

Zorg en schaarste

Demografische en medisch-technische ontwikkelingen doen in de komende tien jaar een stijging van de vraag naar gezondheidszorg van circa 3% per jaar verwachten. Het financiële kader voor de gezondheidszorg biedt echter slechts ruimte voor een stijging van 1% per jaar. In onderstaand artikel analyseert de auteur enkele trends in de vraag naar zorg en bespreekt hij maatregelen om de toenemende schaarste tegen te gaan. Als alternatieven komen aan de orde een beperking van de vraag naar zorg, een efficiënter gebruik van de middelen in de zorgsector, een verhoging van de Ziekenfonds- en AWBZ-premie en een gedeeltelijke privatisering van de financiering van de zorgverlening.

PROF. DR. A.J.P. SCHRIJVERS*

De vraag naar zorg

In 1983 installeerde de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). Deze groep bestaat uit op persoonlijke titel benoemde leden onder voorzitterschap van de directeur-generaal van de Volksgezondheid. Haar hoofdtak is het (doen) uitvoeren van scenarioprojecten: studies van mogelijke en wenselijke toekomstige ontwikkelingen van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Sedert haar installatie heeft de STG scenario's uitgebracht over vergrijzing, kanker, hart- en vaatziekten, en ongevallen¹. Over onder meer chronische ziekten en het ziekenhuis in de 21ste eeuw zijn toekomstverkenningen in voorbereiding. De scenarioprojecten kennen een vast stramen. Een onderzoeksgroep doet een achtergrondstudie op grond van relevante publikaties uit binnen- en buitenland. Tevens verzamelt en analyseert zij beschikbare databestanden over de laatste tien à twintig jaar. Gesteund door de achtergrondstudie formuleert een daartoe ingestelde scenariocommissie (bestaande uit onafhankelijke deskundigen op het desbetreffende terrein) een aantal premissen voor de toekomstige ontwikkeling, waarmee de onderzoeksgroep gaat rekenen. Een scenario bevat meestal een nul- en een trendvariant.

De eerste gaat uit van alleen wijzigingen in het inwonertal en de verdeling daarvan naar leeftijd en geslacht. De trendvariant doet dat ook, maar houdt ook rekening met diverse andere maatschappelijke ontwikkelingen. De uitkomsten van een scenario (die vaak betrekking hebben op de eerste jaren van de nieuwe eeuw) verschijnen in een scenariorapport, dat onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep uitkomt. Met regelmaat vindt actualisering plaats van een eenmaal uitgebracht scenario. Vergrijzing, kanker, hart- en vaatziekten en ongevallen hebben elk invloed op de vraag naar gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, ofwel kortweg op de vraag naar zorg. Die invloed komt hieronder aan de orde in termen van procentuele stijgingen en dalingen per jaar over de toekomstige periode van het desbetreffende scenario. Deze procentuele veranderingen zijn berekend door het verschil tussen begin- en eindjaar van het scenario te delen door het aantal tussenliggende jaren.

Vergrijzing

In het jaar 2000 bedraagt het aantal 65-plussers volgens de prognose uit 1988 van het Centraal Bureau voor de Statistiek 2.169.000 personen². Dit betekent een groei van 1,5% per jaar vanaf 1988. Voor de 80-plussers zijn de getallen 518.000 personen en 2,3% per jaar. De CBS-prognose uit 1988 voor het jaar 2000 ligt boven die van het jaar 1986, waarop de Stuurgroep Toekomstscenario's zich in 1988 baseert voor haar bijstelling van de prognose van de zorgvraag van ouderen. Bij gelijkblijvend leeftijds- en sexespecifiek gebruik van voorzieningen komt de STG tot de nulvariant-ramingen, weergegeven in tabel 1. De daarbij berekende groei bedraagt voor bejaardenoorden en verpleeghuizen 2,5 respectievelijk 1,7% per jaar. Het aantal ziekenhuisverpleegdagen van 65-plussers (in 1986: 40,5% van het totale aantal) neemt met 1,4% per jaar toe. Dit komt neer op een jaarlijkse groei van alle verpleegdagen met 0,6%. Op te merken is, dat de trendvariant van de STG tot hogere gebruikscijfers leidt. In deze variant wordt bij voorbeeld ook rekening gehouden (globaal, niet met behulp van een wiskundig model) met factoren als het toenemende aantal alleenstaande ouderen en de afnemende ondersteuning door kinderen en andere naasten van bejaarden. Voor de eerstelijnszorg heeft de STG alleen ramingen uit 1985 beschikbaar³. Tachtig procent van de contacten van de wijkverpleging betreft 60-plussers (80-plussers: 36,3%). Het percentage 65-plussers onder de cliënten van de gezinsverzorging bedraagt 73,5. Vanwege deze grote gerichtheid op ouderen is het plausibel om te veronderstellen,

* Hoogleraar Algemene Gezondheidszorg aan de Faculteit der Geneeskunde te Utrecht. De auteur dankt drs. B. van der Linden, medisch co-assistente en drs. D/M. Sluymers, plaatsvervangend directeur-generaal voor de Volksgezondheid.

1. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Ouder worden in de toekomst*, scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000, Jan van Arkel, Utrecht, 1985; Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Kanker in Nederland*, deel 1 en 2, Rijswijk, 1988; Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Het hart van de toekomst/De Toekomst van het hart*, Rijswijk, 1986; Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Ongevallen in het jaar 2000*, Rijswijk, 1988.

2. CBS, Bevolkingsprognose voor Nederland, 1988-2050: Eerste uitkomsten, *Statistisch Bulletin*, jg. 50, 22 december 1988.

3. Zie STG, *Ouder worden in de toekomst*, op. cit., 1985.

Tabel 1. Zorgconsumptie van 65-plussers in het jaar 2000^a

	Basis- Eenheid jaar	Aantal in Idemin basisjaar 2000	Groei p.jaar
Bejaardenoorden	1988 verzorgenden	133.800	174.500 2,5%
Verpleeghuizen	1986 bezette bedden	48.722	60.300 1,7%
Ziekenhuizen	1986 verpleegdagen	7,4 mln	8,8 mln 1,4%

a. Nulvariant: alleen wijzigingen in de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht liggen ten grondslag aan de schattingen.

Bron: STG, *Ouder worden in de toekomst*, tussenbalans 2, Rijswijk, 1988.

dat de vraag naar deze voorzieningen even snel zal groeien als het totale aantal 65-plussers: in casu 1,5% per jaar. Achttien procent van de contacten met de huisarts betreft 65-plussers. Deze contacten bestaan uit relatief veel visites aan huis, die meer tijd kosten dan spreekkamer- en telefonische consulten. Daarom is het aannemelijk dat de vraag naar de zorg van deze beroepsgroep met ca. 0,5% per jaar toeneemt. Het voert te ver om in het bestek van dit artikel de invloed van de vergrijzing op alle vormen van zorgverlening te bepalen. Op grond van bovenstaande voorbeelden, die gezamenlijk 58% van de kosten van de gezondheidszorg voor hun rekening nemen, lijkt een schatting van één procent groei per jaar van de vraag naar zorg door vergrijzing plausibel.

Chronische aandoeningen en ongevallen

Het aantal mensen met een chronische aandoening neemt sneller toe dan het aantal 65-plussers. Een voorbeeld hiervan biedt het Scenarioreport Kanker in Nederland⁴. De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg schat in dat rapport, dat het aantal nieuwe kankerpatiënten jaarlijks stijgt met 1,5%, een percentage dat vooral samenhangt met de vergrijzing van de bevolking. Door de langere overleving (door betere diagnostiek en behandeling) neemt het aantal in leven zijnde kankerpatiënten sneller toe, en wel met ruim 3% per jaar ofwel van ongeveer 200.000 in 1985 tot 300.000 in 2000.

Een vergelijkbaar beeld komt naar voren uit het scenario voor hart- en vaatziekten⁵. De STG schat voor de patiëntengroep met ischaemische hartziekten (de belangrijkste aandoening binnen de hart- en vaatziekten), dat het jaarlijkse aantal sterfgevallen zal dalen. Uit de in het scenario-rapport gepresenteerde figuren is een daling af te leiden van 50.250 in 1980 tot 25.500 in het jaar 2010, ofwel een jaarlijkse daling van 1,6%. Dit is mogelijk door snelle en adequate interventies (bij voorbeeld bij een optredend hartinfarct) en een optimale revalidatie. Door dezelfde oorzaak blijven er meer patiënten in leven met een behoefte aan chronische behandeling en met een (meer dan gemiddelde) kans op een terugkeer van klachten. Kromhout e.a. constateren, dat het jaarlijkse (voor de leeftijd gestandaard-

diseerde) aantal uit algemene ziekenhuizen ontslagen patiënten met een ischaemische hartziekte stijgt van 6.888 per miljoen Nederlanders in 1978 naar 9.605 in 1986: een stijging van 4,9% per jaar⁶.

De vraag naar zorg door ongevallen neemt eveneens toe. Tabel 2 bevat een overzicht van de groei van het aantal overledenen en gewonden door diverse soorten ongevallen. Het aantal gewonden neemt toe van 770.000 per jaar in 1984 tot 962.500 in 2000, ofwel met 1,6% per jaar. Een klein aantal hiervan overlijdt: 3.900 in 1984 en 4.875 in 2000. De STG geeft in het desbetreffende scenarioreport aan, dat deze toename slechts voor een gering deel te verklaren is uit de vergrijzing van de bevolking en voor een groot deel door een groeiende deelneming aan (riskante) sporten, doe-het-zelven en buitenrecreatie⁷. In een recente actualisering⁸ geeft de STG aan, dat bovenstaande ramingen op grond van de groei van het nationale inkomen naar boven bijgesteld moeten worden.

De scenario's voor kanker, hart- en vaatziekten en ongevallen maken het waarschijnlijk, dat de vraag naar zorg in de komende jaren toeneemt. Dat gebeurt niet alleen door de vergrijzing. Er komen meer patiënten per leeftijdsgroep en die blijven langer in leven. Dit verschijnsel doet zich bij meer groepen patiënten voor. Zo is de verwachting, dat het aantal diabetes zal stijgen van 191.000 in 1980 tot 339.000 in 2005, ofwel met 3,1% per jaar⁹. Ook het aantal chronische, psychiatrische patiënten neemt toe¹⁰, evenals het aantal zwakzinnigen¹¹, dat de volwassen leeftijd bereikt en meestal volledig op professionele zorg aangewezen is. Al deze waarnemingen maken de conclusie plausibel dat de vraag naar zorg ten gevolge van de toename van het (voor leeftijd gecorrigeerde) aantal patiënten een jaarlijkse volumegroei van de gezondheidszorg vereist van anderhalf procent. Gevoegd bij één procent voor de invloed van de vergrijzing op de volumegroei leidt dit tot een tussenresultaat van 2,5% volumegroei per jaar.

Transplantaties

Hiermee is de invloed van de vraagzijde op deze groei nog niet uitputtend behandeld. Hierbovenop komen nog de invloed van de opkomst van de transplantatietechnologie en de inhaalvraag door de achterblijvende volumegroei van de afgelopen jaren. De orgaantransplantaties trekken publicitaire aandacht, maar maken slechts een gering deel uit van de kosten van de gezondheidszorg. Dit jaar zullen er waarschijnlijk 60 hart-, 350 nier- en 40 levertransplantaties plaatsvinden, die gezamenlijk f 81 miljoen kosten, ofwel ca. 0,2% van de totale bestedingen van de zorgsector¹². In de Verenigde Staten neemt dit type ingrepen exponentieel toe. Voor Nederland lijkt 0,1% volumegroei ofwel circa f 46 mln. extra per jaar wenselijk om de ontwikkeling op dit terrein bij te houden. Van dat bedrag kan het aantal transplantaties per jaar met 200 à 300 toenemen.

Tabel 2. Aantal gewonden en overledenen door ongevallen

	1984	2000	Jaarlijkse groei
Aantal gewonden door ongevallen	770.000	962.500	
waarvan			
- thuis	660.000	825.000	
- verkeer	50.000	62.500	1,6%
- werk	60.000	75.000	
Aantal doden	3.900	4.875	

Bron: STG, *Ongevallen in het jaar 2000*, Boon, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1988.

4. Zie STG, *Kanker in Nederland*, op. cit., 1988.

5. Zie STG, *Het hart van de toekomst/De toekomst van het hart*, 1986.

6. D. Kromhout, J.W. den Boer, M.A. van Oostrom en H. Verkleij, Epidemiologie van ischaemische hartziekten, in: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Derde signaleringsrapport hart- en vaatziekten*, Rijswijk, 1989.

7. Zie STG, *Ongevallen in het jaar 2000*, 1988.

8. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Ongevallen signaleringsrapport*, Rijswijk, 1989.

9. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Chronische ziekten in 2005*, Rijswijk, 1989.

10. Nationaal Centrum voor de geestelijke gezondheidszorg, *De geestelijke gezondheidszorg in cijfers*, Utrecht, 1989.

11. Tweede Kamer, *Zorg- en dienstverlening ten behoeve van geestelijk gehandicapten*, vergaderjaar 1988-1989, 20 931, nr. 3, Den Haag, 1989.

12. S. van der Kooy van de Ziekenfondsraad, geciteerd in *de Volkskrant* van 18 mei 1990.

Voor het oplossen van knelpunten en wachtlijsten in de gezondheidszorg heeft het zittende kabinet voor de komende vier jaar f 680 mln. ofwel ca. 0,4% volumegroei per jaar extra gereserveerd¹³. Dit bedrag is nodig, omdat de werkdruk van het verplegend en verzorgend personeel in de instellingen aanzienlijk is gegroeid. Ook zijn de wachtlijsten van instellingen toegenomen, bij voorbeeld die van algemene ziekenhuizen. Het treffen van maatregelen voor deze knelpunten en wachtlijsten betekent ingaan op reeds bestaande vraag van patiënten en staat naast de groei van de vraag vanwege vergrijzing en de toeneming van het aantal gezondheidsstoornissen. Wij voegen daarom deze 0,4% volumegroei te zamen met de 0,1% voor de transplantaties toe aan het tussenresultaat van 2,5% en komen daarmee tot een volumegroei in de orde van grootte van drie procent per jaar voor de komende periode. Dan is aan de vraag naar zorg tegemoet te komen zonder de spanning van toenemende schaarste.

Het aanbod van zorg

Het kabinet-Den Uyl startte in het begin van de jaren zeventig met een financieel beleid, specifiek gericht op de gezondheidszorg¹⁴. In de jaren daarvoor had dat niet bestaan. Sinds de tweede wereldoorlog was op de gezondheidszorg een algemeen instrumentarium van toepassing: voor de tariefvaststelling golden de Prijsopdrivings- en de Prijzenwet en voor de volumebeheersing de Wederopbouwwet. Vooral in de jaren zestig kende de zorgsector een forse groei: de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kwamen toen tot stand en nieuwbouw van menig ziekenhuis vond plaats. De collectieve lasten stegen in het begin van de jaren zeventig fors, zij het wat minder dan in de jaren daarvoor: de premies Zfw/AWBZ stegen van 8,75% in 1970 naar 11,5% in 1973. Het kabinet-Den Uyl beoogde de stijging van de collectieve-lastendruk te beperken tot één procent. Mede hierdoor namen de premies Zfw/AWBZ over de periode 1973/1977 af van 11,5% tot 10,85%. Kenmerkend voor het nieuwe specifieke, financiële beleid voor de zorgverlening was het ontbreken van een afweging met de ontwikkeling aan de vraagzijde van de zorg. Het nieuwe beleid werd afgeleid uit het algemene financieel-economische beleid van de overheid: de gezondheidszorg moest daarin haar aandeel leveren. Ook onder de volgende kabinetten zou dat zo blijven.

In *Bestek '81* trekt het kabinet-Van Agt (1977-1981) de lijnen van zijn voorganger door. Geconfronteerd met hoge structurele werkloosheid, tegenvallende economische groei en oplopende collectieve uitgaven beoogt dit kabinet een stabilisatie van de collectieve-lastendruk. Voor de zorgsector betekent dit, dat de volumegroei tot 3% per jaar beperkt moet blijven. Trendkortingen vinden plaats op personeelslasten. Eigen bijdragen worden geïntroduceerd voor diverse intra- en extramurale voorzieningen. De premies Zfw/AWBZ nemen van 10,85% in 1977 toe tot 11,3% in 1980, ondanks rijksbijdragen in de fondsen van deze wetten.

Onder het kabinet-Lubbers I (1982-1986) blijft het algemene financiële beleid gericht op stabilisatie van de collectieve-lastendruk. Daarnaast worden de vermindering van het financieringstekort en een stringenter begrotingsbeleid belangrijk. Voor de gezondheidszorg betekent dit een nulgroei van het volume. Tal van maatregelen komen tot stand: budgettering van de algemene ziekenhuizen, temperisering van nieuwbouw, verdere reductie van ziekenhuisbedden alsmede beheersing van de kosten van medische specialisten en van geneesmiddelen. De opheffing van de dure vrijwillige Ziekenfondsverzekering wordt voor-

bereid. De premies Zfw/AWBZ stijgen desondanks van 12,4% in 1982 naar 13,85% in 1986. De meeste maatregelen sorteren niet volledig de gewenste effecten. Wel gaat de volumegroei terug naar ca. één procent.

Het kabinet-Lubbers II (1986-1989) gaat door met de dezelfde aanpak van de financiële problematiek: een verlaging van het financieringstekort, ten minste een stabilisatie van de collectieve-lastendruk en een stringent begrotingsbeleid. Mede door de enigszins toenemende economische groei gaan de collectieve lasten omlaag. Binnen dit algemene kader mag de gezondheidszorg weer groeien, en wel met één procent per jaar. Wel moeten de niet gerealiseerde taakstellingen uit het vorige kabinet alsnog gehaald worden: deze raken in de zorgsector bekend onder de term 'oud zeer'. Het kabinet zet een eerste stap om de financiering van de zorg te privatiseren: er komen eigen bijdragen voor specialistische hulp en een nominale premie binnen de Ziekenfondswet. Voor het financiële beleid op de lange termijn baseert het kabinet zich op het in 1987 uitgebrachte plan-Dekker: een basisverzekering voor iedereen met een omvang van (uiteindelijk) 85% van het bestaande Zfw/AWBZ-pakket alsmede de introductie van concurrentie binnen de zorgsector.

Het thans zittende kabinet-Lubbers III voert een vergelijkbaar algemeen financieel beleid als zijn voorgangers. De economische groei komt op gang, het financieringstekort en de collectieve-lastendruk dalen enigermate. Op grond hiervan komt dit kabinet tot een volumegroei voor de gezondheidszorg van 1% per jaar plus f 680 mln. (zie hierboven) voor de oplossing van knelpunten en wachtlijsten. De regering verdedigt deze groei door te wijzen op "uitermate krappe koopkrachtmarges"¹⁵. De realisatie van eerder ingezette maatregelen zoals de beddenreductie en de beperking van de kosten van specialistische hulp en van geneesmiddelengebruik blijven als beleidsvoornemen overeind. De voorstellen voor een basisverzekering krijgen een kleine maar wezenlijke verandering: gestreefd wordt naar een basisverzekering met de omvang van ongeveer het tegenwoordige Zfw/AWBZ-pakket, voor 85% gefinancierd uit een procentuele en voor 15% uit een nominale premie¹⁶. De marktwerking van het rapport-Dekker raakt op de achtergrond, mede door slechte voorbeelden in het binnenland (de geneesmiddelenmarkt met scherpe, heterogene concurrentie en toch hoge prijzen voor merkartikelen) en in de Verenigde Staten (een land met veel concurrentie in de zorgsector, dat toch een aandeel van 12% van het bnp besteedt aan gezondheidszorg).

Toenemende schaarste

De eerder beschreven demografische en medisch-technologische ontwikkelingen vragen om een volumegroei van ca. drie procent per jaar, terwijl het algemene financiële kader van het kabinetsbeleid slechts ruimte laat voor ca. één procent. Dit verschil leidt tot toenemende schaarste aan zorg, thans reeds tot uitdrukking komend in vraagstukken van werkdruk van verpleegkundigen en wachtlijsten voor voorzieningen voor acute en chronische patiënten.

13. Tweede Kamer, *Regeerakkoord 1989*, Resultaat programmatische besprekingen informateur Lubbers, vergaderjaar 1989-1990, 21 132, nr. 8, SDU-uitgeverij, Den Haag, 1989.

14. Zie ook: A.J.P. Schrijvers en C. Spreeuwenberg, Health policy in the Netherlands, in: W.W. Holland e.a. (red.), *Oxford textbook on public health*, Londen, 1990, ter perse.

15. *Regeerakkoord 1989*, op. cit., 1989.

16. Ministerie van WVC, *Werken aan zorgvernieuwing*, Rijswijk, mei 1990.

Hieronder komen vier maatregelen aan de orde om deze toenemende schaarste tegen te gaan: beperking van de vraag naar zorg, een efficiënter gebruik van de middelen in de zorgsector, een verhoging van de Zfw/AWBZ-premie en ten vierde een gedeeltelijke privatisering van de financiering van de zorgsector.

Geïnspireerd door de World Health Organisation heeft de overheid in de afgelopen jaren drie nota's uitgebracht om de vraag naar zorg te beperken: de *Nota 2000*¹⁷, het *Kerndocument Gezondheidsbeleid*¹⁸ en de nota *Werken aan zorgvernieuwing*¹⁹. Vraagreductie wordt in deze drie stukken steeds verder uitgewerkt in voorstellen voor preventie van ziekten, terugdringing van schadelijke milieu-invloeden, versterking van de informele zorg (de 'zorgzame samenleving') en bevordering van een gezonde leefstijl van mensen. Nog afgezien van de vraag of de beoogde maatregelen zullen aanslaan bij de bevolking zullen ze er ook toe leiden, dat chronisch zieken (met een grote zorgvraag) langer in leven blijven. Vanwege de bevordering van de kwaliteit van leven moet het beleid gericht op vraagreductie zeker doorgaan, maar of het in de komende jaren financiële vrucht afwerpt, is twijfelachtig.

Beddenreductie, beperking van de kostengroei van het geneesmiddelengebruik en matiging van de specialistenhonoraria vormen drie politieke dossiers gericht op een efficiënter gebruik van de middelen in de gezondheidszorg. Langzaam maar zeker boekt de overheid voortgang op deze drie beleidsterreinen, hetgeen in de komende jaren enige financiële ruimte kan bieden. Deze is nog te vergroten, indien het beleidsdoel beddenreductie wordt verruimd tot ziekenhuistransformatie: bestaande instellingen worden dan niet gesloten of ingekrompen (zoals bij beddenreductie), maar gaan andere zorg aanbieden: meer poliklinische zorg, dagbehandeling, vormen van thuiszorg en van chronische zorg aan ouderen en/of gehandicapten. Dat substitutie van intramurale zorg door thuiszorg – zoals onder meer bepleit door de commissie-Dekker – zal leiden tot kostenbesparingen wordt door wetenschappelijk onderzoek niet bevestigd. In hun overzichtsartikelen geven Hedrick en Inui²⁰, Hughes e.a.²¹, Vertrees e.a.²² en Weissert e.a.²³ aan, dat experimenten ter zake wel de kwaliteit van leven van patiënten bevorderen, maar (door de aanzuigende werking op patiënten die toch al thuis wonen, de zogeheten 'adds on') de kosten van zorg niet verlagen.

Verhoging van de Zfw/AWBZ-premies is geen beslissing die een kabinet kan nemen zonder een wijziging van het algemene financiële beleid en zonder raadpleging van de sociale partners, verenigd in de Sociaal-Economische Raad en in de Ziekenfondsraad. Het kabinet zou adviezen kunnen vragen aan genoemde organen over de ontwikkelingen aan vraag en aanbodzijde van de zorgverlening en de daaruit resulterende, meest wenselijke premiehoogte. Denkbaar is overigens, dat de huidige economische groei vanzelf leidt tot voldoende extra premie-inkomsten en een stabilisatie van dit deel van de collectieve-lastendruk (in plaats van een vermindering) als financieel beleidsdoel kan gelden.

De vierde maatregel om toenemende schaarste tegen te gaan betreft een gedeeltelijke privatisering van de financiering van de zorgverlening. Er is wat voor te zeggen om de 15% nominale premie in de basisverzekering (zoals geformuleerd in de laatste voorstellen van het kabinet²⁴) te beschouwen als particuliere bestedingen. Binnen de koopkracht van burgers kan dan ook een afweging plaatsvinden tussen verschillende bestedingscategorieën. Een bezwaar is wel, dat een nominale premie voor lagere inkomensgroepen relatief een zwaardere last vormt. Wellicht dat in de fiscale sfeer compensatie te bieden is voor deze groepen.

Of met bovenstaande maatregelen een toenemende schaarste aan zorg te vermijden is, is niet met zekerheid te stellen. Daardoor zijn de voorstellen ook te weinig uitge-

werkt en op alle consequenties beoordeeld. Dat was ook niet het ultieme oogmerk van dit artikel. Indien het ertoe bijdraagt, dat in de komende jaren demografische, medisch-technologische en algemene financiële ontwikkelingen in één beleidskader worden afgewogen, dan heeft het aan zijn doel beantwoord.

A.J.P. Schrijvers

17. *Nota 2000*, Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens, Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, Den Haag, 1985.

18. *Kerndocument gezondheidsbeleid*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, 21 010, DOP, Den Haag, 1989.

19. Ministerie van WVC, op.cit., 1990.

20. S.C. Hedrick en T.S. Inui, The effectiveness and cost of home care: an information synthesis, *Health Services Research*, nr. 20/6, part II, 1986, blz. 851-880.

21. S.L. Hughes, L.M. Manheim, P.L. Edelman en K.J. Conrad, Impact of long-term home care on hospital and nurse home use and cost, *Health Services Research*, nr. 22/1, 1987, blz. 19-47.

22. C. Vertrees, K.G. Manton en G.S. Adler, Cost effectiveness of home and community-based care, *Health Care Financing Review*, jg. 10, nr. 4, zomer 1989, blz. 65-78.

23. W.G. Weissert, C.M. Cready en J.E. Pawelak, The past and future of home- and community-based long-term care, *The Milbank Quarterly*, jg. 66, nr. 2, 1988, blz. 309-388.

24. Ministerie van WVC, op.cit., 1990.