

De toekomst van de ouderenzorg: een zorgpolis

H.A.A. Verbon en A. Gabriëls*

De vergrijzing zorgt voor een sterk toenemende vraag naar de, grotendeels door de overheid gefinancierde, zorgvoorzieningen voor bejaarden. Het eenvoudigweg beperkt houden van het aanbod van voorzieningen is volgens de auteurs geen goede manier om het financieringsprobleem op te lossen. Door toekomstige gebruikers vroegtijdig met (een deel van) de kosten te confronteren, zal enerzijds de vraag afnemen, en anderzijds een groter deel van de kosten langs niet-collectieve weg worden opgebracht.

De vergrijzing die Nederland langzaam maar zeker treft, zal niet alleen tot grote kostenstijgingen van de pensioenvoorzieningen leiden. Ook de medische kosten zullen flink toenemen alsmede de vraag naar zorgvoorzieningen voor bejaarden, namelijk kruiswerk, gezinszorg, verpleegthuizen en bejaardenoorden. Het kan berekend worden dat de collectieve uitgaven voor de AOW, de medische zorg en de zorgvoorzieningen onder ongewijzigd beleid zullen toenemen van ongeveer f 68 mrd nu tot ongeveer f 123 mrd rond 2035 in guldens van nu¹. Met andere woorden, als percentage van het bruto nationaal produkt liggen de uitgaven voor deze voorzieningen rond die tijd bijna 9 procentpunten boven het huidige niveau. Dit is een problematisch gegeven gezien de momenteel in de politiek levende behoefte de collectieve sector reëel op een constant niveau te houden.

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat het ook rond 2035 als ongewenst zal worden beschouwd om dit budgettaire probleem geheel ten laste van het financieringsstekort of de collectieve-lastendruk te laten komen. Vroeg of laat zullen deze voorziene kostenstijgingen dan tot beleidswijzigingen moeten leiden die beperking van het volume (medische zorg en zorgvoorzieningen) dan wel beperking van de reële waarde per bejaarde (AOW) beogen. Ook op korte termijn echter staan door de krappe budgettaire situatie van de collectieve sector de genoemde voorzieningen onder druk.

Dit artikel gaat over de vraag hoe de financiële gevolgen van de vergrijzing beheerst kunnen worden. Daarbij beperken we ons tot de zorgvoorzieningen voor bejaarden. Allereerst inventariseren we enkele specifieke problemen van deze sector. Daarna worden de oplossingen uit het rapport-Welschen besproken. Tenslotte stellen wij enige aanvullende instrumenten ter beheersing van de kosten voor de zorgvoorzieningen voor.

De zorgvoorzieningen

Groei van de vraag

In 1990 werd aan deze voorzieningen (gezinszorg, kruiswerk, bejaardenoorden en verpleeghuizen) f 10,5 mrd uitgegeven via de collectieve sector². Bijna 500.000 bejaarden maken gebruik van deze voorzieningen, maar het overgrote deel van de bejaarden woont zelfstandig en doet ook geen beroep op thuiszorg (zie tabel 1). Door de vergrijzing zal het beroep op de zorgvoorzieningen gestaag blijven toenemen. Bij ongewijzigd beleid zullen de uitgaven in 2015 daardoor zijn opgelopen naar f 15,5 mrd (in guldens van 1990), hetgeen een jaarlijkse reële stijging impliceert van 1,5% per jaar.

Hierbij is echter uitgegaan van constante kosten per eenheid produkt. Wanneer ook rekening wordt gehouden met de kostenstijging die optreedt als gevolg van achterblijvende produktiviteitsontwikkeling in de dienstensector (de zogenaamde ziekte van Baumol), zal bij ongewijzigd beleid minimaal een stijging van 3% per jaar volgen. In 2015 zal dan f 20 mrd aan de zorgvoorzieningen worden uitgegeven. Tot 2040 zullen deze uitgaven zonder de ziekte van Baumol verder oplopen tot maximaal ruim f 24 mrd en inclu-

* De auteurs zijn resp. hoogleraar en student-assistent aan de Katholieke Universiteit Brabant.

1. Bij deze berekening is uitgegaan van constante kosten per eenheid produkt bij de gezondheidszorg en de zorgvoorzieningen, maar van een welvaartsvaste AOW-uitkering. Zie voor de berekening hiervan ook: H.A.A. Verbon en A. Gabriëls, De publieke sector na 1994, in: H. de Groot en C.G.M. van Oosteren, *De toekomst van de publieke sector*, 's-Gravenhage, 1994.

2. De hierna te vermelden gegevens zijn deels gebaseerd op eigen berekeningen en deels op: *Ouderenzorg met toekomst*, Advies van de commissie modernisering ouderenzorg, mei 1994.

sief de ziekte van Baumol tot f 51 mrd! Voor de zorgvoorzieningen is er dus in het ergste geval een budgettaire problematiek van bijna 6 procentpunten. Wel is hierbij uitgegaan van honorering van toenemende vraag, terwijl momenteel het beleid gericht is op stabilisering van de aanbodcapaciteit.

Financiering

Een ander probleem is dat de genoemde voorzieningen uit verschillende bronnen worden gefinancierd, waardoor de eigen bijdragen van bewoners uiteen lopen. Zo wordt opname in een verpleeghuis gefinancierd uit de AWBZ, met een inkomensafhankelijke eigen bijdrage door de cliënten als aanvulling. De bejaardenoorden echter worden in beginsel door de bewoners zelf betaald, maar de overheid dekt de tekorten als de bewoners daartoe niet in staat zijn. In tegenstelling tot bij verpleeghuizen geldt hier dat de bewoners eerst hun vermogen moeten aanspreken alvorens de overheid tekorten bijpast. De middelen-toets in verband met de eigen bijdrage is voor bejaardenoorden dus veel strenger dan die voor verpleeghuizen. Dit impliceert dat het voor een bejaarde om financiële redenen voordeliger kan zijn in een verpleeghuis in plaats van in een bejaardenoord te worden opgenomen, terwijl de kosten van een verpleeghuisbed hoger zijn dan die van een plaats in een bejaardenoord.

Het beleid tot nu toe

Hoofddoel van het ouderenbeleid in de jaren zeventig was ouderen een levenskwaliteit te verschaffen, gelijkwaardig aan die van jongeren³. Intramurale zorg was hierbij belangrijk, extramurale zorg (die goedkoper bleek) kreeg echter de voorkeur. Dit beleid kwam in feite neer op een streven naar vervanging van de intramurale zorg door extramurale zorg (substitutiebeleid). In 1975 werd dit beleid kracht bijgezet door de 7%-norm: maximaal mocht 7% van alle 65-plussers binnen instellingsmuren verzorgd worden. Om deze norm te kunnen bereiken, moest extramurale zorg een grotere rol gaan spelen. Begin jaren tachtig probeert de regering dit substitutiebeleid wat meer inhoud te geven door te streven naar kleinschaliger voorzieningen, meer mantelzorg en meer (goedkopere) eerstelijnszorg. Door gebrek aan coördinatie tussen de instellingen en de verschillende financieringsstructuren, kwam dit slechts marginaal van de grond; in 1985 werd de 7%-norm vervangen door een nieuw sturingsinstrument: een budgetteringsregeling voor de instellingen. Thans wordt vrij algemeen erkend dat het genoemde gebrek aan coördinatie niet alleen substitutie belemmert, maar meer in het algemeen de hulpverlening aan ouderen bemoeilijkt. De vele instanties die betrokken zijn bij het bepalen van de hulp aan ouderen werken soms zo langs elkaar heen, dat de problemen van de hulpbehoevende ouderen er alleen maar door vergroot worden.

Het oplossen van de problemen door het inkrimpen van de budgetten lijkt weinig perspectieven te bieden: nu reeds ziet het kabinet van diverse bezuinigingen op de verzorgingstehuizen af omdat daarvoor geen politieke steun binnen en buiten de kamer gevonden kan worden.

Tabel 1. Woonsituatie bejaarden in 1990 (in duizendtallen)

	65 - 74	75+	65+
Zelfstandig	1.076,2	646,1	1.722,3
w.v. thuiszorg	97,9	178,1	276,0
Bejaardenoord	9,5	120,7	130,2
Verpleegtehuis	11,1	43,2	54,3

Bron: achtergrondinformatie bij *Ouderenzorg met toekomst*.

Deze problemen hebben geleid tot de instelling van een Commissie modernisering ouderen zorg door het kabinet (ook wel de commissie-Welschen naar haar voorzitter), welke in mei 1994 rapporteerde (zie noot 2). Opvallend is dat er door economen nauwelijks aandacht aan het rapport is besteed, terwijl de kosten van de zorgvoorzieningen tot aanzienlijke problemen in de openbare financiën kunnen leiden.

Ouderenzorg met toekomst?

In haar rapport met de titel 'Ouderenzorg met toekomst' stelt de commissie-Welschen dat tot 2015 een jaarlijkse groei van 1% van het budget voor de ouderen zorg vereist is. Deze opvallende suggestie is inmiddels door de politiek overgenomen en is in het nieuwe 'paarse' regeerakkoord verwerkt. Deze budgettaire groei is echter alleen voldoende om aan de behoefte aan zorgvoorzieningen te voldoen, als gelijktijdig opnieuw een substitutiebeleid wordt ingevoerd. De mogelijkheden voor substitutie zijn volgens de commissie aanwezig: bejaarden blijken vaak gebruik te maken van bepaalde voorzieningen terwijl een 'lichtere' voorziening ook zou voldoen⁴.

Zo'n substitutiebeleid moet er, net als in de jaren zeventig en tachtig, voor zorgen dat voor veel mensen lichtere hulp in de plaats komt van zwaardere hulp. Een deel van de mensen dat nu naar een verpleeghuis gaat zal naar een bejaardenoord kunnen, terwijl op hun beurt de bejaardenoorden gemiddeld door 'zwaardere' gevallen dan nu moeten worden bevolkt. De lichtere gevallen raken op de thuiszorg aangewezen, zodat het beroep op de thuiszorg van een deel van de huidige gebruikers, in de toekomst niet meer gehonoreerd kan worden. Als dit beleid slaagt, zouden de kosten in 2015 niet oplopen tot f 15,5 mrd maar tot f 12,3 mrd⁵.

De commissie wil de substitutie bevorderen met een aantal veranderingen in de financierings- en organisatiestructuur van de bejaardenzorg.

3. Zie voor de beschrijving van het beleid: R. Huijsman, *Model van voorzieningen voor ouderen*, Kerckebosch, 1990, blz. 19 e.v.

4. Volgens de commissie zou 26% van de bejaarden in een verpleeghuis ook in een bejaardenoord terecht kunnen; maar liefst 59% van de bewoners van een bejaardenoord zou nog zelfstandig kunnen wonen, terwijl 31% van de gebruikers van thuiszorg zich volledig zelf zouden kunnen redden. Zie: *Ouderenzorg met toekomst*, t.a.p. blz. 52.

5. Dit is dus exclusief ziekte van Baumol. In het vervolg zullen we, tenzij het tegendeel wordt vermeld, de ziekte van Baumol buiten beschouwing laten.

Tabel 2. Groei bejaarde bevolking, in duizendtallen

	1990	1995	2000	2010	2020	2030	2040
65-79	1.479 (10)	1.558 (10)	1.651 (11)	1.828 (11)	2.397 (15)	2.703 (17)	2.738 (18)
80+	433 (3)	489 (3)	518 (3)	619 (4)	669 (4)	882 (5)	1.009 (6)
65+	1.912 (13)	2.047 (13)	2.169 (14)	2.447 (15)	3.066 (19)	3.585 (22)	3.747 (24)
Totaal	14.922	15.316	15.717	16.142	16.219	16.092	15.566

Bron: CBS-bevolkingsprognose: midden variant. Tussen haakjes het percentage aandeel van de leeftijds-groep.

Ten eerste zou de ouderenzorg zoveel mogelijk in één financierings- en verzekeringssysteem ondergebracht moeten zijn, namelijk in de AWBZ. Ten tweede moeten de eigen bijdragen van de zorggebruikers geharmoniseerd worden. Het gevolg hiervan is dat de prikkel om de duurdere vorm van zorg te kiezen verdwijnt, maar ook dat nu alle voorzieningen onder het basispakket van de AWBZ vallen.

Ten derde zouden de instellingen, ouderenorganisaties, verzekeraars en gemeenten in een bepaalde regio nauw moeten gaan samenwerken in zogenaamde zorgregio's, ten einde de beschikbare middelen optimaal in te kunnen zetten. Door aldus de besluitvorming over toekenning van zorg beter te coördineren, zal het minder snel voorkomen dat hulpvragende ouderen worden doorgeschoven naar belendende zorgvoorzieningen. De toegang tot de zorg wordt maar door één loket verschaft waardoor, aldus de commissie, substitutie beter mogelijk wordt.

Substitutie, maar hoe?

Het is (uiteraard) zeer toe te juichen onnodig gebruik van collectief gefinancierde voorzieningen terug te dringen. Om dit te bereiken kiest de commissie er ten eerste voor de financiering van de diverse deelvoorzieningen te uniformeren. De commissie had hier echter ook kunnen overwegen keuzemogelijkheden in het verzekerde pakket aan te brengen. Via de vraagkant zou dan de invloed van de collectieve verzekering verder worden teruggedrongen. De commissie blijkt echter ten tweede vooral voor aanbodsturing te opteren. Aanbodsturing is momenteel het belangrijkste instrument waarmee de overheid probeert de kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. Budgettering van ziekenhuizen, afspraken over tarieven voor specialisten, besluitvorming over de omvang van het ziekenfondspakket, e.d., grijpen alle aan bij de aanbodkant. Ook op het terrein van de zorgvoorzieningen wordt via ingrepen in de capaciteit naar kostenbeheersing gestreefd. De voorgestelde substitutie door de commissie Welschen sluit hierbij aan.

Wanneer er echter niet duidelijk bij gezegd wordt op welke wijze substitutie vorm zou moeten krijgen, maakt dat deze belangrijke aanbeveling wel tot een heel zwakke schakel van het rapport. Vooral is dat zo daar, als gezegd, substitutie al meer dan twintig jaar als beleidsdoel wordt gehanteerd waarbij verschillende instrumenten worden en werden ingezet. Welke instrumenten als geschikt worden beschouwd, wordt door de commissie niet uiteengezet. Het lijkt erop, al zegt de commissie dat niet expliciet, dat het gewen-

ste effect vooral zal moeten komen van een voortzetting van het in de afgelopen jaren gevoerde beleid van beperking van de aanbodcapaciteit door budgettering.

Beperking van het aanbod zou gerealiseerd kunnen worden via het toekenningenbeleid. Momenteel zijn de van gemeentewege ingestelde indicatiecommissies bepalend of iemand in aanmerking komt voor thuiszorg of intra-

murale zorg. Deze commissies beoordelen de medische en sociale situatie van een applicant en kennen op basis van die beoordeling al dan niet zorg toe. De suggestie van de commissie-Welschen is nu dat de indicatiecommissies te weinig stringente criteria bij hun beoordelingen toepassen. Het is echter niet duidelijk welk belang indicatiecommissies erbij zouden kunnen hebben soepel te zijn in hun toekenningenbeleid. Anders dan bijvoorbeeld bij de uitvoering van de WAO worden hier de beoordelaars er financieel niet beter van (in de vorm van garantie van eigen werkgelegenheid, e.d.) als zij een positieve toekenning uitspreken. Als dit zo is en de indicatiecommissies hun beoordeling op zo objectief mogelijke wijze tot stand laten komen, is het omgekeerd al evenmin duidelijk hoe zij strenger zouden kunnen keuren. Als er geen prikkel is voor deze commissies te soepel te zijn, is er ook geen prikkel te streng te zijn in hun beoordelingen.

Het lijkt, kortom, niet aannemelijk dat op deze wijze de vraag naar bejaardenzorgvoorzieningen sterk beïnvloed wordt. Beperking van het aanbod door de overheid overeenkomstig de berekening van de commissie kan dan tot het volgende scenario leiden. De wachtlijsten voor de voorzieningen zullen groeien. Zoals uit tabel 1 blijkt, worden de zorgvoorzieningen vooral door de oudere bejaarden gebruikt. Door de toename van de wachtlijsten ligt het voor de hand dat vele wachtenden de voorzieningen door sterfte niet zullen bereiken. Als dit effect dramatische vormen begint aan te nemen, zou de groei van de wachtlijsten wel eens als een effectief drukmiddel op de politiek kunnen werken om capaciteitsbeperkingen op te heffen. Daarnaast zou de onbereikbaarheid van de voorzieningen voor velen ook kunnen leiden tot het ontstaan van private zorginstellingen. Een grotere invloed van de markt kan, uiteraard, schaarste opheffen en de druk op de collectieve sector verminderen. Anderzijds kan het ook leiden tot grotere ongelijkheid in de toegang tot de zorg. Wat we dan kunnen krijgen in de toekomst is een situatie waar door de overheid verstrekte zorg alleen toegankelijk is voor de allerswaarste gevallen en door de markt verstrekte zorg alleen beschikbaar is voor de hoogste inkomens.

Een ongebreidelde groei van wachtlijsten is wellicht te voorkomen als aan toewijzingscommissies opgedragen wordt rekening te houden met de aanbodcapaciteit. Dit kan echter leiden tot onrechtvaardige geografische verschillen in toegang tot de zorg. Een andere mogelijkheid is dat toewijzing alleen op basis van eenduidig vastgelegde protocollen plaats-

vindt. Dit is voor de bejaardenzorg geen erg geschikt instrument, omdat niet alleen strikt medische factoren bepalend zijn voor de behoefte aan zorg.

Uit het bovenstaande scenario trekken wij de conclusie dat aanbodbeperkingen op termijn geen oplossingen voor de kostenstijgingen in de zorgvoorzieningen opleveren. Doordat de vraag op geen enkele wijze wordt beperkt, zal door de vergrijzing toch een toenemende druk op de instellingen worden uitgeoefend. Vroeg of laat zullen dan de aanbodbeperkingen in de politiek weer ter discussie worden gesteld.

Budgettaire consequenties

De voorgestelde substitutie lijkt niet alleen moeilijk realiseerbaar; ook als het lukt levert het onvoldoende besparing op om de financiering van de zorgvoorziening zeker te stellen.

Ten eerste zal substitutie ook gevolgen hebben voor de kosten van andere, bij voorbeeld medische, voorzieningen. Het is niet ondenkbaar dat als bejaarden moeilijker toegang krijgen tot de duurdere zorgvoorzieningen zij (gedwongen of niet) meer gebruik zullen maken van medische voorzieningen⁶.

Ten tweede zijn er, mocht het voorgestelde substitutiebeleid lukken, na 2015 (einddatum van het onderzoek van de commissie-Welschen) geen verdere besparingen als gevolg van substitutie meer te behalen en worden de kosten van de zorgvoorzieningen geheel door demografie bepaald. Juist tussen 2015 en 2040 gaat de vergrijzing het snelste (tabel 2). Tot 2010 is de bejaarde bevolking procentueel nagenoeg constant. Daarna zal er een sterke groei optreden. In die periode is ook de problematiek van de 'dubbele' vergrijzing sterk aanwezig; het aantal 80-plussers zal in 2040 27% van de totale bejaarde populatie bedragen tegen 23% nu.

Tabel 3 maakt duidelijk tot welke kostenstijging deze ontwikkeling leidt: in 2040 zullen de uitgaven aan zorgvoorzieningen gestegen zijn naar ruim f 16 mrd. Als we echter ook rekening houden met de toename van het aantal 80-plussers, die relatief vaak in een bejaardenoord of verpleeghuis opgenomen zijn, dan zullen de uitgaven tussen 2015 en 2040 stijgen naar ruim f 19 mrd, een stijging van maar liefst 1,8% per jaar. Als we daar nog 1,5% bij optellen als gevolg van de ziekte van Baumol, dan betekent dat een jaarlijkse toename (afgezien van prijsstijgingen en dergelijke) van ruim 3%. In huidige termen betekent dat een jaarlijks extra begrotingsbedrag van ongeveer f 350 mln per jaar. In een kabinetsperiode nemen dan de zorguitgaven dus met f 1,4 mrd toe. Dit bedrag is, het zij benadrukt, in reële termen uitgedrukt en leidt dus tot een stijging van de collectieve uitgavenquote.

Aanbod- en vraagregulering

De voorstellen van de commissie Welschen sluiten als gezegd aan bij het principe van aanbodsturing. Er wordt voorbij gegaan aan het feit dat in het zorgsysteem weinig prikkels aanwezig zijn om terughoudend te zijn met de vraag. Juist daarom zou het zinvol zijn voor deze sector voorstellen in ogenschouw te nemen die de lijn van vraagbeheersing volgen. Deze

Tabel 3. Kosten ouderenzorg in de tijd (in miljarden gulden)

	1990	2015	2040
Geen dubbele vergrijzing ^a			
met substitutie	10,5	12,3	16,0
zonder substitutie	10,5	15,5	20,2
Dubbele vergrijzing ^b			
met substitutie	10,5	12,3	19,3
zonder substitutie	10,5	15,5	24,3

a. Hier wordt aangenomen dat het beroep op zorgvoorzieningen bepaald wordt door het totaal van de bevolking ouder dan 65 jaar.

b. Hier wordt aangenomen dat het beroep op zorgvoorzieningen voornamelijk bepaald wordt door de bevolking ouder dan 80 jaar.

lijn is uitgezet door het rapport van de commissie-Dekker en tot uitdrukking gekomen in het zogenaamde plan-Simons. Bij deze (tot op heden politiek overigens nauwelijks succesvolle) voorstellen wordt er vanuit gegaan dat door middel van invoering van het marktmechanisme, waarbij er voor de verzekerden sprake is van een aanzienlijke keuzevrijheid, een efficiënter gebruik van de middelen wordt gemaakt. Door de invoering van keuzevrijheid kiezen verzekerden de goedkoopste verzekeringsmaatschappij en het verzekerde pakket dat het beste bij hun voorkeuren past. Gematigd gebruik wordt dan gestimuleerd door hier een geschikte verzekeringsvorm te kiezen die aansluit bij de vraagkant van de voorzieningen. In het navolgende werken wij hier kort een voorstel ten aanzien van de zorgvoorzieningen voor ouderen uit.

Ons voorstel is het volgende. Alle mensen ouder dan zeg 45 jaar maar jonger dan 65 jaar zullen zichzelf een zorgpolis moeten aanschaffen waarmee zij later, namelijk na 2015, een recht op het gebruik van zorgvoorzieningen kunnen claimen. De premieopbrengsten op deze polis gaan in een fonds waarmee verzekeringsmaatschappijen na 2015 de extra demografisch bepaalde kosten van de zorgvoorzieningen kunnen financieren. Deze zorgpolis bestaat uit een amendement van en een aanvullende polis op de AWBZ en zou bij voorbeeld drie keuzemogelijkheden kunnen bevatten.

De eerste keuze is de sobere variant. Bij opname in intramurale zorg heeft men slechts een recht op een minimaal zakgeld. Bij noodzakelijke opname in een instelling zal men dus het eigen vermogen moeten aanspreken alvorens de verzekering tekorten bijpast. Deze keuze zou opgenomen kunnen worden in het basispakket van de AWBZ, waarbij voor de desbetreffende verzekerden een geormerkte inkomensafhankelijke extra premie zou kunnen worden inge-

6. Onder de substitutievariant zullen 116.000 bejaarden die onder ongewijzigd beleid in een bejaardenoord zouden verblijven of recht op thuiszorg zouden hebben, aangewezen zijn op informele zorg. Als bij voorbeeld in 2015 de helft van deze bejaarden in het ziekenhuis komt als gevolg van substitutie, zal daarmee f 1,6 miljard van de kostenbesparing teniet worden gedaan (gebaseerd op de gemiddelde jaarlijkse kosten van ziekenhuisopnames door bejaarden).

voerd. Volgens onze berekeningen zou een premieverhoging van tussen de 0,5% en 1% voldoende zijn om de kostenstijgingen na 2015 volgens de substitutievariant te dekken. De tweede keuze zou een hoger recht op een zakgeld plus het recht op behoud van een deel van het eigen vermogen kunnen bevatten. De derde keuze tenslotte is de variant waarbij men bij toekenning van intramurale zorg een recht kan doen gelden op de meer luxueuzere voorzieningen zoals de woonzorgcomplexen. De commissie-Welschen spreekt zich uit tegen collectieve financiering van het wonen in woonzorgcomplexen. Volgens de commissie dienen de bewoners zelf de kosten van het wonen te betalen, omdat anders zoals zij zegt "de forse kwaliteitsverbetering voor enkelen (...) niet langer beschikbaar is voor vele anderen, die zijn aangewezen op woon- en zorgsubsidies" (t.a.p., blz. 32). Door een dergelijke voorziening expliciet in een verzekeringspakket op te nemen, kan deze voorziening echter toch gehandhaafd blijven en terecht komen bij mensen die er ook met een hogere premie voor betaald hebben. Dergelijke uitgebreide voorzieningen zouden dan volgens ons voorstel inderdaad niet in het basispakket zijn opgenomen, maar als aanvullende verzekeringen tegen een nominale premie kunnen worden aangeboden door verzekeringsmaatschappijen.

Dit voorstel om de keuze voor voorzieningen al in een vroegtijdig stadium via een verzekering vast te leggen, kan voorkomen dat de verkeerde prikkels in het stelsel gehandhaafd blijven. Mensen die een sobere voorziening hebben gekozen zullen terughoudend zijn bij het gebruik van zorgvoorzieningen. Dat geldt in mindere mate voor de overigen. Via de premiestelling zou hier echter bewerkstelligd kunnen worden dat voldoende vermogen in de verzekeringskas aanwezig is om de gevraagde voorzieningen ook daadwerkelijk te kunnen leveren. Daarmee kan dan ook direct de financiering van de zorgvoorzieningen na 2015 gewaarborgd worden zelfs indien de substitutievariant niet blijkt op te gaan.

Met het bovenstaande voorstel is een beperkte stijging van de collectieve-lastendruk gemoeid, maar daar tegenover staat dat daarmee het financieringsprobleem voor de zorgvoorzieningen na 2015 is opgelost. Daarmee is echter nog niet de onontkoombare stijging van de kosten op kortere termijn, namelijk tot 2015, aangepakt. De commissie-Welschen pleit ervoor een budgetstijging van 1% per jaar ten laste van het overheidsbudget te brengen. Hiervoor is een alternatief, namelijk: financiering van de extra uitgaven door de bejaarden zelf. Gezien het relatief geringe beroep op zorgvoorzieningen door bejaarden (zie tabel 1), is het duidelijk dat door verhoging van eigen bijdragen het budgettaire probleem onder de substitutievariant niet kan worden opgelost. Als we ervan uitgaan dat de huidige werkenden jonger dan 45 jaar niet voor deze kostenstijging aangeslagen kunnen worden (onder ons voorstel zullen zij immers, zodra ze 45 jaar geworden zijn, moeten gaan meebetalen aan de financiering van hun eigen toekomstige voorzieningen), dan is de conclusie onontkoombaar dat van bejaarden zelf een bijdrage gevraagd moet worden om het probleem tot 2015 op te lossen. De bij-

drage van ouderen kan overigens relatief bescheiden blijven. Een extra bijdrage van ongeveer f 20 per maand zou al voldoende zijn om de zorgvoorzieningen tot en met 2015 financieerbaar te houden onder een constant reëel beslag op de rijksbegroting.

Slot

Terugdringing van het beroep op zorgvoorzieningen kan alleen tot succes leiden als daar effectieve instrumenten bij worden aangereikt. Het is onduidelijk of de momenteel door het beleid toegepaste aanbodbeperking zo'n instrument is, noch of regionalisering daartoe kan bijdragen. Zo niet, dan is de door de regering inmiddels ingeboekte vereiste jaarlijkse groei van 1% van het budget voor zorgvoorzieningen onvoldoende om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen. Bovendien kan vastgesteld worden dat een verdere kostenstijging na 2015 onontkoombaar is.

Beleid dat zich richt op de aanbodzijde, is dus niet voldoende. Door de gebruikers met (een deel van) de kosten van de voorzieningen te confronteren, zal enerzijds de vraag afnemen, en anderzijds een groter deel van de kosten langs niet-collectieve weg worden opgebracht.

Wij stellen voor nu een aanvullende zorgverzekering in te voeren die verplicht is voor iedereen tussen de 45 jaar en 65 jaar oud en waar de verzekerden keuzevrijheid hebben in de soort zorgvoorziening en de hoogte van de eigen bijdrage bij een noodzakelijk beroep op een zorgvoorziening in de toekomst. Hiermee kan de budgetstijging na 2015 voorkomen worden. Voorts valt te overwegen de problematiek tot 2015 niet op de collectieve lasten af te wentelen, maar een bijdrage van de ouderen zelf te vragen. Volgens onze berekening is een gemiddelde bijdrage van f 20 per maand per bejaarde al voldoende om de 1% groei per jaar tot 2015 op te vangen zonder lastenverhoging voor de werkenden.

Harrie Verbon
Adri Gabriëls