

Een houdbaar stelsel?

door Frans Hoefnagel en Tineke Stegeman

Het artikel van mevrouw Roscam Abbing geeft een goed overzicht van de huidige stand van zaken van de gezondheidszorg en het overheidsbeleid, maar we menen dat een aanvulling nuttig is, met name met het oog op de nabije toekomst. Wij willen ons richten op verschillende ontwikkelingen die de komende jaren steeds intensiever van buitenaf op de volksgezondheid en het overheidsbeleid dienaangaande zullen inwerken. Deze ontwikkelingen roepen nieuwe politieke vragen op en D66 zal in dit sterk veranderende medische landschap haar positie moeten bepalen. Over een aantal van deze vragen, in relatie tot demografische verschuivingen, technologie en toenemende economisering en internationalisering gaat onze bijdrage.

Demografische verschuivingen

De Nederlandse bevolking verouderd. Deze veroudering heeft twee componenten: mensen leven langer, er komen dus meer ouderen, en het geboortecijfer is teruggelopen, waardoor het aantal jongeren afneemt. Dat is een geleidelijke ontwikkeling. Daarbovenop heeft zich in Nederland nog een incidenteel verschijnsel voorgedaan. In de vijftien jaar na de Tweede Wereldoorlog was het geboortecijfer in Nederland relatief hoog, maar degenen die deel maakten van deze geboortegolf hebben zelf relatief weinig kinderen gekregen. De naoorlogse geboortegolf wordt dus nu gevolgd door een aanzienlijk minder omvangrijke generatie. Deze samenloop van structurele en conjuncturele elementen betekent in demografische termen dat de bevolkingsopbouw in Nederland binnen korte tijd drastisch verandert. Tussen 1980 en het jaar 2000 loopt het aantal 17-jarigen met dertig procent terug. Per 1 januari 1966 telde ons land ruim 3,5 miljoen personen van 55 jaar en ouder; daarvan was 58 procent (2.1. miljoen personen) ouder dan 65 jaar. De naoorlogse geboortegolf bereikt na het jaar 2010 het vijfenzestigste levensjaar. De voorhoede van deze geboortegolf zal omstreeks 2030 hoogbejaard (85 plus) worden en dan zal ruwweg een kwart van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder zijn (SCP Rapportage ouderen, 1996). Ter nuancering: rond het jaar 2045 zal de vergrijzingsgolf zijn weggeëbd en de bevolkingspiramide weer een evenwichtiger beeld laten zien.

De politieke aandacht gaat vooral uit naar het veranderende pa-

Een blik in de toekomst van het stelsel van gezondheidszorg leidt niet alleen tot lastige vragen, maar ook tot nieuwe mogelijkheden.

De belangrijkste politieke vraag is echter hoe de overheid kan inspelen op de demografische, technologische en economische veranderingen om het publieke belang van een goede volksgezondheid veilig te stellen.

troon van de ziektelast in de bevolking ten gevolge van de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande stijging van de kosten van de zorg. Maar is het financiële probleem wel het belangrijkste? Ook hier passen enige kanttekeningen.

Allereerst moet onderscheid worden gemaakt tussen de kosten van 'care', oftewel verzorging, en 'cure', geneeskundige behandeling. In de kosten van de 'care' zijn in Nederland ook veel elementen van ouderenzorg van niet-medische aard ondergebracht. Bij de kosten van 'cure' gaat de aandacht vooral uit naar de kosten die aan het einde van het leven worden gemaakt. Hier speelt nog al eens de gedachte dat die kosten voor een deel te maken hebben met het te lang doorbehandelen van ouderen en een te grote inzet van medische technologie. De gedachte dat de kosten rond het levenseinde vooraf goed te

bepalen zijn is niet juist. Pas in retrospectie kan men vaststellen dat de bepaalde kosten voor een stervende patiënt, van welke leeftijd dan ook, misschien niet gemaakt hadden hoeven worden. Maar tussen het stellen van de diagnose en het sterven ligt vaak een lange weg van langzaam verminderende meeropbrengst van medisch handelen. Het is meestal onmogelijk maanden of zelfs weken vooraf te voorspellen welke patiënten zullen overlijden. Het is ook niet goed mogelijk vooraf aan te geven welke kosten men maakt voor 'zorg aan het einde van het leven' en welke voor potentiële levenswinst. Deze factoren beperken de mogelijkheid om de kosten van gezondheidszorg voor mensen in hun laatste levensfase te reduceren. Wij willen er bovendien op wijzen dat in veel financiële beschouwingen vergeten wordt dat de langere levensduur en de daaraan gerelateerde kosten per persoon sterk worden opgevangen door het groter aantal jaren dat men premie betaalt.

Solidariteit onder druk

Politiek lastiger is het volgende probleem. In onze huidige, van overheidswege gewaarborgde solidariteitsarrangementen, worden de kosten van de zorg voor ouderen voor een flink deel bekostigd door de premie-opbrengsten van de jongere werkende generaties. Algemeen aanvaarde publieke doelen van volksgezondheidsbeleid - als gelijke toegang tot kwalitatief goede voorzieningen en financiële solidariteit tussen mensen met een hoog en laag medisch risico - worden aldus van overheidswege verzekerd. Risicosolidariteit impliceert ook solidariteit tussen generaties. Dit laatste is geen probleem zolang de omvang van de openvolgende generaties sta-

biel is. Maar dat zal, zoals gezegd, voor de komende decennia steeds minder het geval zijn. Hierdoor komen de huidige solidariteitsarrangementen en de daarmee verbonden publieke doelen onder druk te staan. Ze worden extra kwetsbaar omdat er ook nog andere factoren negatief zullen inwerken op de huidige solidariteitsarrangementen (zie verderop).

Maar eerst een bij uitstek politiek vraagstuk dat te maken heeft met de relatie tussen gezondheidszorg- en andere voorzieningen voor ouderen. Uit oogpunt van rechtszekerheid zijn de financiële regelingen van de volksgezondheid superieur aan de meeste andere regelingen in de zorgsector. Men ziet dan ook een permanente druk vanuit de maatschappij om zoveel mogelijk zorgvoorzieningen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Ziekenfondswet te brengen. Inhoudelijke argumenten voor deze beweging liggen in de sfeer van 'integrale zorg voor oudere mensen'. Natuurlijk moet het ouderenbeleid samenhang vertonen zowel in zijn conceptie, als in zijn uitwerking. De samenhang staat immers niet alleen voor doelmatigheidswinst (1), maar bepaalt tevens in hoge mate de kwaliteit van de persoonlijke dienstverlening. Naast de financiële kant (de opwaartse druk veroorzaakt door de vergrijzing), zijn er echter ook normatieve en bestuurlijke vragen in het geding: leidt dit proces tot ongewenste medicalisering van de ouderenzorg? En kan op toekomstige generaties ouderen niet een groter beroep gedaan worden voor wat betreft de eigen verantwoordelijkheid om op tijd maatregelen te nemen voor de niet-medische kosten van het ouder worden? Die kosten zijn immers voor de betrokkenen zelf in hoge mate te voorzien. Leidt de sterke financiële vermenging van kosten voor medische en niet-medische zorg niet tot bestuurlijke onhelderheid, omdat financieringsregelingen van de volksgezondheid worden gebruikt waarvoor ze niet bedoeld zijn? Is het wel verstandig de zwaarste overheidsverantwoordelijkheid, te weten het financieel garanderen van een algemene toegankelijkheid tot kwalitatief goede voorzieningen, te laten uitdijen tot het gehele brede terrein van de zorg? Dergelijke vragen gelden het hele terrein van het volksgezondheidsbeleid, maar ze komen bij het ouderenbeleid en bijvoorbeeld ook bij het gehandicaptenbeleid op dit moment pregnant naar voren. Aan deze vragen gaat eigenlijk een andere vraag vooraf: moeten we de brede WHO definitie van 'gezondheid' niet heroverwegen en terugkeren naar een beperktere definitie van gezondheid: de afwezigheid van ziekten en beperkingen; waarbij determinanten voor ziekten en beperkingen betreffende in het domein van de gezondheid, met name in het preventiebeleid, worden betrokken. Bevordering van welzijn en participatie van alle burgers zijn en blijven belangrijke doelstellingen van het overheidsbeleid, maar het is de vraag of hiervoor niet met lichtere overheidsinterventie kan worden volstaan.

Technologische ontwikkelingen

Technologie heeft een sterke inwerking op de gezondheidszorg en is evenals de vergrijzing onafwendbaar. Voor een klein land als

(1) Een goed voorbeeld van doelmatigheidswinst geeft het Sociaal Cultureel Planbureau in zijn recente rapportage van ouderen (Rijswijk, 1977). Ouderen die in een aangepaste woning wonen, doen veel minder vaak een beroep op professionele hulp. De kosten van volledige aanpassing van een douche of bad zijn even hoog als een tweewekelijkse wasbeurt door de kuisvereniging gedurende een half jaar.

Nederland is het grotendeels onmogelijk om technologische ontwikkelingen aan de bron te beïnvloeden. Ze zijn in hoge mate autonoom. Daar komt bij dat de betreffende informatie steeds sneller en op een voor leken begrijpelijke wijze beschikbaar komt via allerlei communicatie-kanalen als televisie en Internet. Het is bekend dat deze informatie het vraagpatroon van patiënten/consumenten sterk beïnvloedt.

Voor de manier waarop we met deze invloeden op het stelsel van gezondheidszorg moeten omgaan zijn geen simpele 'politieke recepten' te geven. Technologie heeft een ambivalente werking: enerzijds zijn er mogelijkheden ontstaan om ziekten, handicaps en beperkingen te verminderen, anderzijds dienen zich hierdoor lastige vragen aan. Ook deze vragen zijn niet alleen van financiële aard. Wij denken bijvoorbeeld aan de vele vragen rond de voortschrijdende voortplantingstechnieken, aan de vragen rond het steeds verder ontrafelen van de genetische determinanten van ziekten en het steeds vroeger kunnen stellen van diagnoses van ziekten waarvoor (nog) geen behandelingsmogelijkheden bestaan, aan de vraag hoe om te gaan met de medische informatietechnologie en de daaruit voortvloeiende bedreigingen van de persoonlijke levenssfeer.

Solidariteitsarrangementen onder druk

Uit oogpunt van overheidsbeleid en politiek het meest indringend is wellicht de verdere ontwikkeling van de prognostische medische technologie. Zij raakt het hart van ons volksgezondheidsbeleid op tweeërlei wijze. In directe zin raakt zij de door de overheid gewaarborgde solidariteit tussen mensen met een hoog en een laag medisch risico; in indirecte zin de solidariteit tussen mensen met een hoog en laag inkomen. Ons huidige wettelijk financieringsstelsel impliceert vooraf een herverdeling ten bate van mensen met hoge medische risico's en ten bate van mensen met een laag inkomen. De overheid sluit daarmee de aanpassing van de individuele premie aan het feitelijk medisch risico van de verzekerde, waar dit maar enigszins mogelijk is, uit. Deze aanpassing is voor een zuiver commerciële schadeverzekeraar normaal, sterker nog, zij is van existentiële belang. Verdere ontwikkeling van de prognostische medische technologie leidt ertoe dat bepaalde eigenschappen van verzekerden als risico-factor vooraf beter en vooral ook individueel bekend zullen zijn. Daarmee worden mogelijkheden voor aanpassing van de premie aan vooraf kenbare medische risico's steeds groter. Het onderscheid tussen sociale en commerciële verzekeraars wordt bovendien steeds veelzeggender; namelijk steeds minder uitsluitend een financieeltechnische zaak, maar een met grote maatschappelijke en dus politieke implicaties heeft. Hoe stellen we in de toekomst de risicosolidariteit veilig? Handhaving van het huidige duale stelsel met zijn onduidelijke mengvormen van sociale en commerciële verzekeraars, lijkt ons voor de toekomst geen houdbare optie.

Economie en gezondheidszorg

Wij willen het niet hebben over de vraag of de gezondheidszorg door overheid en wetgeving, of door de markt moet worden geregeld. Die vraag gaat naar onze mening te veel uit van twee contrasterende beginselen, terwijl economen en andere wetenschappers steeds meer inzien dat overheid, wetgeving en markt elkaar nodig hebben. Het gaat om het gewenste evenwicht en dat inzicht leeft binnen D66 al langere tijd. Als men de keuze voor markt of

overheid als of/of probleem benadert, gaat men bovendien voorbij aan actoren als de non-profit instellingen en de professionals.

Veel wezenlijker lijkt ons het onderscheid tussen het publieke en private domein en de verschillende doelstellingen en spelregels die in elk daarvan moeten gelden. Waar in de particuliere sector de marktwerking en de contractvrijheid ertoe leiden dat burgers verschillend worden behandeld, is het kenmerk voor het publieke domein vooral dat de overheid universele, voor alle burgers geldende grondrechten veilig stelt. Ten aanzien van 'gelijkheid' gelden in het publieke domein bijvoorbeeld door de overheid vastgestelde doelen, zoals algemene toegankelijkheid tot kwalitatief goede basis-voorzieningen en (door de overheid afgedwongen) solidariteit tussen mensen met hoge en lage medische risico's. Het is vervolgens een pragmatische kwestie of men ter wille van de efficiency be-

paalde instrumenten uit de particuliere sector gebruikt om de publieke doelen te realiseren. In de particuliere sector is bijvoorbeeld concurrentie tussen verzekeraars een goede zaak, in de publieke sector alleen voorzover de publieke doelen er beter door worden gediend.

Juist ten aanzien van het onderscheid tussen het publieke en het private domein doen zich de laatste jaren belangrijke ontwikkelingen voor. De 'factor mens' wordt in het productieproces van een sterk gedematerialiseerde economie steeds belangrijker en daarmee het belang van werkgevers bij gezonde werknemers. Zorg voor de gezondheid wordt door hen niet meer alleen als een 'last' gezien. De herziene Nederlandse sociale wetgeving heeft bovendien de werkgever een direct financieel belang gegeven bij gezonde werknemers. Beide ontwikkelingen versterken elkaar. Werkgevers(organisaties) willen steeds vaker voor al hun werknemers een particuliere verzekering afsluiten, buiten de Ziekenfondswet om. Aard en omvang van de aanspraken worden dan niet meer door de overheidswet bepaald. Particuliere verzekeraars van hun kant bieden werkgevers steeds meer all-in contracten aan: arbo-diensten, begeleiden van zieke werknemers, verzekeren van ziekteverzuim en zorgverzekeringen. In deze constellatie is de overheid vooral een rol toebedacht voor de overblijvers, de economisch niet-actieven.

Voor de politieke beoordeling van de vraag of dit een gewenste of een ongewenste ontwikkeling is, zijn ook nu weer niet zozeer de kosten, maar juist de impliciete verschuivingen van sociale gelijkheid naar economische productiviteit aan de orde. Er vindt als het ware een verschuiving in de 'logica' van de gezondheidszorg plaats. Het zwaartepunt van de solidariteit wordt verlegd van het niveau van alle burgers naar dat van het individuele bedrijf en de bedrijfstak. Collectieve contracten via de werkgever zullen voor concurrerende verzekeraars dan een aantrekkelijk middel zijn om aan risico-selectie te doen. Deze koppeling van zorgverzekeringen



Foto: Pieter Kievits

Controle bij de tandarts

aan het werknemerschap maakt 'economische productiviteit' bovendien een belangrijke differentiërende factor bij de formulering van de aanspraken op zorg.

Economische invloeden op de gezondheidszorg zijn - evenals die van de vergrijzing en de technologie - ambivalent te noemen: op zichzelf zijn ze niet goed of slecht. Het gaat om de manier waarop men daaraan vorm geeft. Dat volksgezondheidsbeleid mede sociaal-economische doelen dient (zoals het weer arbeidsgeschikt maken van 'uitvallers') is op zich een goede zaak. Essentieel is dat daarbij de eigen publieke doelen van het volksgezondheidsbeleid in het oog worden gehouden. Volksgezondheidsbeleid en sociaal economisch beleid moeten nevenschikkend aan elkaar verbonden zijn. Het één mag niet primair het instrument zijn voor het andere.

Internationalisering

Structuur, financiering en beleid ten aanzien van de gezondheidszorg zijn vanouds zaken van de nationale overheden. Het verdrag van Amsterdam verandert hier weinig aan, de nieuwe bevoegdheden van de Europese Unie betreffen vooral de gezondheidsbescherming. In de institutionele vormgeving verschillen de nationale stelsels voor gezondheidszorg nog aanzienlijk. Formeel gesproken kan Nederland nog op de eigen manier volgens het aloude consensus-model volksgezondheidsbeleid voeren. In zoverre lijkt er dus niets aan de hand. Maar het proces van internationalisering is niet alleen een formeel-juridische aangelegenheid. Het is vooral ook een economische zaak. Commerciële zorg- en verzekeringsinstellingen uit die Angelsaksische landen waar de gezondheidszorg in sterke mate is geliberaliseerd, zijn allang spelers op Europees en veelal op wereld-niveau en zullen zich, naar verwachting, ook op de Nederlandse markt presenteren. De eisen van

het economisch vrije verkeer binnen Europa en het huidige Europese recht geven Nederland maar beperkte mogelijkheden om deze internationaal optredende commerciële verzekeraars aan bepaalde condities te binden. Bij sociale verzekeraars kan dat nog wel.

Het mediabeleid heeft bovendien laten zien hoe via allerlei 'U-bochten constructies' nationaal beleid kan worden ontdoken. Dit soort constructies is ook bij de volksgezondheid goed denkbaar, zowel in de financiering als in de zorgverlening. Nieuwe communicatie-technieken als Internet kunnen dit proces versterken. Juist nu sommigen minder enthousiast raken over 'Europa', dringt zich de vraag op of de solidariteit in de toekomst juist niet op Europees niveau moet worden geregeld.

Conclusies

Door het stellen van een aantal vragen hebben wij geprobeerd duidelijk te maken dat de toekomstige problemen van volksgezondheid niet in de eerste plaats van financiële aard zijn. 'Meer geld voor de gezondheidszorg' lost sommige problemen binnen het systeem op, maar het is niet het antwoord op vraagstukken die voortvloeien uit de door ons gesignaleerde ontwikkelingen. Het is een normale zaak dat de productie en consumptie van gezondheidszorg in een hoog ontwikkelde maatschappij als de onze stijgen. Niet die kostenstijging op zich, maar de vraag binnen welke verantwoordelijkheidsstructuur de volksgezondheid zich als groeisector verder ontwikkelt, verdient naar onze mening nu de grootste aandacht. De vraag is of die groei zonder meer een publieke zaak moet zijn.

'Meer doelmatigheid in de gezondheidssector' is een nastrevenswaardig doel, maar deze aanpak is onvoldoende gericht op de cruciale vraag van de toekomst: zijn onze publieke regelingen en instituties nog een goed antwoord op de zich sterk wijzigende

Thuiszorg



Foto: Peter Kievits

externe maatschappelijke context? Het gaat erom dat we de krachten die steeds meer van buitenaf op het gezondheidsbeleid zullen inwerken analyseren om vervolgens onze publieke regelingen en instituties hieraan zo aan te passen, dat we de algemeen aanvaarde publieke doelen op langere termijn veilig kunnen stellen.

Vragen stellen is één zaak, ze beantwoorden is verre van eenvoudig. Wij kunnen alleen de richting aangeven waarlangs naar onze mening gezocht moet worden.

1. Herbezinning op de reikwijdte van het publieke domein en de collectieve verantwoordelijkheid. Hierbij past:
 - een herbezinning op de definitie van gezondheidszorg die nu steeds verder uitdijt naar andere terreinen;
 - een striktere bewaking door de overheid op de toelating van nieuwe, door de technologie mogelijk gemaakte medische diensten. Daaraan moeten algemeen geldende maatstaven van medische effectiviteit ten grondslag liggen
2. Op institutioneel niveau moet de overheid kiezen voor een stelsel dat de risico-solidariteit tussen alle burgers binnen het publieke domein duurzaam en 'robuust' in de nieuwe context veilig kan stellen. De technologische, economische, internationale en juridische ontwikkelingen geven aanleiding om te denken dat dit het beste kan door alleen de sociale verzekeraars een plaats te geven in het publieke domein.
3. Op bestuurlijk niveau moet de overheid vanuit haar unieke verantwoordelijkheid het publieke domein inrichten, maar dit niet in al zijn details beheersen. Zij moet primair zorgen voor een samenhangende structuur van taken en verantwoordelijkheden: aangeven wie wat moet doen. Professionals, non profit instellingen en lagere overheden hebben, bij de uitvoering van de hen opgelegde publieke taak een eigen verantwoordelijkheid.

De overheid moet hun taken faciliteren en hen verplichten deze taakverdeling en de uitvoering daarvan voor de burger, de maatschappij en de overheid inzichtelijk te maken. Een transparant stelsel, waarin de burger weet wat hij van welke actor kan verwachten en zicht heeft op de kwaliteit die iedere actor levert, maakt naar ons idee de positie van de burger sterker dan het steeds verder verfijnd formuleren van patiëntenrechten, met alle ongewenste juridificatie van dien.

4. Marktelementen, zoals concurrentie, kunnen in het publieke domein een bescheiden rol vervullen. Maar, gegeven de publieke doelen, alleen voorzover ze gericht zijn op het bereiken van doelmatigheidswinst.

Tenslotte

Pleiten wij hiermee nu voor de zoveelste blauwdruk voor een stelselherziening?

Nee en ja. Nee, omdat volksgezondheid te complex is om te worden geperst in blauwdrukken die op de tekentafel zijn geconstrueerd. Ja, omdat de politiek een eigen en voortdurende verantwoordelijkheid heeft om de volksgezondheid als publieke zaak aan nieuwe omstandigheden aan te passen. ♦