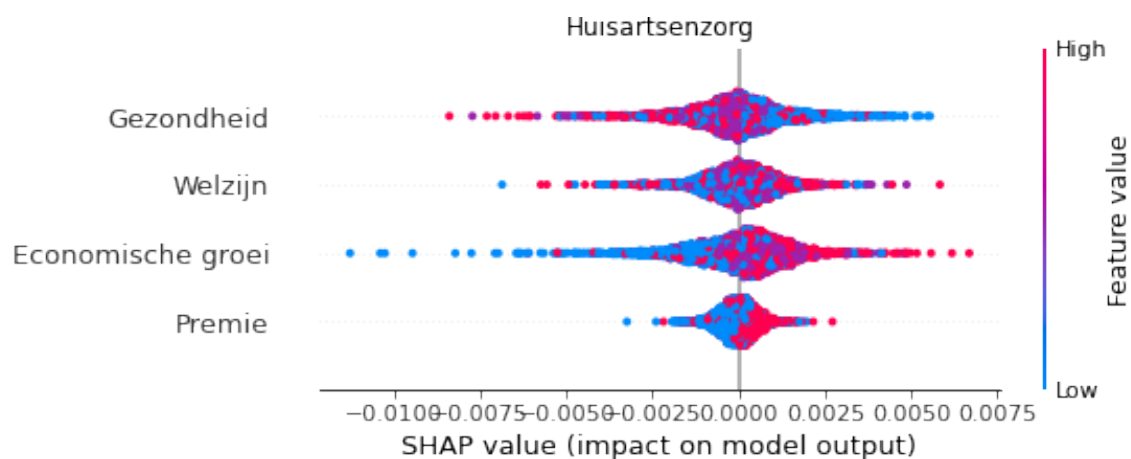
samenhangende reeks keuzes te modelleren. SHAP-waarden zijn onderdeel van de zogenaamde ‘uitlegbare kunstmatige intelligentie’ technieken die erop gericht zijn om de vaak ondoorzichtige uitkomsten van ‘machine learning’ modellen te verklaren. Een SHAP-waarde geeft weer wat de marginale bijdrage is van verschillende kenmerken op de uitkomstvariabele. In dit geval hebben we SHAP-waarden bepaald die aangeven wat het effect van gezondheid, welzijn en economie is op het budget dat deelnemers toekennen aan een zorgonderdeel.

## Resultaat

Onderstaande reeks grafieken geeft voor elk zorgonderdeel weer wat de SHAP-waarden zijn. We leggen het uit aan de hand van de eerste grafiek, die gaat over huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg. Bij elk van de drie factoren gezondheid, welzijn en economische groei is een plot weergegeven.<sup>3</sup> De stippen in de plot variëren tussen blauw (lage waarde van gezondheid) en rood (hoge waarde van gezondheid). De plaats van de stip in de plot geeft weer of de SHAP-waarde positief (rechts) of negatief (links) is. Hoe hoger de SHAP-waarde, hoe groter het effect op het budget dat aan het zorgonderdeel is toegekend. In het geval van gezondheid zien we de rode stippen aan de linkerkant van de plot zitten: hier geldt dat hogere waarden van gezondheid (oftewel: meer iconen) samenhangen met minder budget. Voor welzijn en economische groei geldt dat de rode stippen het meest aan de rechterkant van de plot zitten: meer iconen van deze factoren hangen samen met het toekennen van meer budget aan deze sector.

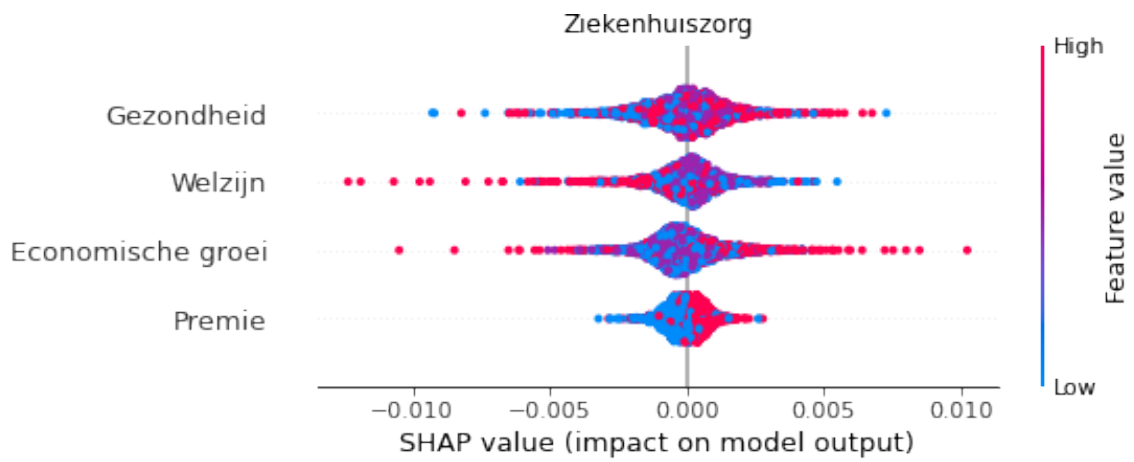
Op deze manier kunnen we alle zorgonderdelen bekijken. Daarbij valt op dat voor veel plots geldt dat de rode stippen ofwel meer aan de linkerkant, ofwel meer aan de rechterkant liggen. Daar lijkt dus sprake van samenhang tussen de factoren en het budget die deelnemers toekennen. Maar deze effecten zijn niet eenduidig. Zo kennen deelnemers die meer iconen bij gezondheid zien meer budget toe bij ziekenhuiszorg, gehandicaptenzorg en innovatieve medicijnen. Maar we zien ook dat meer iconen bij gezondheid samenhangt met minder budget voor huisartsen, ggz en preventieve zorg door ontmoediging. Deze moeilijk te duiden verschillen zien we ook bij welzijn en economische groei. Al met al zien we geen aanwijzingen dat de mate waarin een investering effect heeft op gezondheid, welzijn of economische groei van invloed is op de keuze van de deelnemers.

Figuur 2-1

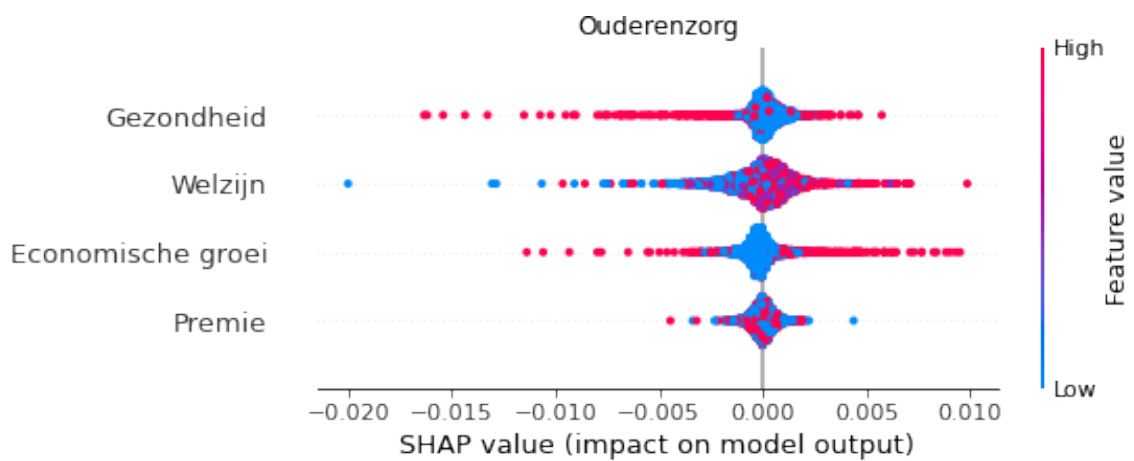


<sup>3</sup> Premie is als vierde factor meegenomen. Dit geeft simpelweg het verschil aan tussen experiment 1 en 2, waar de hoogte van het effect op premie verschilde.

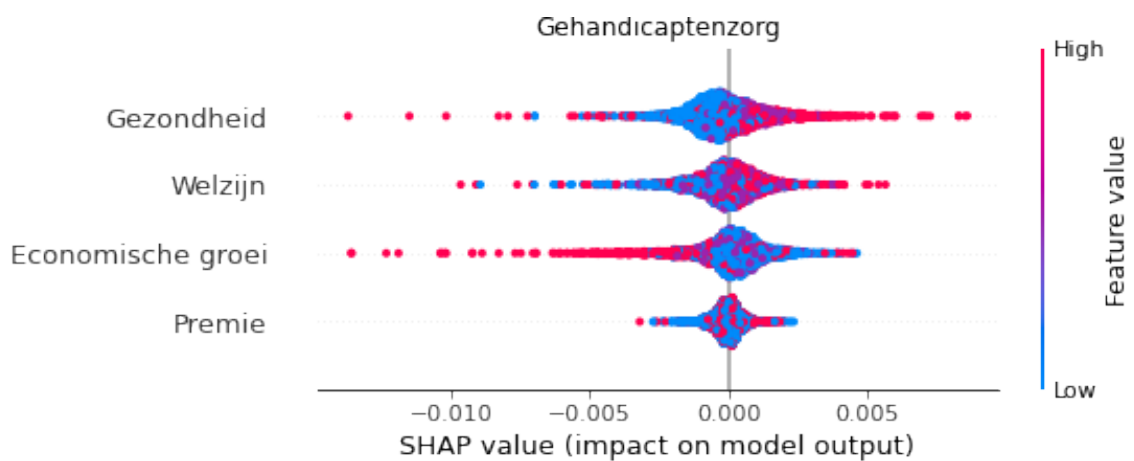
Figuur 2-2



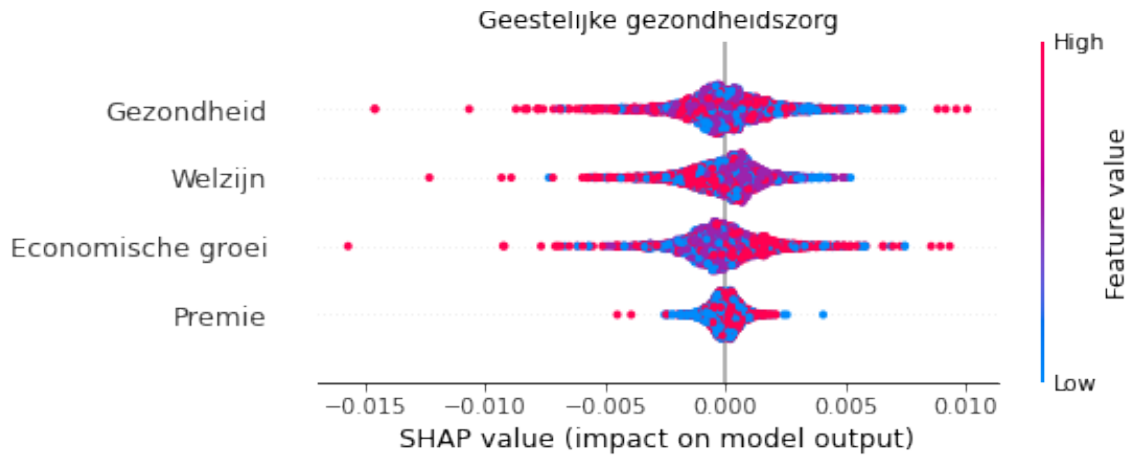
Figuur 2-3



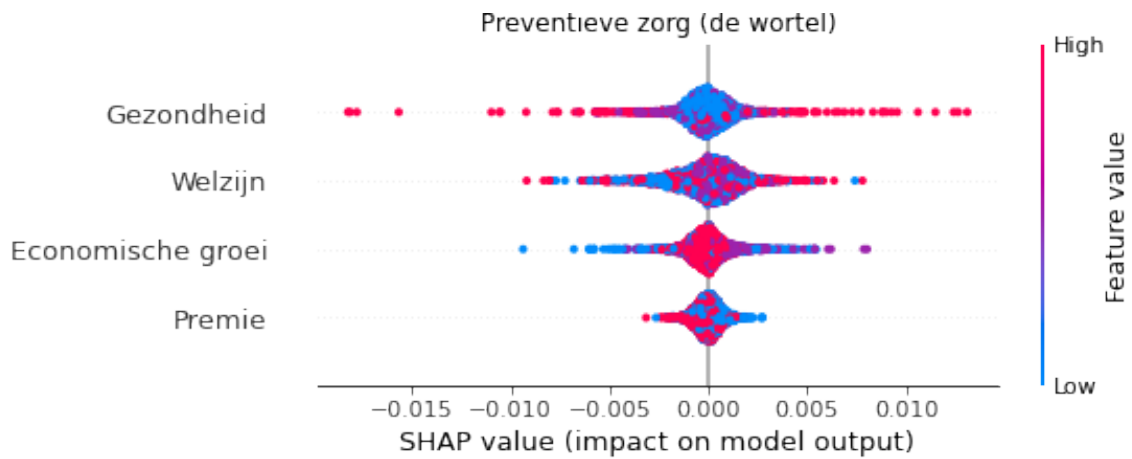
Figuur 2-4



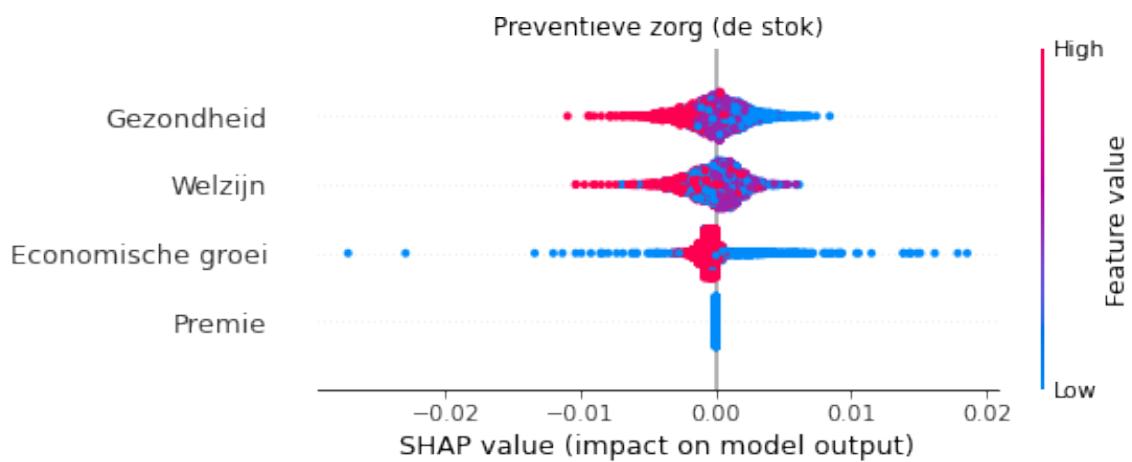
Figuur 2-5



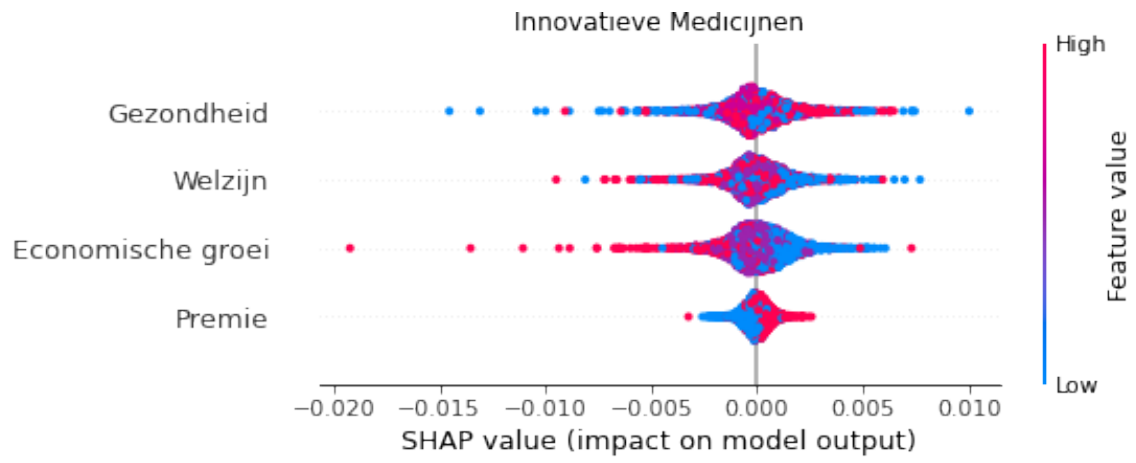
Figuur 2-6



Figuur 2-7



Figuur 2-8



## Welke argumenten geven de deelnemers?

Deelnemers konden hun keuze voor de verdeling van het budget onderbouwen. Onderstaande tabel geeft een totaaloverzicht van hoe vaak deelnemers verschillen argumenten gaven bij hun keuzes.

Tabel 2-3: Frequentietabel van gegeven open toelichtingen door deelnemers per categorie voor preventie: nieuwe en betere medicijnen

Argumentcategorie	Huisarts	Ziekenhuis	Ouderenzorg	Gehandicaptenzorg	Geestelijke gezondheidszorg	Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag	Nieuwe en betere medicijnen
<b>Positieve argumenten</b>								
Deze sector is effectiever dan andere sectoren	20	10	18	13	29	84	57	32
Deze sector moet betaalbaar blijven voor patiënten	12	11	5	7	7	8	6	19
Deze sector is belangrijk	31	51	91	70	82	45	27	43
Deze sector heeft te weinig capaciteit	16	28	67	15	49	0	2	3
Deze sector moet voor iedereen toegankelijk zijn	61	28	9	11	12	8	4	10
Overig	13	15	37	35	18	8	13	16
<b>Negatieve argumenten</b>								
Deze sector wordt te veel onnodig gebruikt	53	15	8	8	17	6	9	7
Deze sector heeft te hoge kosten	18	17	16	23	20	14	7	11
Deze sector moet streven naar meer efficiëntie	8	11	6	5	6	9	9	6
Dit is te betuttelend	2	0	0	0	0	34	39	0
Overig	9	3	9	6	6	12	17	4
Totaal	245	191	268	196	248	231	196	152

De tabel laat opvallende verschillen zien. Zo wordt met name bij preventie, maar ook bij innovatieve medicijnen en de geestelijke gezondheidszorg aangegeven dat deze sectoren effectief zijn. Betaalbaarheid als argument wordt met name genoemd bij huisartsen, ziekenhuiszorg en innovatieve medicijnen. Bij de eerste twee sectoren wordt ook toegankelijkheid veel genoemd. Capaciteit als reden voor extra budget wordt juist veel genoemd bij ouderen zorg en de ggz. Bij de argumenten tegen extra budget valt op dat bij huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg vaak wordt aangegeven dat deze sector te veel onnodig wordt gebruikt.

Hieronder volgt per zorgonderdeel een overzicht van de argumenten die deelnemers gaven voor hun keuzes. We hebben hier beide experimenten samen genomen.

## Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naartoe kan

Gemiddeld gezien vinden deelnemers dat er weinig extra geld naar de huisartsensector moet. Dit is ook te zien in de motivaties die gegeven worden door deelnemers. Het aantal negatieve reacties over de sector is hoger dan bij andere sectoren. Het vaakst wordt door deelnemers genoemd dat de sector te veel onnodig gebruikt wordt. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

*“Er wordt teveel voor elk klein dingetje naar de huisarts gegaan.”*

*“Veel mensen rennen voor iedere scheet dwars naar de dokter. Maak dat duurder en dat neemt af.”*

*“De huisarts heeft veel spreekuren die gaan over verkoudheidjes en onnozele zaken. Deze drastisch inperken.”*

De deelnemers die aangeven de huisartszorg meer geld te willen geven, noemen vooral toegankelijkheid als belangrijkste argument. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

*“Het is belangrijk dat iedereen gemakkelijk naar een huisarts kan, voor kleine of grote kwaaltjes.”*

*“Huisarts als portaal naar verdere zorg indien nodig. moet zo laagdrempelig mogelijk blijven.”*

Wanneer deelnemers voor verhoging van het budget voor huisartszorg zijn, noemen zij naast toegankelijkheid ook vaak dat de sector erg belangrijk is. Vergeleken met andere grote sectoren wordt veel minder genoemd dat huisartsenzorg te weinig capaciteit heeft.

Ook is deelnemers gevraagd wat zij vinden dat moet gebeuren in de huisartsensector. Er zijn drie zaken die zij vaak aangeven. Ten eerste kan digitalisering volgens deelnemers een grote rol spelen om de sector efficiënter te maken. Meer personeel wordt daarnaast vaak genoemd als een nodige maatregel. Als laatste vinden veel deelnemers ook dat de administratieve lasten teruggedrongen moeten worden.

## Ziekenhuiszorg

Ziekenhuiszorg scoort in beide experimenten gemiddeld. Deelnemers geven veel verschillende motivaties voor hun antwoorden. Het meest voorkomend zijn antwoorden die aangeven dat deelnemers de sector belangrijk vinden. Verder vinden deelnemers, vergeleken met andere sectoren, dat het belangrijk is dat de toegankelijkheid gewaarborgd wordt. Als derde wordt ook capaciteitstekort vaak genoemd. Enkele typerende voorbeelden van deelnemers die vóór verhoging van het zorgbudget zijn:

*“Hier moet in geïnvesteerd worden omdat ik dit van cruciaal belang zie als westers land.”*

*“Lijkt me erg noodzakelijke zorg. Meer aandacht voor verplegers, e.d. is noodzakelijk.”*

*“Iedereen moet in het ziekenhuis terecht kunnen of je nu veel of weinig inkomen hebt.”*

*“Mensen worden nu vaak uit het ziekenhuis ontslagen om thuis bij te komen terwijl dat eigenlijk nog niet gaat. Dat moet stoppen.”*

*“Te weinig plaats in ziekenhuizen.”*

Er zijn geen soorten argumenten tegen een verhoging van budget van ziekenhuiszorg die opvallend vaak genoemd worden. Zo nu en dan wordt genoemd dat de kosten van ziekenhuiszorg te hoog zijn, en ook wordt meerdere keren genoemd dat ziekenhuizen te vaak onnodig gebruikt worden. Zo geeft één van de deelnemers aan:

*“kan minder, ze maken te snel foto’s en scans en teveel/vaak bloed onderzoeken”*

De sector kan volgens veel deelnemers verbeterd worden door meer personeel aan te nemen. Ook het verhogen van salarissen wordt veel vaker genoemd dan bij andere sectoren. De derde maatregel die vaak genoemd wordt is dat innovatie de sector vooruit kan helpen.

## **Ouderenzorg**

De sector ouderenzorg wordt door de deelnemers erg hoog gescoord. Zij vinden gemiddeld gezien dat daar het meeste extra budget voor uitgetrokken moet worden.

Twee redenen worden veruit het meest genoemd door deelnemers: dat de sector erg belangrijk is, en dat de sector met een capaciteitstekort kampt. Vaak wordt door de deelnemers genoemd dat de sector zo belangrijk is omdat ouderen hun leven lang gewerkt hebben en een fatsoenlijke oude dag verdienen. Dit komt tot uiting in reacties zoals:

*“Ouderenzorg weerspiegelt de kwaliteit van de samenleving; heb je je hele leven gewerkt, dan wil je ook een goede oude dag hebben - vandaar hier iets meer naar toe.”*

*“Belangrijk dat zij niets tekort komen.”*

Bij het capaciteitstekort wordt vooral genoemd dat Nederland vergrijsd, en er daardoor steeds meer behoefte is aan ouderenzorg.

Al dat extra geld: waar moet dat dan naartoe? Volgens de deelnemers is het vooral belangrijk dat er meer thuisondersteuning komt voor ouderen. Verder noemen een paar deelnemers dat de bejaardenhuizen weer terug zouden moeten komen zoals vroeger.

## **Gehandicaptenzorg**

De sector gehandicaptenzorg wordt in de PWE door deelnemers gemiddeld extra geld toegeschoven, maar minder dan de meeste andere sectoren. Relatief vinden deelnemers dus dat hier minder extra geld nodig is dan andere sectoren.

Veel van de deelnemers die hun keuze voor méér geld motiveren doen dit door aan te geven dat zij de sector belangrijk vinden. Vergeleken met andere sectoren worden argumenten daarover vaak geteld. Ook wordt erg weinig genoemd dat de sector te vaak onnodig gebruikt wordt. Voorbeelden van argumenten waarmee deelnemers aangeven dat zij de sector belangrijk vinden zijn:

*“Ook deze mensen hebben recht op een mooi en zo goed mogelijk leven op deze aarde”*

*“heel belangrijk, die mensen vragen er niet om”*

*“Een samenleving weerspiegelt haar mate van beschaving naarmate de zorg voor de minderbedeelden, de gehandicapten, vandaar dat ik hier meer geld aan wil uitgeven.”*

Er zijn deelnemers die niet vinden dat de sector meer geld moet krijgen. Wat opvalt is dat vergeleken met andere sectoren maar weinig genoemd wordt dat de sector te weinig capaciteit heeft. Ook wordt relatief vaak genoemd dat de sector erg hoge kosten heeft. Deelnemers ervaren de sector gehandicaptenzorg dus als een relatief dure sector zonder capaciteitstekort. Een aantal illustratieve antwoorden daarbij zijn:

*“Er zijn ook legio fiscale voordelen, kunnen zelf ook wat betalen”*

*“Ik heb stage gelopen in de gehandicaptenzorg en ik ben geschrokken hoe er met geld gesmeten wordt, terwijl deze groep de maatschappij weinig brengt. Ik ben voor bezuiniging op de gehandicaptenzorg.”*

*“Ik vind dit wel een lastig onderwerp. Maar ik zou het gezin/mantelzorger meer bij de zorg willen betrekken zodat er geen specialisten aan te pas hoeven te komen.”*

Als er extra geld beschikbaar komt wordt relatief vaak genoemd dat dit zou moeten gaan naar meer personeel. Overige ideeën die genoemd worden zijn om meer hulpmiddelen aan te schaffen voor mensen en mantelzorgers beter te begeleiden zodat zij meer op zich kunnen nemen. Enkele voorbeelden van reacties over meer personeel zijn:

*“Mijn dochter werkt in de gehandicaptenzorg en er is een groot tekort aan professioneel personeel, plus de zorg is zwaar.”*

*“voor de gehandicaptenzorg moet meer personeel aangesteld worden.”*

## **Geestelijke gezondheidszorg**

De geestelijke gezondheidszorg wordt door de deelnemers veel extra budget toebedeeld. Zij vinden gemiddeld dus dat geïnvesteerd moet worden in de sector.

De reden die door deelnemers het meest genoemd wordt hiervoor is dat geestelijke gezondheidszorg belangrijk is. Ook wordt relatief vaak genoemd dat de sector te weinig capaciteit heeft én dat de sector relatief effectief is. Er wordt weinig genoemd dat de sector te vaak onnodig gebruikt wordt. Deelnemers hechten veel belang aan de sector omdat zij die zien als een sector die een flink tekort heeft, maar wel erg belangrijk en effectief is. Dat wordt geïllustreerd in de volgende citaten:

*“zeker met de Corona jaren die nu achter ons liggen blijkt wel dat onze mentale gezondheid erg te lijden heeft gehad. Daardoor komen er ook allerlei gezondheidsklachten en eetstoornissen. Zorg dat mensen beter in hun vel zitten dan zullen ze ook kleine ongemakken makkelijker kunnen verdragen.”*

*“Ik heb zelf geestelijke gezondheidszorg nodig en heb te maken met absurde wachttijden. Daar moet echt iets aan gedaan worden. Het had mij jaren problemen gescheeld en had de samenleving minder geld gekost als ik gewoon had kunnen werken.”*

*“Het is erg belangrijk dat er vooral aandacht wordt geschonken aan de geestelijke gezondheidszorg.”*

*“Ik zie teveel om mij heen dat mensen geestelijke problemen hebben maar nergens terecht kunnen. Ik vind dat gevaarlijk en ik denk dat ze teveel onnodig schade voor zichzelf of anderen daardoor aanrichten.”*

Er zijn ook deelnemers die niet vinden dat er meer geld moet naar geestelijke gezondheidszorg. Uit de reacties blijkt dat relatief weinig genoemd wordt dat de sector toegankelijk moet zijn. Er zijn geen negatieve reacties over de geestelijke gezondheidszorg die opvallend vaak genoemd worden. Enkele voorbeelden van negatieve reacties zijn:

*“Als een dorp 1000 inwoners heeft is dat 250.000€ daar kan je een hoop mensen van begeleiden.”*

*“Ik vindt niet dat iedere Nederlander hiervoor moet betalen, maar enkel de mensen die dit nodig hebben.”*



Deelnemers noemen over specifieke maatregelen waarmee de geestelijke gezondheidszorg aan de slag moet maar weinig dat er meer personeel nodig is, vergeleken met andere sectoren. Minder administratieve taken wordt zo nu en dan genoemd. Verder zijn de reacties vooral divers, zoals dat de maatschappij minder prestatiegericht moet worden, en dat men vaker naar de kerk moet.

### **Preventie: aanmoedigen gezond gedrag**

Het aanmoedigen van gezond gedrag wordt door deelnemers weinig extra geld toebedeeld in de raadpleging. Een aanzienlijk deel van 44% vindt wel dat er meer geld naartoe moet, maar hier wordt vaak gekozen om maar een klein bedrag extra uit te trekken.

Deelnemers die extra geld uit willen trekken voor preventie noemen erg vaak dat zij de sector effectief vinden. Hier geldt voor uittrekken bespaart volgens hen dus op andere plekken geld. Relatief weinig deelnemers noemen dat de sector te hoge kosten heeft. Reacties die illustreren waarom deelnemers positief zijn:

*“Hier ben ik voor omdat het economisch gezien grote voordelen met zich meebrengt om dit aan te moedigen.”*

*“Het woord zegt het al: Preventie. Beter voorkomen dan genezen. Mensen moeten meer bewust worden gemaakt van levensstijl keuzes. Overigens niet vanuit de overheid zelf, want die zijn vooringenomen.”*

*“doordat je mensen motiveert om gezondere keuzes te maken en zich daardoor beter voelen, zullen ze eerder geneigd zijn om dit gedrag vol te houden”*

Redenen voor deelnemers om geen extra geld voor deze sector uit te trekken worden ook genoemd. Zo vinden relatief veel deelnemers dat het betuttelend is om in te zetten op preventie. Ook geeft niemand expliciet aan dat er te weinig capaciteit is op dit moment voor preventie, waar dit bij andere sectoren veelvuldig gebeurt. Voorbeelden die de betutteling weerspiegelen zijn:

*“Iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid.”*

*“Dat mag wel wat minder want ik ben die betutteling zat.”*

*“het kan geen kwaad mensen VRIJBLIJVEND te informeren over manieren om gezonder te leven.”*

Op de vraag hoe we preventie in moeten vullen geven veel deelnemers aan dat gezond eten goedkoper zou moeten zijn. Andere ideeën die genoemd worden zijn dat in de opvoeding het belangrijk is hier meer aandacht aan te besteden, en dat er meer cursussen/opleidingen zouden moeten zijn. Enkele citaten hieruit zijn:

*“Volgens mij werken de meeste campagnes niet. We roken nog steeds niet minder, er zijn steeds meer dikke mensen. Dat geld moet anders besteed worden. Prijzen gezond eten omlaag en slecht eten omhoog.”*

*“Accijns en btw op groenten en fruit verlagen zodat mensen dit meer gaan eten in plaats van ongezond en goedkoop eten.”*

*“Kinderen moeten vanaf jong aangemoedigd worden om gezond te eten en sporten.”*

### **Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag**

Het ontmoedigen van ongezond gedrag was in de PWE-raadpleging een optie die geen geld zou kosten of opleveren. Het is hierdoor wat lastiger om de populariteit onder deelnemers te kwantificeren. Het is een

categorie die relatief vaak teruggeschroefd werd door deelnemers. Het valt dus niet onder de populairste maatregelen. Dat wordt ook duidelijk uit de analyse van argumenten die deelnemers geven.

Deelnemers die kiezen voor méér ontmoediging van ongezond gedrag geven hiervoor dezelfde reden als bij het aanmoedigen van gezond gedrag. Het is volgens hen een effectieve manier om de zorgkosten omlaag te krijgen. Reacties in die categorie zijn bijvoorbeeld:

*“gezond gedrag bevorderen gaat niet altijd zonder dwang”*

*“Als je ongezond gedrag lastig maakt zullen mensen minder snel ziek worden”*

Deelnemers die tegen deze ontmoediging zijn, geven vaak het argument dat de overheid zich niet te veel met individuen moet bemoeien. Ze hekelen de betutteling die uitgaat van deze maatregelen. Van alle keuzeopties was dit ook de optie die percentagegewijs het meeste negatieve reacties kreeg. Deze reacties zijn onder meer:

*“te betuttelend, waarom niet af en toe een mac Donald met de kleinkinderen”*

*“hoe iedereen wil leven is de keus van het individu ; niet mee bemoeien”*

*“Ik denk juist dat sommige ongezonde dingen juist beter zijn voor de welzijn van iemand.”*

Ook zijn er deelnemers die concrete handvatten geven. De meesten vinden dat het belangrijkste gereedschap voor het ontmoedigen van ongezond gedrag het duurder maken van ongezond eten is. Ook wordt vaak genoemd dat mensen die ongezond leven zelf meer moeten betalen aan hun zorggebruik. Ook geven veel deelnemers suggesties die de beschikbaarheid van ongezond voedsel verminderen. Zo geven sommigen aan dat het aantal verkooppunten voor drugs, alcohol en sigaretten omlaag moet of snackbars niet op elke straathoek beschikbaar moeten zijn. Sommige exemplarische argumenten zijn:

*“Terecht bestraffen van het menselijk gedrag in hun ongezonde manier van leven. Of bij goed bewijs deze groep mensen meer te laten betalen.”*

*“Geen snackbars op elke straathoek, minder suiker en zout in etenswaren, alcohol en sigaretten nog duurder. Door de huidige crisis wordt veel al duurder, dat helpt hopelijk al iets”*

*“Mensen verplichten om bij overgewicht naar een diëtist te gaan en dit ook controleren.”*

*“als ze ongezond leven dan moeten ze zelf maar betalen”*

*“Maak ongezonde producten duurder en gezond producten goedkoper. Gezonde mensen hebben een beter leven dan ongezonde.”*

Ook kunnen de reacties op deze “sector” vergeleken worden met het aanmoedigen van gezond gedrag. Wat opvalt is dat de reacties relatief gelijk zijn. Wel komt het bestraffen van ongezond gedrag net iets negatiever uit de bus. Zowel in het aantal deelnemers dat er meer geld in zou stoppen, als in de geschreven reacties. Deelnemers hebben een voorkeur voor het aanmoedigen van gezond gedrag boven het bestraffen van ongezond gedrag.

## **Nieuwe en betere medicijnen**

Nieuwe en betere medicijnen wordt door de deelnemers veel extra geld toebedeeld. Zij zien dit gemiddeld gezien dus als een sector die het investeren waard is.

Over de redenen waarom zij dit vinden zijn de reacties erg verdeeld. Zo geven veel deelnemers aan dat de sector effectief is, doordat het kosten kan besparen. Ook vinden ze het belangrijk dat medicijnen betaalbaar blijven. Enkele typerende reacties zijn:

*“Hoe beter de medicijnen, hoe beter patiënten geholpen kunnen worden om hun klachten of ziekte te verhelpen.”*

*“Kunnen uiteindelijk en goedkoper worden en geven beter resultaat op alle vlakken”*

*“Medicijnen gratis”*

*“Medicijnen zijn een essentieel iets voor de mensen die niet zonder medicatie kunnen.”*

Ook zijn er deelnemers die niet vinden dat er meer geld moet naar nieuwe en betere medicijnen. Redenen hiervoor zijn erg divers. De meest genoemde kritieken zijn dat nieuwe medicijnen allemaal te duur zijn en dat farmaciebedrijven er vooral zelf rijker van worden. Dat blijkt ook uit onderstaande reacties:

*“Medicijnen zijn belangrijk, echter kan dit vele malen goedkoper als bedrijven minder concurrerend te werk gaan.”*

*“big pharma moet worden beteugeld. ziekte/zorg als markt met een verdienmodel is onwenselijk”*

*“niet gelijk naar medicatie, kijken of leefstijl advies effectiever is”*

Ook doen deelnemers concrete suggesties over wat er moet veranderen. Zo wordt gesuggereerd dat de overheid alle inkoop van medicijnen op zich moet nemen, en dat medicatietekorten aangepakt moeten worden. Meerdere deelnemers suggereren ook vooral in te zetten op betaalbare medicijnen. Ter illustratie:

*“Betaalbare medicijnen ontwikkelen en geen medicijnen waar je duizenden euro's voor betaald. Laat dit doen door de overheid aangezien zij als het goed is geen winstoogmerk hebben.”*

*“Ontwikkel medicatie in eigen land in eigen beheer, zodat medicatie tekorten zoals nu vaak voorkomt verminderen. Bovendien zal medicatie in beheer van de Overheid niet meer zoveel kosten.”*

# 3. Bijlagen

## Bijlage A: Informatie onder informatie-icoon per sector

Onderstaande tabellen geven weer welke informatie deelnemers konden bekijken achter de I-knop in de raadpleging, per zorgonderdeel.

Tabel A-3-1: Informatie onder informatie-icoon per sector van de zorg

Sector	Informatie onder informatie-icoon
Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Een huisarts is de eerste zorgverlener waar je naar toe kunt als je problemen hebt met je gezondheid. Huisartsen houden overzicht op de situatie van een patiënt. Ze kennen hun patiënten vaak al jaren.</p> <p>Huisartsen kunnen zelf ongeveer 90% van de klachten behandelen waarmee mensen komen. De rest verwijzen ze door naar het ziekenhuis of andere hulpverleners. Driekwart van de Nederlanders gaat minimaal een keer per jaar naar de huisarts.</p> <p>Niet alleen huisartsen horen bij dit onderdeel van de zorg. Ook de fysiotherapeuten, tandartsen en apotheken horen erbij. Een fysiotherapeut behandelt mensen die moeite hebben met bewegen door bijvoorbeeld pijn in spieren of gewrichten of een blessure. Een tandarts controleert en behandelt het gebit. Bij de apotheek kun je terecht wanneer je medicijnen nodig hebt. De apotheek is er ook om advies te geven over het gebruik van medicijnen.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven hier elk jaar 16 miljard euro aan uit. Dat is 1.000 euro per inwoner.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meer geld uitgeven aan extra personeel. Dan kan iedereen nog ook in de toekomst makkelijk en snel terecht kan bij de huisarts, fysiotherapeut, tandarts en apotheker.</li><li>• Meer geld uitgeven aan extra personeel, zodat huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers meer tijd hebben om te praten met de patiënt.</li><li>• Meer geld uitgeven aan zorg met hulp van computers en internet. Zo kan de huisarts bijvoorbeeld bepaalde zorg via internet geven. Dat kost minder tijd en reizen voor de patiënt en de huisarts.</li></ul> <p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p> <p>Meer geld uitgeven aan de huisartsenzorg levert meer gezondheid op, meer welzijn en economische groei. Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Huisartsen sturen patiënten door naar zorg van specialisten in ziekenhuizen. Door meer geld te besteden aan huisartsenzorg, kunnen zij patiënten beter helpen. Dan hoeven er minder mensen naar het ziekenhuis voor zorg van specialisten.</p>
Ziekenhuis	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Ziekenhuiszorg is zorg die vooral artsen en verpleegkundigen geven in ziekenhuizen. Ziekenhuizen geven zorg aan iedereen die specialistische medische zorg nodig heeft. Dit kan op de spoedeisende hulp, als iemand dringend medische zorg nodig heeft. Of op de afdelingen die patiënten opnemen die een behandeling of operatie nodig hebben. Of op afdelingen waar mensen naar toe komen voor een behandeling. Deze afdelingen heten meestal polikliniek.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven hier elk jaar 25,2 miljard euro aan uit. Dat is 1.500 euro per inwoner.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Investeren in extra personeel en bedden, zodat meer mensen zorg kunnen krijgen en de wachttijden voor specialistische zorg worden verkort.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investeren in extra personeel, zodat mensen betere zorg kunnen krijgen.</li> <li>• Investeren in nuttige medische technologie waardoor mensen betere zorg kunnen krijgen.</li> </ul> <p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p> <p>Meer geld uitgeven aan ziekenhuiszorg zorgt vooral voor meer gezondheid. Dat komt doordat dat ook precies het doel is van ziekenhuiszorg: zieke mensen beter maken. Maar het zorgt ook voor meer welzijn en een betere economie.</p> <p>Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Er zijn geen andere belangrijke effecten dan die op gezondheid, welzijn en economische groei.</p>
Ouderenzorg	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Ouderenzorg geeft hulp en zorg aan mensen die meer en vaker gezondheidsproblemen krijgen als ze ouder worden. Het gaat om problemen met de lichamelijke en de geestelijke gezondheid. Het doel van ouderen zorg is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en leven. Patiënten kunnen de zorg en hulp thuis krijgen. Maar ook in een verzorgingshuis of een verpleeghuis.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven hier elk jaar 12,2 miljard euro aan uit. Dat is 750 euro per inwoner.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer plaatsen maken in verpleeg- en verzorgingshuizen, waardoor meer mensen hier kunnen wonen.</li> <li>• Meer geld uitgeven aan personeel voor thuiszorg. Dan hebben thuiszorgmedewerkers meer tijd per cliënt.</li> </ul> <p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p> <p>Meer geld voor ouderen zorg zorgt vooral voor meer welzijn. En een beetje voor meer gezondheid en economische groei. Dat komt door het doel van de ouderen zorg. Dat is vooral dat oudere mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en leven. Ouderen zorg heeft wat minder het doel om zieke mensen beter te maken en meer te laten meedoen.</p> <p>Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Meer geld voor ouderen zorg kan ervoor zorgen dat mantelzorgers het minder druk hebben. Zij kunnen hun tijd dan anders besteden. Ze hoeven minder te zorgen voor de personen die ze verzorgen. En in plaats daarvan bijvoorbeeld leuke dingen met hen doen. Of zij kunnen bijvoorbeeld meer gaan werken en dat is weer goed voor de economie.</p> <p>Als er meer plaats is in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, dan kunnen oudere mensen daar eerder terecht. Hierdoor komen er sneller huizen vrij voor anderen. En dat is goed voor de huizenmarkt.</p>
Gehandicapten zorg	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Gehandicaptenzorg is de zorg voor en de behandeling van mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. De gehandicaptenzorg zoekt naar de behandeling die zo goed mogelijk past bij een handicap. Gehandicaptenzorg is bedoeld voor personen van alle leeftijden. Mensen met een ernstige beperking hebben vaak hun hele leven zorg nodig.</p> <p>In Nederland krijgen ongeveer 200.000 mensen gehandicaptenzorg (cijfers 2016, VGN). De zorg helpt bij alle kanten van het leven van een persoon, zoals wonen, werken en sociale activiteiten. Het doel van de zorg is vooral om mensen in hun dagelijks leven te helpen. Zo kunnen zij een zo normaal mogelijk leven leiden, en zoveel mogelijk zelfstandig zijn.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven hier elk jaar 9,5 miljard euro aan uit. Dat is 500 euro per inwoner.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer geld uitgeven aan extra personeel, zodat patiënten minder lang hoeven te wachten op goede hulp.</li> <li>• Meer geld uitgeven aan personeel. Dan kunnen medewerkers meer tijd besteden aan patiënten. En zo krijgen patiënten betere hulp.</li> <li>• Meer geld uitgeven aan hulpmiddelen zodat de medewerkers en patiënten die meer kunnen gebruiken.</li> </ul> <p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p>

	<p>De gehandicaptenzorg zorgt vooral voor meer welzijn. Dat komt doordat het doel van deze zorg vooral is om mensen te helpen in hun dagelijks leven. Gehandicaptenzorg heeft wat minder het doel om zieke mensen beter te maken of om ze meer te laten meedoen. Toch zijn die effecten er wel een beetje.</p> <p>Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Meer geld voor gehandicaptenzorg kan ervoor zorgen dat mantelzorgers het minder druk hebben. Zij kunnen hun tijd dan anders besteden. Ze hoeven minder te zorgen voor de personen die ze verzorgen. En in plaats daarvan bijvoorbeeld leuke dingen met hen doen. Of zij kunnen bijvoorbeeld meer gaan werken en dat is weer goed voor de economie.</p>
Geestelijke gezondheidszorg	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is alle zorg voor mensen met psychische problemen. De ggz probeer vooral te zorgen dat mensen geen psychische problemen krijgen. Krijgen ze die toch? Dan probeert de ggz deze mensen te genezen met een behandeling. Sommige mensen hebben een psychische ziekte die niet over gaat, een chronische ziekte. Zij krijgen hulp om een zo normaal mogelijk leven te kunnen leiden. Bij de geestelijke gezondheidszorg horen onder andere de <a href="#">psychiatrie</a>, de <a href="#">psychologie</a> en de <a href="#">verslavingszorg</a>.</p> <p>Veel mensen krijgen een keer psychische problemen waarbij ze professionele hulp nodig hebben. Dit geldt voor ongeveer een kwart van de bevolking.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven hier elk jaar 4,2 miljard euro aan uit. Dat is 250 euro per inwoner.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer geld uitgeven aan personeel. Dan hoeven patiënten minder lang te wachten op goede hulp.</li> <li>• Meer geld uitgeven aan personeel. Dan kunnen hulpverleners meer tijd besteden aan iedere patiënt. Zo krijgen patiënten betere hulp.</li> <li>• Meer geld uitgeven aan betere behandelingen.</li> </ul> <p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p> <p>De ggz zorgt vooral voor meer welzijn. Deze zorg kan bij veel mensen ervoor zorgen dat ze geen psychische problemen krijgen. Of dat hun psychische problemen voorbij zijn.</p> <p>De ggz is ook goed voor de economische groei. Als mensen zich ziekmelden op het werk, dan komt dat vaak door psychische klachten. Hier is dus veel verbetering mogelijk.</p> <p>Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Meer geld voor de ggz zorgt ervoor dat er minder mensen psychisch in de war raken. Mensen die psychisch in de war raken kunnen voor overlast zorgen. Als dit minder gebeurt, hoeft de politie minder vaak in actie te komen.</p>
Preventie zorg door belonen	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Preventieve zorg heeft als doel om te zorgen dat mensen niet ziek worden. En dat ze ook geen zorg nodig hebben in de toekomst. Dat kun je bereiken door gezond gedrag. We kunnen mensen helpen om zich gezonder te gedragen. Ook kunnen mensen zich regelmatig laten onderzoeken, zodat je bepaalde ziektes of problemen al vroeg ontdekt. Hoe kun je mensen helpen om zich gezonder te gedragen? Denk bijvoorbeeld aan hulp bij het stoppen met roken en drinken. Hulp bij genoeg sporten en bewegen. Of hulp bij gezond eten.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven hier elk jaar 3 miljard euro aan uit. Dat is 175 euro per inwoner.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grote groepen mensen onderzoeken om te kijken of ze een bepaalde soort kanker hebben. Bijvoorbeeld prostaatkanker en borstkanker. Of dat ze een grotere kans hebben op een bloeding door zwakke plekken in de aders. Dit heet een aneurysma.</li> <li>• Hulp bij het stoppen met roken of drinken heel goedkoop maken. Dan kunnen meer mensen voor deze hulp kiezen.</li> <li>• Lessen over gezond eten en bewegen heel goedkoop maken. Dit kunnen lessen zijn voor bepaalde doelgroepen. Bijvoorbeeld voor ouderen.</li> <li>• Gezonde producten goedkoper maken. Bijvoorbeeld groenten en fruit.</li> </ul>

	<p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p> <p>Hulp aan mensen om zich gezonder te gedragen zorgt voor meer gezondheid, welzijn en economische groei.</p> <p>Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Het doel van preventieve zorg is om mensen gezond te houden, zodat zij later minder zorg nodig hebben. De effecten daarvan zie je dus vooral terug na langere tijd. Wel is het altijd lastig te bewijzen hoeveel minder zorg er door preventie nodig was.</p>
Preventie zorg door ontmoediging	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Preventieve zorg heeft als doel om te zorgen dat mensen niet ziek worden. En dat ze ook geen zorg nodig hebben in de toekomst. Dat kun je bereiken door gezond gedrag. We kunnen ongezond gedrag lastiger maken, zodat mensen minder dit ongezonde gedrag laten zien.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven in Nederland elk jaar vrijwel geen geld uit aan deze vorm van preventie. Dit komt doordat je dit vooral doet door regels en afspraken te maken die de samenleving geld opleveren. Bijvoorbeeld door bepaalde belastingen hoger te maken. De overheid hoeft hier meestal geen extra geld aan uit te geven.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <p>Eigenlijk gaat het hier dus niet om extra geld. Ongezond gedrag lastiger maken gebeurt vooral door belastingen op ongezonde producten hoger te maken. U kunt aan het volgende denken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensen moeten meer belasting betalen bij tabak en alcohol. Dit soort belasting heet ook wel accijns.</li> <li>• Mensen moeten meer belasting betalen voor andere ongezonde producten, bijvoorbeeld voor producten met veel suiker. Dit soort belasting heet btw.</li> </ul> <p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p> <p>Ongezond gedrag lastiger maken zorgt voor meer gezondheid en economische groei. Het werkt meestal beter dan de andere vorm van preventieve zorg: gezond gedrag aanmoedigen.</p> <p>Ongezond gedrag lastiger maken zorgt voor minder welzijn. Dit komt omdat mensen misschien wel gezonder worden van het straffen van ongezond gedrag, maar ze vinden dit niet leuk. Ze moeten namelijk meer geld betalen. Of de hogere prijzen dwingen hen om hun gedrag te veranderen.</p> <p>Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Deze vorm van preventie levert de overheid meer geld op doordat mensen extra belasting moeten betalen. Dit kan de overheid op een later moment weer aan andere dingen uitgeven. Of de overheid kan er andere belastingen mee verlagen.</p> <p>Het doel van preventieve zorg is om mensen gezond te houden, zodat zij later minder zorg nodig hebben. De effecten daarvan zie je dus vooral terug na langere tijd. Wel is het altijd lastig te bewijzen hoeveel minder zorg er door preventie nodig was.</p>
Innovatieve medicijnen	<p><b>Omschrijving van sector</b></p> <p>Medicijnen zijn belangrijk in het leven van veel Nederlanders. Veel ziektes waren vroeger dodelijk, zoals bijvoorbeeld Aids. Maar door goede medicijnen zijn die ziektes nu niet meer dodelijk. Mensen worden weer beter door de juiste medicijnen. Of ze kunnen blijven werken of langer thuis blijven wonen als ze medicijnen gebruiken. Sommige medicijnen bestaan al heel lang, bijvoorbeeld paracetamol. Daarnaast komen er ook steeds weer nieuwe en betere medicijnen bij. Veel onderzoekers zijn bezig om medicijnen te maken voor ziekten waar op dit moment nog geen goede behandeling voor is. Nieuwe medicijnen zijn daarom vooral goed voor een kleine groep mensen met een ziekte die niet vaak voorkomt. Voor deze mensen hebben deze medicijnen wel veel effect.</p> <p><b>Hoeveel geld geven we jaarlijks uit aan deze zorg?</b></p> <p>We geven hier elk jaar 2,4 miljard euro aan uit. Dat is 150 euro per inwoner.</p> <p><b>Wat kunnen we doen met extra geld voor deze zorg?</b></p> <p>Nieuwe en betere medicijnen maken is erg duur. Dat komt omdat er eerst veel onderzoek voor nodig is. Wat kan er gebeuren met extra geld?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer geld uitgeven aan onderzoeken, zodat er voor meer ziektes een medicijn kan komen.</li> <li>• Meer geld uitgeven aan onderzoeken, zodat nieuwe medicijnen sneller klaar zijn om echt te gebruiken voor patiënten.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer medicijnen betalen voor de patiënt. Sommige medicijnen zijn heel duur. Zo kunnen patiënten deze toch krijgen.</li> </ul> <p><b>Wat zijn de effecten op gezondheid, welzijn en economie?</b></p> <p>Meer geld uitgeven aan nieuwe en betere medicijnen zorgt vooral voor meer gezondheid. Dat komt doordat dat ook precies het doel is van medicijnen: zieke mensen beter maken.</p> <p>Meer geld uitgeven zorgt ook voor meer welzijn en een betere economie. Net als bij ziekenhuiszorg.</p> <p>Hoe groot de effecten zijn, ziet u in het schema hieronder.</p> <p><b>Welke andere effecten zijn er als we meer geld besteden aan deze zorg?</b></p> <p>Onderzoek naar nieuwe en betere medicijnen zorgt ervoor dat de wetenschap verder ontwikkelt. Ook kan dit onderzoek ervoor zorgen dat op andere plekken de gezondheidszorg beter wordt.</p>
--	---

Onderstaande tabel geeft weer welke bedragen zijn gebruikt om het huidige budget per inwoner per jaar te berekenen.

Tabel A-3-2

Sector	'Onderdeel' in onderzoek	Bedrag (x miljoen euro)	Jaar	Bron
Huisartsen	Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg	3.90	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
Wijkverpleging	Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg	3.30	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
Paramedische Zorg	Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg	1.80	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
Apotheek en geneesmiddelen	Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg	5.00	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
Tandarts	Huisartsen en andere vrij toegankelijke zorg	2.00	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
MSZ (ex dure geneesmiddelen)	Ziekenhuiszorg	25.20	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
Dure geneesmiddelen	Innovatieve medicijnen	2.40	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
GGZ	GGZ	4.20	2020	Trends in sectoren   Stand van de zorg 2021   NZa-Magazines
GZ	Gehandicaptenzorg	9.54	2020	Kerncijfers langdurige zorg   Langdurige zorg   Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl)
V&V	Ouderenzorg	12.19	2020	Kerncijfers langdurige zorg   Langdurige zorg   Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl)
Preventieve gezondheidszorg	Preventieve zorg door belonen	2.99	2015	Kosten van preventie   Cijfers & Context   Volksgezondheidszorg.info



## Bijlage B: Uitgebreide weergave van de quotes van deelnemers

Hieronder volgen per zorgonderdeel de argumenten van de deelnemers waarom zij hier wel of niet meer geld aan zouden uitgeven. De argumenten gelden voor beide experimenten. Per argument presenteren we meerdere quotes.

### Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijke naartoe kan

Tabel B- 1 geeft meerdere quotes weer bij de argumenten die deelnemers hebben gegeven om meer of minder zorgbudget toe te bedelen aan huisartsenzorg en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naartoe kan.

Tabel B- 1: Quotes bij argumentatie huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naartoe kan

Argumenten bij onderdeel: huisartsenzorg en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Vorkomen is beter dan genezen (preventie)	<p>“De basis moet makkelijker en beter toegankelijk zijn, goede basis is het halve werk. Beter iets in het begin aanpakken voor het groter wordt en meer kosten nodig zijn.”</p> <p>“Helpt ook bij preventie.”</p> <p>“Als je ziektes en klachten vroeg behandeld bespaar je later kosten op duurdere ingrepen.”</p> <p>“De huisarts is de poortwachter zij doen veel preventief werk.”</p>
Deze zorg moet financieel toegankelijk/laagdrempelig zijn	<p>“Deze zorg moet laagdrempelig blijven zodat iedereen snel bij een huisarts terecht kan.”</p> <p>“Iedereen zou gemakkelijk naar de huisarts moeten kunnen gaan.”</p> <p>“Moet voor iedereen toegankelijk zijn.”</p> <p>“Iedereen moet makkelijk over zorg kunnen beschikken.”</p> <p>‘Dat niemand door geld de zorg links laat liggen.’</p>
Vitale functie zorgsysteem	<p>“De huisarts is het eerste aanspreekpunt. Die is instaat een totaalplaatje van de patiënt te maken. Schaf een groot deel van de administratie af. “</p> <p>“Lijkt me logisch, huisartsen zijn cruciaal in de gezondheid van een mens.”</p> <p>“Is noodzakelijk en altijd het eerste aanspreekpunt.”</p> <p>“Ze zijn de eerste waar we naar toe gaan.”</p>
Capaciteit is te laag	<p>“Huisartsen hebben te weinig tijd om voldoende aandacht aan hun patiënten te geven.”</p> <p>“Is nu al erg overbelast dus heeft meer nodig.”</p> <p>“Huisartsen hebben het erg druk.”</p>
<b>Argumenten tegen</b>	
Deze zorg moet minder toegankelijk/hoogdrempelig zijn	<p>“Men zou moeten demotiveren dat mensen voor elk wissewasje naar de dokter gaan eventueel zelf laten betalen.”</p> <p>“Te veel mensen gaan om alles naar de huisarts.”</p> <p>“Iets meer drempel voor onzin bezoek.”</p> <p>“De enorme drukte dat iedereen voor het geringste naar de doctor gaat moet men demotiveren en dat kan met kostenverhoging en met onlineadvies sites.”</p>

Minder snel doorverwijzen naar het ziekenhuis	“De huisartsen kosten mogen zeker goedkoper worden. Let wel, met als achterliggend gedachte dat vanuit de huisarts het meest wordt doorverwezen naar ziekenhuizen waardoor de kosten snel kunnen stijgen. De huisarts zou dus minder snel moet verwijzen naar ziekenhuis specialist.”
Zorgkosten zijn nu al te hoog	“Veel te veel.” “De kosten zijn dragelijker dan in het vorige en ook voor velen betaalbaarder meer dan 200 per maand is een groot bedrag voor de minima.”
Lagere kosten door meer efficiëntie/digitalisatie	“Meer online en op afstand zou de kosten wat kunnen drukken.” “Zorg dat huisartsen ook op andere manieren zorg kunnen geven bv via internet consult of telefonische hulp dan voorkom je dat mensen onnodig bij de huisarts langs gaan.” “Ja hoor ik denk dat dit veel beter georganiseerd kan worden d.m.v. technologie. Bijvoorbeeld monitoren gezondheid digitaal. Afspraken via zoom. Minder administratieve rotzooi.”

## Ziekenhuiszorg

In Tabel B- 2 worden meerdere quotes weergegeven bij de argumenten voor en tegen voor het verhogen van het zorgbudget voor de ziekenhuiszorg.

Tabel B- 2: Quotes bij argumentatie ziekenhuiszorg

Argumenten bij onderdeel: Ziekenhuiszorg	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Capaciteit te laag	“Is nu al erg overbelast dus heeft meer nodig.” “Neemt altijd toe, is veel geld nodig.” “Meer mensen gaan naar zieken huizen door huisartsen of ziekte behandelen ouderen.”
Vitale functie zorgsysteem	“Veel zorg voor ernstig zieken moet daar plaats vinden.” “Ziekenhuiszorg is de meest belangrijke in de verdeling.” “De ziekenhuizen worden momenteel gesloten en de tijd om op het platteland naar een ziekenhuis te kunnen (bij nood) is bijna een uur.” “Deze zorg mag niet op bezuinigd worden.” “Dat is de plek waar mens meestal naartoe gaat.” “Zelfde, zonder goede ziekenhuizen geen goede gezondheid voor mensen met een probleem.” “Mensen die een ziekenhuis zorg nodig hebben doen dat niet voor niks.”
Deze zorg moet financieel toegankelijk/laagdrempelig zijn	“Ziekenhuizen moeten meer toegankelijk zijn zodat mensen eerder en beter geholpen kunnen worden bij klachten en niet te lang rond blijven lopen hier mee.”
Investeren in kennis	“Kennis voor ernstige behandelingen zodat het goed verloopt.”
<b>Argumenten tegen</b>	
Lagere kosten door meer efficiëntie/digitalisatie	“Efficiënter werken en minder papieren rompslomp levert veel op, waardoor er meer handjes beschikbaar komen om mensen te helpen aan bed.” “Nog efficiënter werken.” “Ziekenhuiszorg zou minder moeten gaan kosten. De 1ste en 2de hulplijn zouden beter moeten gaan beoordelen alvorens men doorverwijst naar een 3de lijn specialist/ chirurgie. Er werd voor de Covid-19 pandemie veel te makkelijk doorverwezen en geopereerd.”

	“Overhead en salarissen van bestuurders drastisch verminderen.”
Ontlasten door preventie	“Maatschappij drukt te veel op de zorg terwijl men gemakkelijk veel zelf kan doen.” “Zou lager kunnen met meer preventie.”
Kosten zijn nu al te hoog	“Omdat de kosten langzaamaan onbetaalbaar worden.” “Te duur.” “Ziekenhuiszorg is voor mensen die al erg ziek zijn en kan hoge rekeningen opleveren die soms onbetaalbaar zijn.”
Deze zorg moet minder toegankelijk/hoogdrempelig zijn	“Meer naar de huisarts.” “Zoveel mogelijk thuis herstellen.”

## Ouderenzorg

De argumenten voor het verhogen of verlagen van het zorgbudget voor de ouderenzorg met meerdere quotes staan in Tabel B- 3.

Tabel B- 3: Quotes bij argumentatie ouderenzorg

Argumenten bij onderdeel: Ouderenzorg	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Vergrijzing	“Er komen steeds meer ouderen bij.” “Noodzakelijk i.v.m. gemiddeld ouder worden van de bevolking.” “Er is steeds meer vergrijzing dus moet er ook meer zorg komen.” “Door de vergrijzing is dit geld hard nodig.” “We worden met zijn allen steeds ouder dus meer verzorging nodig.”
Ouderen verdienen goede zorg	“Deze generatie heeft ons land opgebouwd en dragen nog steeds bij aan de economie doordat ze meer uitgeven.” “Ouderen verdienen de beste zorg.” “Deze mensen hebben het opgebouwd ze verdienen het.” “Deze mensen hebben Nederland op poten gezet na de oorlog.” “Eerder al gaf ik aan dat beide groepen zowel gehandicapten als ouderenzorg vaak een Hogere zorg nodig hebben dan gemiddeld. Dus voor beide groepen evenveel budget.”
Vitale functie ouderenzorg	“Wij worden allemaal ouder en willen dan ook geholpen worden.” “Ouderenzorg is erg belangrijk.” “Iedereen wordt ouder en deze mensen moeten ten aller tijden goede zorg krijgen.” “We weten allemaal dat ouderen zorg nodig hebben, en dat is essentieel.” “Belangrijk dat zij niets tekortkomen.”
Er gaat nu te weinig geld naar de ouderenzorg	“Het is triest hoe ouderen ervoor staan, geen pensioen indicatie, leven van maand tot maand en moeten in hun huis blijven tot hun dood terwijl ze niet zelfredzaam zijn.” “Ouderen worden verwaarloosd in onze maatschappij.”
<b>Argumenten tegen</b>	

Eigen verantwoordelijkheid	<p>“Word al veel aangedaan, plus heel veel ouderen zijn financieel in staat zelf voor extra zorg te zorgen.”</p> <p>“Zijn zelf ook tot veel in staat.”</p> <p>“Maatschappij drukt te veel op de zorg terwijl men gemakkelijk veel zelf kan doen.”</p>
Geld kan beter naar andere zorg	<p>“I prefer to pay for babies.”</p>
Lagere kosten door meer efficiëntie/digitalisatie	<p>“Je kunt deze mensen niet in de kou laten staan maar je zult ook moeten gaan kijken het efficiënter te budgetteren, er blijft veel geld hangen in bureaucratie en bestuurders.”</p> <p>“Beter regelen in plaats van meer uitgeven.”</p> <p>“Ik denk dat er andere keuzes gemaakt moeten worden. Ik vind het onjuist dat bejaardentehuizen worden gesloten. Centraal georganiseerde zorg is veel efficiënter.”</p>
Kosten zijn te hoog voor de maatschappij	<p>“Kosten voor de burger zijn al te hoog.”</p>

## Gehandicaptenzorg

Tabel B- 4 geeft meerdere quotes weer bij de argumenten die deelnemers hebben gegeven om meer of minder zorgbudget toe te bedelen aan gehandicaptenzorg.

Tabel B- 4: Quotes bij argumentatie gehandicaptenzorg

Argumenten bij onderdeel: Gehandicaptenzorg	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Blijvende kosten	<p>“Heeft altijd zorg nodig, dit is blijvend.”</p> <p>“Dat is gelijk gebleven.”</p>
Gehandicapten hebben recht op goede zorg	<p>“Ook zij hebben recht op een kwalitatief leven.”</p> <p>“Dienen geïntegreerd te worden [indien mogelijk] in het arbeidsproces waar dan ook.”</p> <p>“Gehandicapten moeten sowieso geholpen worden.”</p>
Verbetering nodig	<p>“Niet iedereen krijgt de juiste zorg omdat er geen budget is.”</p> <p>“Verbetering nodig, dus geld.”</p> <p>“Veel geldproblemen daar.”</p> <p>“Meer hulp.”</p>
Vitale functie zorgsysteem	<p>“Gehandicapten en ouderenzorg zijn veelal identiek. Beide groepen kunnen van gemiddeld tot zeer hoge zorg nodig hebben vandaar de keuze om het budget over beide groepen gelijk te verdelen.”</p> <p>“Belangrijk onderdeel.”</p> <p>“Deze mensen zijn echt afhankelijk.”</p> <p>“Door het meisje niet minderwaardig te laten voelen en door alle mogelijkheden te bieden, wordt ze beter.”</p>
Mensen die deze zorg nodig hebben kunnen er niks aan doen	<p>“Gehandicapten hebben (zeer vaak) niet zelf in de hand dat ze gehandicapt zijn geworden.”</p> <p>“Is nodig want wie zo geboren wordt, heeft daar niet om gevraagd.”</p> <p>“Het zal je maar overkomen.”</p>
<b>Argumenten tegen</b>	

Er wordt nu al te veel geld uitgegeven aan deze zorg	<p>“Voldoende middelen aanwezig voor mantelzorg en dergelijke.”</p> <p>“Dat kan wel wat minder.”</p> <p>“Dit is lastig om hierop te bezuinigen, maar zou na lang wikken en wegen jammerlijk tot de mogelijkheden moeten behoren.”</p>
Lagere kosten door meer efficiëntie	<p>“Bureaucratie drastisch verminderen en landelijk gelijktrekken, waar je b.v. in de ene gemeente zonder problemen een scootmobiel of ander hulpmiddel krijgt, lukt dat bij een volgende gemeente voor hetzelfde geval niet of met eigen bijdrage.”</p> <p>“Je kunt deze mensen niet in de kou laten staan maar je zult ook moeten gaan kijken het efficiënter te budgetteren, er blijft veel geld hangen in bureaucratie en bestuurders.”</p>
Eigen verantwoordelijkheid	<p>“Maatschappij drukt te veel op de zorg terwijl men gemakkelijk veel zelf kan doen.”</p> <p>“Mantelzorg.”</p>
Geld kan beter naar andere zorg	<p>“Ik vind dat er meer naar weekend ziekte moet gaan.”</p>

## Geestelijke gezondheidszorg

In Tabel B- 5 worden meerdere quotes weergegeven bij de argumenten voor en tegen voor het verhogen van het zorgbudget voor de geestelijke gezondheidszorg.

Tabel B- 5: Quotes bij argumentatie geestelijke gezondheidszorg

Argumenten bij onderdeel: Geestelijke gezondheidszorg	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Voorkomen is beter dan genezen (preventie)	<p>“Dit voorkomt dat mensen langdurig ziek zijn.”</p> <p>“Inzetten op lifestyle.”</p> <p>“Deze tijden hebben meer vraag naar geestelijke gezondheidszorg en voorkomen of gelijk aanpakken is beter als genezen of nog ernstiger problematiek moeten vergaren in de toekomst.”</p>
Vitale functie zorgsysteem	<p>“Geesteszieken kunnen een gevaar voor de mensheid zijn en moeten goed geholpen worden.”</p> <p>“Heel belangrijk is dat een mens zich goed voelt veel uitval nu door slechte geestelijke gezondheid. Hierdoor krijg je ook weer meer personeel in ouderzorg en gehandicaptenzorg.”</p> <p>“Voor veel mensen noodzakelijk.”</p> <p>“We zijn meerdere psychische aandoeningen geworden in onze samenlevingen en mogen niet over het hoofd worden gezien.”</p> <p>“Zorgen dat mensen met een stoornis niet loslopen zonder hulp.”</p>
Toenemend probleem	<p>“Vooral nu na de epidemie hebben veel mensen behoefte aan goede geestelijke gezondheidszorg.”</p> <p>“Meer problemen sinds Covid19.”</p> <p>“Schijnt uit de hand te lopen.”</p> <p>“Speelt vooral nu heel erg.”</p>
Capaciteit is nu te laag	<p>“GGZ is een puinhoop, enorme wachtlijsten.”</p> <p>“De geestelijke gezondheid van mensen is op een dramatisch laag niveau, voor hulp sta je in de wachtrij.”</p>

Positief effect op lange termijn	<p>“Dit verbeteren levert zowel welzijn als economisch voordeel op.”</p> <p>“Als mensen gezonder leven en bewegen en sneller hulp krijgen blijven de kosten lager.”</p>
Deze zorg moet financieel toegankelijk/laagdrempelig zijn	<p>“Hier is al te veel op bezuinigd.”</p> <p>“Mentale ziektes zijn moeilijk te zien en het moet niet moeilijker gemaakt worden om het ook nog te betalen.”</p>
<b>Argumenten tegen</b>	
Lagere kosten door meer efficiëntie	<p>“Het kan zuiniger.”</p>
Minder geld naar deze zorg	<p>“Gaat al veel geld naar toe.”</p> <p>“Op gebied van geestelijke zorg mag wel bezuinigd worden.”</p>
Eigen verantwoordelijkheid	<p>“Geestelijke gezondheidszorg kan ook voor een groot deel door de persoon zelf gedaan worden door zelfzorgzaamheid.”</p> <p>“Dat is iets waar je als persoon meest zelf verantwoordelijk bent.”</p> <p>“Belangrijk dat mensen het zelf bepalen.”</p>
Deze zorg moet minder toegankelijk/hoogdrempelig zijn	<p>“Maatschappij drukt te zwaar op de zorg terwijl men gemakkelijk zelf veel kan doen.”</p>

## Preventie: aanmoedigen gezond gedrag

De argumenten voor het verhogen of verlagen van het zorgbudget voor het aanmoedigen gezond gedrag (preventie) met meerdere quotes staan in Tabel B- 6.

Tabel B- 6: *Quotes bij argumentatie aanmoedigen gezond gedrag (preventie)*

Argumenten bij onderdeel: Preventie; gezond gedrag aanmoedigen	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Voorkomen is beter dan genezen (preventie)	<p>“Des te gezonder men leeft, des te minder zorg men nodig heeft.”</p> <p>“Kinderen moeten vanaf jong aangemoedigd worden om gezond te eten en sporten.”</p> <p>“Je kan mensen motiveren gezonder te eten waardoor ze minder klachten ontwikkelen.”</p> <p>“Voorzetting van het Preventieakkoord en uitbreiding van de maatregelen. Alcohol- en drugsgebruik zeer sterk ontmoedigen. Het lijkt steeds meer gemeengoed, maar dit zijn doorgaans gewoon harddrugs. Preventie moet de usance worden. Middelen die de consumptie beletten behoren naar mijn mening niet tot de taboes. Suiker/zout en dergelijke in voedsel en dranken gefaseerd verminderen, accijnzen van tabak progressief verhogen etc.”</p> <p>“Betere preventie levert minder ziektes op.”</p>
Heeft economische voordelen op lange termijn	<p>“Gezond gedrag aanmoedigen helpt te kosten van de zorg te verlagen. Het aanmoedigen kan o.a. door belastingmaatregelen.”</p> <p>“Levert meerwaarde op.”</p> <p>“Om ziektekosten te verlagen.”</p>
Vitale functie zorgsysteem	<p>“Zorg ervoor dat de mensen met de minste inkomen ook gezond kunnen eten. Verplicht fastfoodrestaurant een gezondere hap aan te bieden.”</p>

	"Omdat het voor iedereen heel erg belangrijk is dat die zorg krijgt."
<b>Argumenten tegen</b>	
Eigen verantwoordelijkheid	"De overheid mag zich niet met de levenswijze van de burgers bemoeien, ook al is dat in hun ogen ongezond." "Hier kan het individu meer zijn eigen verantwoordelijkheid nemen." "Verantwoordelijkheid bij de burger, de overheid hoeft volwassenen niet dingen te verbieden, het zogenaamde betuttelen, maak wel, gezond eten goedkoper zoals groenten en fruit!!" "Gezond gedrag is de verantwoordelijkheid van de mens zelf." "Preventie mag meer vanuit gezinnen, thuis aangemoedigd worden."
Zorgkosten zijn al te hoog	"Daar gaat genoeg geld al naar toe en kan in bezuinigd worden." "Kosten voor de burger zijn al te hoog."
Extra geld heeft geen zin	"Dat helpt toch niet echt. Je moet daar zelf achter staan anders werkt het toch niet." "Is niet nodig dat kunnen de mensen zelf wel." "Zo laten, want het gros van de mensen trekt zich geen bal aan van alle goede bedoelingen."

## Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag

Tabel B- 7 geeft meerdere quotes weer bij de argumenten die deelnemers hebben gegeven om wel of niet in te zetten op het ontmoedigen van ongezond gedrag (preventie).

Tabel B- 7: Quotes bij argumentatie ontmoedigen ongezond gedrag (preventie)

Argumenten bij onderdeel: Preventie; ontmoedigen ongezond gedrag	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Vorkomen is beter dan genezen (preventie)	"Voorkomen is beter dan genezen, kost niks dus doen." "Het kost niets maar het levert wat op." "Betere voorlichting." "Prima voor de jeugd wat onze toekomst wordt."
Heeft economische voordelen op lange termijn	"Ongezond gedrag is erg duur voor samenleving." "Ik ga ervan uit dat dit de kosten voor gezondheidszorg zal drukken."
Efficiënte aanpak	"Om gezond te worden zal je ongezond gedrag moeten beperken en veranderen." "Ongezond gedrag is ook het blokkeren van zogenaamde gezondheid claims van fabrikanten b.v. magere of vetvrije producten, deze barsten wel van de E-nummers die niet gezond zijn en allerlei bijwerkingen kunnen hebben, zo worden er verstopt suikers en vetten toegevoegd die ultimo slechter zijn dan het volle product, mits met mate geconsumeerd." "Dit kan beter idd."
<b>Argumenten tegen</b>	
Extra geld heeft geen zin	"Ieder doet toch zelf wat hij wil en stiekem heeft juist averechts effect."

	<p>“Nee dat ia meer belasting innen, mensen die trek in iets ongezonds hebben doen het toch wel, legaal of illegaal.”</p> <p>“Ik vind dat de overheid hier zich niet mee moet bemoeien. Vleestaks of Co2 budget, communistische nannystate taferelen.”</p> <p>“Heeft minder invloed dan gedacht.”</p>
Eigen verantwoordelijkheid	<p>“Kan je doen maar is en blijft de eigen keus die de mens maakt.”</p> <p>“Laat die maar betalen.”</p> <p>“Wederom verantwoordelijkheid van de mens zelf.”</p>
Gezond leven aanmoedigen is effectiever	<p>“Gezond leven aanmoedigen.”</p> <p>“Goed om mensen gezond te laten leven en te helpen.”</p>
Zorgkosten zijn al te hoog	<p>“Kosten voor de burger zijn al te hoog.”</p>
Andere manieren die beter werken	<p>“Regulering is goedkoper.”</p>

## Nieuwe en betere medicijnen

De argumenten voor het verhogen of verlagen van het zorgbudget voor nieuwe en betere medicijnen met meerdere quotes staan in Tabel B- 8.

Tabel B- 8: *Quotes bij argumentatie nieuwe en betere medicijnen*

Argumenten bij onderdeel: Nieuwe en betere medicijnen	Quote
<b>Argumenten voor</b>	
Goede vervanging van bestaande medicijnen	<p>“Met betere medicijnen kunnen mensen beter geholpen worden met hun klachten waardoor ze in hun leven meer kunnen presteren.”</p> <p>“Wordt nu te veel naar de goedkopere medicijnen gegrepen. En men zegt toch altijd...goedkoop is duurkoop.”</p> <p>“Kunnen uiteindelijk en goedkoper worden en geven beter resultaat op alle vlakken.”</p> <p>“Mensen zijn hierdoor eerder genezen.”</p>
Deze zorg moet financieel toegankelijk/laagdrempelig zijn	<p>“Belangrijk iedereen die het nodig heeft, moet het krijgen.”</p> <p>“Iedereen moet gezond kunnen leven.”</p>
Vitale functie zorgsysteem	<p>“Elementair in de gezondheidszorg.”</p> <p>“Goede medicatie is erg belangrijk.”</p> <p>“Omdat het belangrijk is.”</p>
Heeft economische voordelen op lange termijn	<p>“Zodra er betere medicijnen komen kunnen de kosten in de andere sectoren binnen de gezondheidszorg beter/efficiënter worden ingezet.”</p> <p>“Nieuwe en betere medicijnen hebben meer effect op de zorg en verdienen zichzelf op de duur terug.”</p> <p>“Meer genezen, lagere kosten = betere zorg met uiteindelijk minder kosten.”</p>
Positieve effecten op de gezondheid	<p>“Ondersteunen het verkorten van of helpen beter tegen de aandoeningen.”</p> <p>“Om andere ziekten te kunnen uitbannen.”</p>



Meer investeren in kennis	<p>“Veel meer onderzoeken en effectieve medicijnen.”</p> <p>“Innovatie en verbeteringen zijn altijd op z'n plaats. Meer budget naar onderzoek van medicijnen mede gefinancierd door de huisarts en ziekenhuis afdeling(en). Zowel huisarts als Specialist krijgen beide een redelijke commissie van de Farmacie, dus zo compenseert zich dat weer vanzelf. Mocht een nieuw medicijn ook echt aanslaan dan is het een win-win situatie.”</p> <p>“Het investeren in medicijnen en juist de samenwerking tussen de reguliere en alternatieve geneeswijze zou in mijn optiek perfect zijn. Niet enkel inzetten op pijnbestrijding van die ene kwaal, maar juist inzetten op een mooie balans van het gezonde lichaam (in spe).”</p>
<b>Argumenten tegen</b>	
Zorgkosten zijn al te hoog	<p>“Medicijnen worden steeds beter maar dat beter ook duurder.”</p> <p>“Kost al genoeg.”</p>
Systeem moet anders	<p>“Vooral het kijken naar juiste medicijnen niet de goedkoopste en alleen maar wisselen. Keuzen van medicijnen moet bij artsen liggen niet bij verzekeringsmaatschappijen die allen voor de goedkoopste gaan.”</p> <p>“Meer Europees aanpakken.”</p> <p>“Focus op effectieve medicijnen en voer geen mislukte handel op mensen uit.”</p> <p>“De overheid moet, naar Engels NHS model, de inkoop van alle medicijnen overnemen. Dat bespaart enorme hoeveelheden geld, dat nu in de zakken van farmaceuten en verzekeraars verdwijnt. Bijvoorbeeld: in Nederland kost een doos Diclovenac 40 euro, terwijl datzelfde doosje in Spanje slechts 2 euro kost. Dat is een verkeerde vorm van marktwerking. Het kost hier 40 omdat de verzekeraar dat ervoor durft te vergoeden.”</p>
Er zijn ook andere opties dan medicijnen	<p>“Veel kan door mentaal gezond leven ook opgelost worden.”</p> <p>“Niet steeds nieuwe en duurdere medicijnen maken.”</p>

## Bijlage C: Resultaten LCCA per experiment

Hieronder volgen twee tabellen met daarin de uitkomsten van de LCCA's voor elk van de twee experimenten. In deze LCCA's zijn zowel de persoonskenmerken als de mening over de stellingen over het gezondheidsbeleid in Nederland getoetst. Alleen de kenmerken die significant verschillen tussen de clusters zijn opgenomen.

Tabel C-1: LCCA voor experiment 1

	Cluster 1 (59%)	Cluster 2 (37%)	Cluster 3 (4%)
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	€2	€31	-€111
Ziekenhuiszorg	€7	€44	-€107
Ouderenzorg	€16	€73	-€118
Gehandicaptenzorg	-€4	€66	-€111
Geestelijke gezondheidszorg	€16	€65	-€116
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€9	€27	-€96
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Nieuwe en betere medicijnen	€18	€56	-€104
<i>Totaal</i>	€64	€362	-€763
<b>Kenmerken van het cluster</b>			
We geven in Nederland te veel geld uit aan gezondheidszorg – (zeer) eens	35%	23%	56%
We moeten in Nederland meer geld uitgeven aan vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Anders kunnen we over 10 jaar de zorg niet meer betalen – (zeer) eens	66%	81%	57%
In Nederland kan iedereen die zorg nodig heeft terecht bij de zorg – (zeer) eens	61%	66%	48%
De zorg moet zich alleen richten op het verbeteren van de gezondheid van mensen, en niet op andere uitkomsten – (zeer) eens	42%	47%	61%
De zorg moet zich meer richten op het verbeteren van het welzijn van mensen. Dus op hoe goed ze zich voelen, of ze nu ziek zijn of niet.	51%	64%	60%

Tabel C-2: LCCA voor experiment 2

	Cluster 1 (59%)	Cluster 2 (37%)	Cluster 3 (4%)
Huisartsen en andere zorg waar iedereen gemakkelijk naar toe kan	-€1	€44	-€99
Ziekenhuiszorg	€4	€55	-€100
Ouderenzorg	€12	€70	-€137
Gehandicaptenzorg	-€2	€55	-€114
Geestelijke gezondheidszorg	€11	€68	-€126
Preventie: aanmoedigen gezond gedrag	€10	€17	-€103
Preventie: ontmoedigen ongezond gedrag	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Nieuwe en betere medicijnen	€16	€57	-€75
<i>Totaal</i>	€50	€366	-€754
<b>Kenmerken van het cluster</b>			
We geven in Nederland te veel geld uit aan gezondheidszorg – (zeer) eens	35%	26%	59%
De kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland is hoog – (zeer) eens	64%	66%	41%
We moeten in Nederland meer geld uitgeven aan vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Anders kunnen we over 10 jaar de zorg niet meer betalen – (zeer) eens	66%	76%	61%
De zorg moet zich alleen richten op het verbeteren van de gezondheid van mensen, en niet op andere uitkomsten – (zeer) eens	43%	49%	71%
18-34 jaar	26%	32%	38%
65 plus	21%	27%	11%
Hoog opgeleid	41%	33%	33%
Laag opgeleid	21%	24%	42%
Zorg gebruikt in de afgelopen drie maanden	56%	75%	62%

Tabel C-3-3: Volledige versie van de LCCA-resultaten van de stellingen over gezondheidszorg

	Cluster 1 (38%)	Cluster 2 (25%)	Cluster 3 (16%)	Cluster 4 (15%)	Cluster 5 (6%)
<b>We geven in Nederland te veel geld uit aan gezondheidszorg.</b>					
Zeer eens	39%	5%	15%	30%	3%
Eens	19%	34%	10%	32%	14%
Neutraal	21%	26%	12%	14%	69%
Oneens	50%	31%	21%	13%	11%
Zeer oneens	8%	4%	42%	11%	3%
<b>De kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland is hoog.</b>					
Zeer eens	10%	9%	10%	45%	0%
Eens	55%	70%	25%	42%	14%
Neutraal	24%	14%	22%	10%	75%
Oneens	10%	6%	28%	2%	7%
Zeer oneens	0%	0%	14%	0%	3%
<b>We moeten in Nederland meer geld uitgeven aan vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Anders kunnen we over 10 jaar de zorg niet meer betalen.</b>					
Zeer eens	11%	9%	42%	51%	9%
Eens	58%	69%	26%	29%	19%
Neutraal	25%	18%	13%	13%	70%
Oneens	5%	4%	12%	4%	2%
Zeer oneens	0%	0%	7%	3%	0%
<b>In Nederland kan iedereen die zorg nodig heeft terecht bij de gezondheidszorg.</b>					
Zeer eens	9%	5%	9%	57%	0%
Eens	51%	78%	23%	32%	15%
Neutraal	23%	13%	23%	7%	69%
Oneens	16%	4%	29%	3%	14%
Zeer oneens	0%	0%	17%	0%	2%
<b>Veel mensen besluiten te gemakkelijk om naar de dokter te gaan of andere zorg te gebruiken. We moeten zorgen dat ze dat minder snel doen.</b>					
Zeer eens	5%	7%	7%	44%	0%
Eens	23%	61%	16%	31%	8%

Neutraal	37%	20%	18%	17%	83%
Oneens	33%	11%	28%	5%	6%
Zeer oneens	1%	1%	30%	3%	3%

**De zorg moet zich alleen richten op het verbeteren van de gezondheid van mensen, niet op andere uitkomsten.**

Zeer eens	5%	3%	2%	59%	26%
Eens	52%	34%	17%	19%	18%
Neutraal	22%	31%	68%	7%	15%
Oneens	20%	29%	11%	6%	11%
Zeer oneens	2%	2%	1%	7%	30%

**De zorg moet zich meer richten op het verbeteren van het welzijn van mensen. Dus op hoe goed ze zich voelen, of ze nu ziek zijn of niet.**

Zeer eens	5%	37%	2%	72%	21%
Eens	72%	37%	26%	18%	13%
Neutraal	18%	34%	68%	9%	24%
Oneens	5%	27%	3%	1%	12%
Zeer oneens	0%	0%	1%	0%	29%

**De zorg moet zich meer richten op dat mensen meer kunnen gaan werken. Of op dat ze op een andere manier meer mee kunnen doen in de samenleving.**

Zeer eens	9%	2%	0%	52%	10%
Eens	74%	15%	21%	25%	9%
Neutraal	17%	29%	77%	19%	14%
Oneens	0%	51%	1%	4%	20%
Zeer oneens	0%	3%	1%	0%	46%

**De overheid moet zich niet zelf bezighouden met vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Dit moet de overheid door andere organisaties laten doen.**

Zeer eens	3%	5%	23%	40%	0%
Eens	37%	59%	22%	23%	2%
Neutraal	34%	24%	23%	17%	96%
Oneens	23%	11%	14%	8%	0%
Zeer oneens	3%	2%	2%	11%	2%

**Kenmerken van de clusters**

Vrouw	52%	51%	57%	38%	58%
18-34 jaar	30%	16%	49%	23%	34%

35-64 jaar	53%	44%	45%	46%	58%
Hoog opgeleid	41%	33%	33%	46%	20%
Laag opgeleid	18%	27%	26%	23%	32%
Voltijd	35%	36%	34%	47%	40%
Niet werkend	45%	45%	36%	36%	40%
Werkend in de zorg	12%	12%	24%	25%	11%
Verricht mantelzorg	19%	30%	33%	32%	29%
(Heel) goede gezondheidsstatus	61%	68%	57%	72%	58%
Verwacht zorg te gebruiken in komende 3 maanden	64%	56%	69%	65%	40%