

P.N. van Wageningen



De gezondheidszorg kan de vergrijzing aan

Vergrijzing is geen probleem maar een uitdaging. Van Wageningen vindt de vraag belangrijker of de samenleving de gevolgen ervan kan dragen, dan de eventuele kosten van een vergrijzende samenleving. Als in de gezondheidszorg de verantwoordelijkheid gespreid wordt kunnen de maatschappelijke organisaties de benodigde vaardigheden ontwikkelen.

De bevolkingssamenstelling gaat de komende decennia aanzienlijk veranderen. De totale bevolking neemt tot 2000 nog toe en zal daarna afnemen. Veel belangrijker is de verandering van het aandeel van verschillende groepen in de bevolking, zoals jongeren en ouderen. Deze verandering in de bevolkingssamenstelling heeft gevolgen op velerlei gebied. Verschillende voorzieningen zijn leeftijdgebonden (AOW, onderwijs), en daarom heeft een verandering van de bevolkingssamenstelling hierop direct invloed. Een gebied waar de veranderende bevolkingssamenstelling een sterke doorwerking heeft is de gezondheidszorg. Jongeren doen nu eenmaal een ander beroep op gezondheidszorgvoorzieningen dan ouderen. De laatste jaren wordt in verband met de verwachte toename van het aantal ouderen aangedrongen om nu reeds maatregelen te nemen om de gevolgen

van deze toename op te vangen. Is het inderdaad nodig om nu reeds beleidsmatig hierop in te spelen? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk om eerst te weten wat ons feitelijk te wachten staat. Welke veranderingen in de bevolkingssamenstelling staan ons te wachten? De volgende vraag is welke gevolgen dat heeft, in dit geval voor de gezondheidszorg. Aansluitend daarop kan bezien worden wat daaraan te doen valt, welke maatregelen nu reeds genomen moeten (kunnen) worden en onder welke voorwaarden dit dient te geschieden.

Demografische ontwikkelingen

De belangrijkste veranderingen in de bevolkingssamenstelling kunnen worden getypeerd met twee woorden: vergrijzing en ontgroening. Onder vergrijzing wordt een toename van het aantal ouderen verstaan. De leeftijdsgrens ligt in dit geval bij 65 jaar. Met ontgroening wordt de afname van het aantal jongeren bedoeld. Hier ligt de leeftijdsgrens bij 20 jaar. Als men de kranten leest lijkt de vergrijzing een nieuw verschijnsel. Dit is echter onjuist. Al vanaf het eind van de vorige eeuw bepalen ver-

P.N. van Wageningen (1961) is parttime buschauffeur en studeert economie aan de V.U. te Amsterdam.

grijzing en ontgroening de demografische ontwikkeling van Nederland¹. Zo verdubbelde het aantal ouderen tussen 1900 en 1980 bijna, van 6% in 1900 tot 11% in 1980. Het aandeel van de jongeren liep terug van 44% in 1900 tot 31% in 1980. De geboortegolf van na de Tweede-Wereldoorlog bracht tot 1965 enige verandering in dit beeld: de ontgroening was toen minder sterk dan de vergrijzing.

Voor de komende decennia valt echter weer het beeld van de toenemende vergrijzing en ontgroening te verwachten.

Het volgende overzicht geeft een totaalbeeld.

Jaar	0-19	20-64	65 +	Totaal
1985	4.085	8.640	1.730	14.454
1990	3.749	9.117	1.911	14.777
2000	3.527	9.514	2.171	15.213
2010	3.234	9.486	2.427	15.148
2035	2.433	7.381	3.580	13.304

x 1.000 Bron: CBS bevolkingsprognose 1985, midden variant.

Opvallend is dat de vergrijzing tot 2010 geleidelijk verloopt. Pas na 2010 zal de vergrijzing sterker worden omdat dan de geboortegolf van na de Tweede-Wereldoorlog de 65-jarige leeftijd bereikt. Bovendien zal tot het jaar 2000 de vergrijzing nog gepaard gaan met een stijgende bevolking, zodat de relatieve vergrijzing dan minder is dan in de periode na 2010. Dan gaat een sterkere vergrijzing gepaard met een dalende bevolking zodat de relatieve vergrijzing dan veel sterker is. Binnen deze leeftijdsgroep is er ook sprake van een relatieve veroudering. Het aandeel van de groep hoogbejaarden (80+) zal steeds groter worden. Dit verschijnsel wordt wel aangeduid met dubbele vergrijzing. Het aandeel van de hoogbejaarden neemt van 2% van de totale bevolking toe tot 5% in 2030². De sterkste ontgroening is reeds vanaf 1965 aan de gang en zal nog tot 1990 sterk blijven. Daarna zal de

ontgroening minder sterk, maar wel aanwezig zijn.

Consequenties voor de gezondheidszorg

Dit brengt ons bij de tweede vraag: wat zijn hiervan de consequenties voor de gezondheidszorg? Uit het gegeven dat het aantal jongeren voorlopig nog sneller afneemt dan het aantal ouderen toeneemt kan niet worden afgeleid dat we ons 'dus' geen zorgen hoeven maken. Het kan zijn dat de vergrijzing meer middelen vraagt dan de ontgroening oplevert. Dit leidt tot twee hoofdvragen met betrekking tot de gezondheidszorg. De eerste is: kan de gezondheidszorg de komende vergrijzing opvangen? De tweede is: zal bij een toenemend aantal ouderen er wel voldoende draagvlak zijn om de gestegen kosten te dragen?

Op zich lijkt het duidelijk: een verdubbeling van het aantal ouderen betekent dat er ook een verdubbeling van de voorzieningen voor ouderen zal moeten komen. Met andere woorden, er dienen in 2030 grofweg twee keer zoveel bejaardenouderen en verpleeghuizen te zijn, vergeleken met nu. Berekeningen die uitgaan van overigens gelijke omstandigheden laten zien dat er een stijging te verwachten valt voor de collectieve uitgaven in de gezondheidszorg van 100 in 1981 tot 139 in 2030³ (indexcijfers). Sterke stijgingen zijn te verwachten bij de uitgaven voor verpleeghuizen en kruiswerk. Daartegenover staan weer verminderingen van kosten, zoals bijvoorbeeld de uitgaven voor tandheelkundige verzorging.

Naast de kwestie van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen speelt de

1. A.S.W. de Vries, 'Demografische prognoses-vooruitberekening of misrekening?', *Economisch Statistische Berichten*, 14 nov. 1985.
2. Sociaal en Cultureel Planbureau, *Collectieve Uitgaven en demografische ontwikkeling, 1970-2030* (Rijswijk 1984) 27.
3. Sociaal en Cultureel Planbureau, *Vergrijzing, ontgroening en collectieve uitgaven*, stukwerk nr. 33 (Rijswijk 1985) 21.

vraag van de financiering een grote rol. Het toenemend aantal ouderen vraagt om meer gezondheidszorg. Dit betekent dat de verschillende premies (ziekenfonds, AWBZ) omhoog moeten om de zorg te kunnen betalen. Er wordt wel gezegd dat het draagvlak (de actieve beroepsbevolking) dan te zwaar belast zou worden.

Voordat ingegaan wordt op eventuele maatregelen is het goed een aantal nuancerende opmerkingen te maken. De eerste betreft de relatieve importantie van de demografische ontwikkelingen. Zo blijkt uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau dat in de periode tussen 1970 en 1981 de collectieve uitgavengroei voor slechts 13% te wijten was aan demografische veranderingen⁴. Om nog een voorbeeld te geven: de uitbouw van het sociale verzekeringsstelsel kwam tot stand in een periode dat de demografische druk aan het toenemen was. Opvallend is ook dat in de afgelopen decennia de demografische ontwikkeling sterker was dan de komende decennia het geval zal zijn. De ontgroening was sterker, maar ook de vergrijzing. Zo nam tussen 1970 en 1980 de groep ouderen jaarlijks met 30.000 toe, terwijl dat in de jaren 1980-1990 op 28.000 jaarlijks ligt. Tussen 1990 en 2000 wordt dit zelfs nog iets minder. Pas na 2010 (het bekende verhaal) schiet dit omhoog. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de demografische ontwikkelingen tussen 1970 en 1981 een sterkere druk op het collectieve uitgavniveau uitoefenden (nl. 1% per jaar) dan in de periode 1985-2000 waarschijnlijk het geval zal zijn (0,4% per jaar)⁵.

Van belang voor de gezondheidszorg is het gebruik dat de toekomstige oudere van gezondheidszorgvoorzieningen zal maken. Belangrijk hierbij is dat de oudere van nu niet te vergelijken is met de oudere van 2030. In het algemeen zullen er in de toekomst ouderen zijn die vitaler, mondig zijn, die een hogere opleiding hebben genoten. De vraag die door de nieuwe oudere naar gezondheidszorg geuit zal

worden, is waarschijnlijk anders dan de zorg die nu geboden wordt. Meer nadruk op langer thuis wonen, een grotere vraag naar thuiszorg, meer eigen invloed op de gevraagde hulp zijn een aantal elementen die voor de toekomstige oudere van belang zullen zijn. De conclusie hieruit is duidelijk: het gaat niet zozeer om de aantallen bejaarden, als wel om de leefwijze, het cultuurpatroon en dergelijke. De groep ouderen is niet homogeen, maar heterogeen. Deze heterogeniteit zal de komende decennia waarschijnlijk alleen nog maar toenemen. Uiteraard is die heterogeniteit ook nu aanwezig. Er zal echter de komende decennia een overgang plaatsvinden van de traditionele bejaarde zoals we die nu kennen, naar een 'nieuwe' bejaarde.

Uitspraken over het benodigde niveau van gezondheidszorg na 2000 zijn dan ook zeer moeilijk te doen: het is namelijk niet terecht het gebruik van de huidige oudere gelijk te stellen aan de vraag naar gezondheidszorg die ouderen in 2030 zullen uiten. De huishoudvorm, de woninginrichting, de mogelijkheden die de oudere zelf tot zijn beschikking heeft, de ontwikkeling van de medische technologie, nieuwe vormen van zorg zijn een aantal factoren die de vraag naar gezondheidszorg kunnen beïnvloeden. Daarnaast spelen bijvoorbeeld een rol, het beleid dat gevoerd wordt of de economische groei, et cetera.

Ook voor de meer nabije toekomst geldt dit. Het ministerie van WVC verwacht dat in het jaar 2000 bij ongewijzigd beleid voor de tien belangrijkste voorzieningen voor ouderen er jaarlijks zeven miljard gulden meer nodig is dan nu. In een variant waarbij gebruik wordt gemaakt van een verschuiving in het aanbod van voorzieningen is dit 1,4 miljard minder⁶. Ter vergelijking: de gezondheidszorg beslaat nu ongeveer 34 miljard. Tezamen met maat-

4. SCP, *Collectieve uitgaven etc.*, 167.

5. *Idem Ibidem.*

6. Ministerie van WVC, *Zorg voor later, zorg van nu* (Rijswijk 1986) 17.

schappelijke dienstverlening is dit rond de 40 miljard. De taakstelling in het huidige regeerakkoord bedraagt 1,2 miljard minder. Daartegenover is 5,6 miljard meer als gevolg van de vergrijzing dus een fors bedrag. Wel wordt hier dus al rekening gehouden met andere factoren dan alleen de demografische ontwikkeling.

Ten aanzien van de vraag of het draagvlak in de toekomst wel voldoende zal zijn, zijn ook kanttekeningen te maken. Zo zal de ontgroening eerst nog sterker zijn dan de vergrijzing zodat het aantal personen dat afhankelijk is van het draagvlak voorlopig nog niet zal toenemen. Pas na 2010 zal de vergrijzing de overhand krijgen. Dit betekent dat er uit andere sectoren middelen kunnen vrijkomen. Zo wordt voor de sector onderwijs verwacht dat de kosten met 1/3 zullen dalen. Het is logisch dat de kosten van vergrijzing (deels) worden betaald uit middelen die in andere sectoren vrijkomen. Na 2010, wanneer de vergrijzing sterker wordt, zijn er ook factoren die het beeld bijstellen. Zo zullen de ouderen van de toekomst naast AOW vaak een aanvullend pensioen ontvangen. De draagkracht bij de ouderen zelf zal dus toenemen. Dit betekent dat wanneer premies naar draagkracht worden geheven er in toenemende mate door ouderen zelf kan worden bijgedragen aan de kosten van de extra benodigde voorzieningen, en dat deze niet alleen door de (actieve) beroepsbevolking gedragen hoeven te worden.

Daarnaast is het denkbaar dat na 2010 in de groep 20-64 jarigen een versterking van het draagvlak optreedt. Nu zijn bijvoorbeeld uitkeringsgerechtigden ook afhankelijk van de actieve beroepsbevolking. De verhouding tussen actieven en niet-actieven is derhalve eveneens van belang. Na 2010 zal het draagvlak kleiner, maar ook sterker worden. Het totaal aantal mensen dat afhankelijk is van de actieve beroepsbevolking hoeft dus niet noodzakelijkerwijs toe te nemen. Als laatste kan in dit verband de economische groei ge-

noemd worden. Reeds bij een economische groei van tussen de anderhalf en twee procent kunnen de gevolgen van de vergrijzing zonder al te grote moeilijkheden worden opgevangen.

Overigens, moeten we mijns inziens de demografische ontwikkelingen niet zien als onontkoombaar en onafwendbaar probleem, maar juist als uitdaging. Degenen die het over vergrijzing hebben spreken meestal over zichzelf. De ouderen van 2030 zijn de twintigers van nu. Ik denk niet dat zij zichzelf (nu al) als probleem zien. Maar ook ten aanzien van de huidige ouderen is de benadering van vergrijzing als probleem niet de juiste. Waarom zou de uitbouw van het sociale verzekeringsstelsel (tegen de demografische ontwikkelingen in) en ook andere zaken als de aanleg van de Deltawerken een uitdaging zijn en de vergrijzing een probleem? Een positieve benadering van de vergrijzing is daarom gewenst. Daar komt bij dat in de berichten over de vergrijzing het beeld van de hulpbehoevende, zwakke bejaarde naar voren komt. In het overgrote deel van de gevallen is dit echter geenszins het geval. Bijna 90% van de ouderen woont zelfstandig en redt zich prima.

Vergrijzing roept ten onrechte het beeld op van hulpbehoevende bejaarden.

Voorwaarden en maatregelen

Voordat bezien wordt welke maatregelen nu reeds genomen kunnen worden zal in-

gegaan worden op de voorwaarden waarvan deze maatregelen dienen te voldoen. Het CDA werkt zoals bekend met vier kernbegrippen rentmeesterschap, solidariteit, gespreide verantwoordelijkheid en gerechtigheid. Het Wetenschappelijk Instituut heeft onlangs een rapport uitgebracht onder de titel 'Zorgvernieuwing door structuurverandering' waarin een uitwerking van de christen-democratische beginselen voor de gezondheidszorg plaatsvindt. Alhoewel dit rapport niet specifiek op de vergrijzing gericht is is het toch ook daarvoor van belang⁷. Bij de verschillende kernbegrippen zijn verbanden met de zorgsector te leggen.

Rentmeesterschap behelst voor de patiënt het zoveel mogelijk benutten van de zelf- en mantelzorg die beschikbaar is. Voor de aanbieders van gezondheidszorg betekent dit het verantwoord omgaan met de beschikbare middelen, het doelmatig werken en het voorkomen van onnodig aanbod.

Solidariteit kan in directe fysieke zin plaatsvinden door iemand die dat nodig heeft hulp te verlenen, maar kan ook in structurele zin worden opgebracht door bijvoorbeeld een solidariteitselement in de verzekeringsstructuur.

Gespreide verantwoordelijkheid heeft betrekking op de positie van de maatschappelijke organisaties, zoals ziekenfondsen en particuliere verzekeraars maar ook instellingen als ziekenhuizen en bejaardenoorden.

Gerechtigheid slaat vooral op de positie van de overheid, die voor een ieder een 'vloer' in de gezondheidszorg garandeert, hetgeen dus wil zeggen dat voor een ieder de noodzakelijke zorg beschikbaar is.

Deze kernbegrippen vormen één geheel en dienen dan ook gecombineerd te worden toegepast.

Om een voorbeeld te geven: zelf- en mantelzorg hebben alleen zin als er aansluiting is met de professionele gezondheidszorg, ze vullen elkaar aan. Een ander voorbeeld: het garanderen van een

'vloer' door de overheid heeft alleen zin als de maatschappelijke organisaties in staat zijn voor uitvoering hiervan zorg te dragen. Je zou het in één zin zó kunnen zeggen: het gaat om het vanuit gerechtigheid in gespreide verantwoordelijkheid beleven van solidariteit en rentmeesterschap ten aanzien van gezondheid en ziekte.

Een dergelijke benadering laat ook zien waarom het grote deel van de kritiek op de zorgzame samenleving slechts zeer partieel is. Veel van deze kritiek uit zich in verwijten dat de vergrijzing nooit kan worden opgevangen door het inschakelen van meer vrijwilligers. Het verlenen van directe hulp (het pannetje soep) is echter slechts een deel van de toepassing van één van de vier kernbegrippen. Geïntegreerde toepassing van de vier kernbegrippen omvat echter veel meer. Om dit duidelijk te maken zal ik een aantal suggesties bespreken die niet betrekking hebben op meer vrijwilligheid maar juist op structuur-aanpassingen die het mogelijk maken de vergrijzing op te vangen.

Als eerste kan genoemd worden het bevorderen van substitutie tussen verschillende vormen van zorg. Dit wordt door velen bepleit, er zijn echter nogal wat belemmeringen die dit effectief onmogelijk maken. Thuiszorg zit bijvoorbeeld niet in het ziekenfondspakket. Verschillende voorzieningen waar ouderen gebruik van maken worden via verschillende bronnen gefinancierd. Zo wordt gezinszorg betaald uit de begroting van WVC, het kruiswerk uit de AWBZ, de huisarts door het ziekenfonds, particuliere verzekering of door de betrokkene zelf, de bejaardenoorden door eigen bijdragen en het ministerie van WVC, en de verpleeghuizen weer door de AWBZ. Overigens komt het streven naar substitutie niet voort uit een bezuinigingsoogpunt (als het goed is). Maar substitutie

7. In dit rapport is een aantal lijnen aangegeven waarlangs de gezondheidszorg zich de komende jaren kan ontwikkelen.

vloeit voort vanuit een gedachtengang die begint bij de patiënt. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt staat voorop. Dit betekent in eerste instantie het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheden die tot de beschikking staan van de patiënt, inclusief de beschikbare omgevingshulp. Het verhaal is hiermee natuurlijk niet af. Voor de vormen van zorg die niet tot de capaciteiten van de patiënt en zijn omgeving behoren dient de benodigde zorg beschikbaar te zijn. Een blindedarm-operatie kan men moeilijk zelf doen. Ook is het met bepaalde kwalen lastig om alleen thuis te zitten, en er geen partner of omgevingshulp beschikbaar is. Wel is het bijvoorbeeld onnodig dat mensen worden opgenomen in een ziekenhuis voor een behandeling die ook poliklinisch kan plaatsvinden. Het gaat er dus om dat de juiste zorg verleend wordt, de zogenaamde zorg-op-maat. Dan is substitutie geen economische maar een zorginhoudelijke benadering.

Daartoe is het wenselijk dat de verschillende voorzieningen zoveel mogelijk in één hand worden gehouden. De meest geschikte partij hiervoor is de ziektekostenverzekeraar: het ziekenfonds, de particuliere verzekeraar of de publiekrechtelijke verzekeraar. Opvallend is dat bij de particuliere verzekeraars al een begin is gemaakt met het vergoeden van thuiszorg. Hier is echter wel het kostenelement het voornaamste. Ook in de ziekenfondswereld zijn er wel experimenten met thuisverpleging. Zoals reeds gesteld dient dit niet te geschieden vanuit kosten oogpunt maar vanuit zorginhoudelijke overwegingen. Het kan namelijk ook wel voorkomen dat thuiszorg duurder is dan opname. Het tegendeel is uiteraard niet erg: als thuiszorg goedkoper is, is dat mooi meegenomen, maar het staat niet voorop. Het in één hand houden van de verschillende voorzieningen vraagt ook om het op elkaar afstemmen van de verschillende eigen bijdragen. Deze dienen het namelijk voordeliger te maken om in een zieken-

huis te worden behandeld terwijl thuiszorg eigenlijk beter is. Dat is voor de direct betrokkene wel goedkoper, maar de maatschappelijke kosten zijn dan hoger.

Uit oogpunt van substitutie is het dus wenselijk als het beheer over de verschillende voorzieningen in één hand gehouden worden. In dat kader past ook de gedachte dat Ziekenfondswet en AWBZ samengevoegd worden. Voor de particuliere verzekeraars kan ook een vorm ontwikkeld worden waardoor substitutie tussen AWBZ-verstrekingen en de door de verzekeraars verzekerde verstrekingen mogelijk wordt.

Doelmatigheid

Een volgend structurelement dat van belang is voor het opvangen van de gevolgen van de vergrijzing is verhoging van de doelmatigheid in de gezondheidszorg. De ziekenfondsen zijn de laatste jaren (noodgedwongen) meer bezig geweest met het volgen van de regelgeving dan dat ze een eigen beleid konden ontwikkelen. Als er goede ideeën waren konden ze niet ten uitvoer worden gebracht omdat ze niet vielen onder de Ziekenfondswet. Zo konden ontwikkelingen die maatschappelijk van belang zijn (bijvoorbeeld het bevorderen van thuiszorg) worden gefrustreerd door de officiële regelgeving. Alleen via de aanvullende fondsen zijn de ziekenfondsen in staat een eigen beleid te ontwikkelen. De verzekerden bij een ziekenfonds hebben hier echter zelf nauwelijks zeggenschap over. Bovendien is hun keuzevrijheid beperkt. Verder zijn er voor de ziekenfondsen nu onvoldoende beheersinstrumenten aanwezig om de doelmatigheid te verbeteren. Een ziekenfonds kan een specialist die veel meer verrichtingen doet in vergelijking met anderen alleen signaleren. Het kan echter niet optreden tegen onnodig (kostenverhogend) gedrag.

Toch zijn er mogelijkheden om de doelmatigheid in de gezondheidszorg te vergroten. Voor de ziekenfondsen is dat aller-

eerst het opheffen van de contracteerplicht. Nu is elk ziekenfonds verplicht erkende beroepsbeoefenaren en instellingen te contracteren. Slechts in uitzonderlijke gevallen is het mogelijk hiervan onthefping te krijgen. De keren dat dit voorkomt (bijvoorbeeld met fysiotherapeuten waar een handel in 'ziekenfondsuren' is ontstaan) zijn echter niet succesvol te noemen. Indien ziekenfondsen de vrijheid hebben te contracteren, kunnen ze hierin een eigen beleid ontwikkelen. Hulpverleners die te veel verrichtingen doen hoeven dan niet meer gecontracteerd te worden, of er kunnen afspraken omtrent de hoeveelheid verrichtingen gemaakt worden. Ook kan zo substitutie bevorderd worden: het ziekenfonds kan die hulpverleners contracteren die aansluiten bij de gewenste ontwikkeling van de zorgverlening. Contracteervrijheid bevordert dus niet alleen de doelmatigheid maar kan ook een zorginhoudelijke stimulans betekenen.

De inhoud van de contracten kan punt van onderhandeling worden. De vergoedingsstructuur van huisartsen en specialisten kan dan in onderling overleg worden vastgesteld. Huisartsen worden nu via het 'abonnementshonorarium' betaald, specialisten worden per verrichting betaald. Dit betekent financieel gezien een aansporing tot doorverwijzing. Dat staat echter het streven naar bevordering van de eerstelijnszorg ten opzichte van de tweedelijnszorg in de weg. Zo bezien biedt het opheffen van de contracteerplicht hiertoe meer mogelijkheden dan het maken van allerlei convenanten zoals de afgelopen jaren gebeurd is.

Ook de hoogte van vergoedingen is in dit verband belangrijk. Nu gelden er richtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg die als rechtens opeisbare vergoedingen gelden. Indien de COTG-richtlijnen niet meer als rechtens opeisbare vergoedingen maar als maximumvergoedingen gelden komt hierin ook enige ruimte.

Deze elementen samen maken het mogelijk dat een systeem van normering van behandelwijzen wordt bereikt. Grote verschillen in behandeling en ligduur kunnen daarmee worden teruggebracht. Belangrijk is hier dat deze normering niet van bovenaf wordt opgelegd maar in het veld zelf wordt ontwikkeld en daar dan ook wordt gedragen.

Ziekenfondsen dienen er ook belang bij te hebben dat door middel van de contracteervrijheid de doelmatigheid bevorderd wordt. Anders bestaat de mogelijkheid dat contracteervrijheid onvolledig wordt benut. De vergoedingssystematiek van de ziekenfondsen kan daartoe worden aangepast. Nu kan elk ziekenfonds de gemaakte kosten declareren bij een Centrale Kas waarin de premies en bijdragen voor de ziekenfondsverzekering gestort worden. Als de gelden in de Centrale Kas niet toereikend zijn wordt de (landelijke) premie verhoogd. Het afzonderlijke ziekenfonds heeft er dus geen belang bij de kosten naar beneden te brengen. Dit voordeel vloeit immers naar de Centrale Kas. Evenzo wordt een ziekenfonds dat onnodig hoge kosten veroorzaakt hiervoor niet 'gestraft'.

Een andere vergoedingssystematiek kan hier verbetering in brengen. Een eerste aanzet hiertoe kan gevonden worden in budgettering van de ziekenfondsen. De ziekenfondsen krijgen dan net zoveel als bijvoorbeeld in het jaar daarvoor, en daar moeten ze het mee doen. Een ziekenfonds krijgt er dan belang bij in ieder geval niet hoger uit te komen dan in het voorafgaande jaar. Het betreft in dit geval kostenbudgettering. Via tussenfasen kan toegewerkt worden naar een systeem van inkomstenbudgettering, waarbij de vergoeding van het ziekenfonds gebaseerd wordt op aantal verzekerden, leeftijdsopbouw van het bestand (ouderen zijn nu eenmaal duurder dan jongeren) en dergelijke.

Het bezwaar van kostenbudgettering

wordt hiermee ondervangen dat ziekenfondsen die voorheen goedkoop werkten hier in feite voor gestraft zouden worden, en ziekenfondsen die hoge kosten veroorzaakten hiervoor beloond zouden worden bij fixatie van het budget op gemaakte kosten. Budgettering van ziekenfondsen leidt er derhalve toe dat verschillen in doelmatigheid door het ziekenfonds zelf gedragen moeten worden.

Budgettering leidt tot grotere doelmatigheid van ziekenfondsen.

Relatie verzekerde-ziekenfonds

Dit brengt ons bij het volgende element: de relatie tussen verzekerde en ziekenfonds. Indien het ziekenfonds zelf verantwoordelijk is voor het budget betekent dit dat eventuele verschillen tussen het budget en de werkelijke uitkomst voor eigen rekening zijn. Het is denkbaar dat overschotten gereserveerd worden en tekorten uit de reserves worden aangezuiverd. Het is echter ook goed mogelijk om deze verschillen te verrekenen met de verzekerden. Dat is dus een deel nominale premie die rechtstreeks door de verzekerde aan het ziekenfonds betaald wordt. Het ziekenfonds ontvangt dan twee maal: uit de Centrale Kas (het overgrote deel) en het andere deel van de verzekerde. De verzekerden zullen, indien ze een relatief hoge nominale premie moeten betalen (bijvoorbeeld in vergelijking met ziekenfondsen uit de omgeving) het ziekenfonds ter verantwoording roepen. Daar gaat een stimulerende werking van uit. Bovendien

heeft deze vorm het voordeel dat alle verzekerden de premie betalen, en niet alleen degenen die gebruik maken van voorzieningen.

Naar de kant van instellingen kan verbetering van de doelmatigheid bereikt worden door te streven naar produktiviteitsverhoging. Het gaat hier niet alleen om het beter benutten van laboratoria, het verlenen van de 'bedrijfstijd' en dergelijke. Naast het streven naar produktiviteitsverbetering, die zich uit in de prijs, kan ook worden gestreefd naar kwaliteitsverbetering. Er ontstaat dan differentiatie tussen instellingen, hetgeen de onderhandelingspositie niet noodzakelijkerwijs verslechtert. Gevolg hiervan kan ook zijn dat dubblures van voorzieningen worden voorkomen. Niet elk ziekenhuis zal dan behoefte hebben aan alle nieuwe apparatuur die beschikbaar is. Hier liggen grote uitdagingen voor het management van instellingen.

Zodoende hebben zowel ziekenfonds, verzekerde als instelling weer belang bij een doelmatiger gezondheidszorg. Voor de particuliere verzekeraars geldt niet exact hetzelfde, toch kunnen ook daar elementen worden ingebouwd die de doelmatigheid via de ziektekostenverzekeraar kunnen vergroten.

Vergrijzing

Nu zijn voornoemde elementen geen zaken die specifiek in verband staan met de demografische ontwikkelingen. Het zijn structuraanpassingen die ook zonder vergrijzing toegepast kunnen worden. Deze wijzigingen bieden echter wel de mogelijkheid de vergrijzing op te vangen. Een belangrijke vraag daarbij is de volgende. Ouderen vertegenwoordigen voor ziekenfondsen en verzekeraars 'slechte risico's' omdat ze meer kosten veroorzaken dan jongeren. Verbetering van de doelmatigheid kan er toe leiden dat getracht wordt deze 'slechte risico's' te weren. Wordt daarmee niet een doel van de doelmatigheidsverbetering, namelijk het op-

vangen van de komende vergrijzing, geweld aangedaan? Om dit soort effecten te voorkomen dienen in de grondslagen van het verzekeringsstelsel een aantal voorwaarden te worden ingebouwd die dergelijke effecten uitsluiten.

Om het bovenstaande te corrigeren is daarom een solidariteitselement op zijn plaats. Het betreft dan solidariteit naar risico (gezondheidstoestand) en solidariteit naar draagkracht (inkomen). In de ziektefondsverzekering zijn deze twee solidariteitsvormen wel aanwezig, bij de particuliere verzekeringen, waar juist de meest draagkrachtige mensen verzekerd zijn vrijwel niet. Een ontwikkeling als bij de particuliere verzekeraars waar jongeren met lage tarieven worden gelokt is derhalve niet gewenst. De consequentie van lage premies op lage leeftijd is immers hoge premies op hoge leeftijd. Het voorgaande impliceert een ontwikkeling naar een eenvormige verzekeringsstructuur, waarin plaats is voor de genoemde solidariteit. Bevordering van doelmatigheid hoeft dan geen nadelige consequenties te hebben voor bepaalde groepen verzekerden. Hier zien we dus dat solidariteit ook in structurele zin via de premie van de ziektekostenverzekering kan worden geuit.

Het is in dit verband belangrijk op te merken dat de rol van de overheid niet noodzakelijkerwijs minder wordt. Het gaat meer om een andere overheid. De overheid dient de randvoorwaarden te stellen, zoals kwaliteitseisen, het garanderen van toegankelijkheid, een minimumniveau en dergelijke. Binnen deze randvoorwaarden kunnen de maatschappelijke organisaties hun verantwoordelijkheden dragen. Het pleiten voor meer verantwoordelijkheden voor de maatschappelijke organisaties is niet hetzelfde als het pleiten voor meer marktwerking, of zelfs commercialisering. Het gaat erom de verantwoordelijkheden daar te leggen waar ze ook gedragen dienen te worden. De maatschappelijke organisaties zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen van nieuwe

zorgvormen, een goede uitvoering, correcte dienstverlening. De taak van de overheid is derhalve beperkt: ook als er in 'het veld' iets misgaat betekent dit niet automatisch dat de uitvoering daarvan gelijk door de overheid ter hand genomen dient te worden. De vergroting van de verantwoordelijkheid van de maatschappelijke organisaties (evenals de vergrijzing niet nieuw: vroeger lagen deze verantwoordelijkheden dichter bij het maatschappelijk middenveld) brengt interessante mogelijkheden. Nu is het al zo dat bepaalde gezondheidsstijlen opkomen. Te noemen zijn bijvoorbeeld de Vrouwen-Hulpverleningsgroepen, de Pro-Life beweging en de alternatieve geneeswijzen. Het is denkbaar dat de combinatie van vergroting van de verantwoordelijkheid van de maatschappelijke organisaties en de toenemende mondigheid van de toekomstige oudere leidt tot uitbouw van verschillende gezondheidsstijlen. De verschillende voorkeuren van (groepen) verzekerden kunnen dan in een dergelijke stijl tot uiting komen.

Deze uitbouw van gezondheidsstijlen is ook in verband met het draagvlak van belang. Het voorgaande leidt ertoe dat een grote mate van differentiatie in gezondheidsstijlen kan optreden. Deze differentiatie leidt ertoe dat over het hele land verspreid een geschakeerd beeld ontstaat. Om deze verscheidenheid de mogelijkheid te geven tot realisatie te komen is het van belang om te komen tot een basispakket gezondheidszorg. Hierin dienen alle elementaire risico's te zijn gedekt. Het meerdere, de bijzondere voorkeuren, kunnen via de gezondheidsstijlen worden geuit.

De relatie met het draagvlak is duidelijk aanwezig. Het basispakket geldt als gegarandeerde 'vloer', met een premie die gebaseerd is op solidariteit naar risico en draagkracht. Het draagvlak voor de gezondheidsstijlen ligt in het maatschappelijk middenveld (hetgeen overigens niet

uitsluit dat ook dan de premie op het solidariteitsbeginsel is gebaseerd. Belangrijk is dat dit niet meer tot de overheidsverantwoordelijkheid behoort. Via het basispakket (dat trouwens ook binnen een gezondheidsstijl kan worden aangeboden) is immers het 'recht op gezondheidszorg' gewaarborgd, via de ontwikkeling van de gezondheidsstijlen kan de pluriformiteit van de samenleving tot uiting komen.

Hiermee worden dan ook niet de totale uitgaven aan gezondheidszorg gebonden, alsof er een maximum zou zijn waarboven de uitgaven niet zouden mogen stijgen (bijvoorbeeld 10% van het nationaal inkomen). Wel wordt dan het gedeelte dat collectief gefinancierd wordt aan een grens gebonden, namelijk maximaal de uitgaven voor het basispakket. Daarboven zijn de mensen echter vrij om hun middelen naar eigen inzicht te besteden. De vergrijzing hoeft dus niet noodzakelijkerwijs tot een zeer sterke stijging van de collectieve lasten te leiden.

Conclusies

De komende jaren zal ons land te maken krijgen met een voortgaande vergrijzing en ontgroening. De gevolgen die dat met zich meebrengt lijken zich toe te spitsen

op vragen rondom voorzieningenniveau en betaalbaarheid. Voor de toekomst, zeker voor de verdere toekomst, zijn die vragen niet afdoende. Ook op korte termijn gaan de voorspellingen al redelijk snel uit elkaar lopen. Het is dan ook niet de kwestie of vergrijzing in het jaar 2000 nu 6 of 8 miljard gulden meer kost dan nu. Deze exercities zijn wel nuttig om een beeld te krijgen van de mogelijke kosten van vergrijzing. Het gaat er echter meer om of de maatschappij zelf de gevolgen van de vergrijzing kan opvangen. We hebben wat dat betreft het 'demografisch getij' eigenlijk nog mee.

Indien gedurende de komende jaren in de gezondheidszorg de zorgzame samenleving ook in structurele zin wordt ingebouwd kunnen de benodigde vaardigheden bij de maatschappelijke organisaties worden ontwikkeld. Tegen de tijd dat de echte vergrijzing eraan komt is de samenleving voldoende toegerust om ook dat aan te kunnen. Het maakt de vergrijzing als uitdaging er des te boeiender door.

