

Inleiding

Aan de veroudering van de Curaçaosche bevolking, een gevolg van teruglopende geboortecijfers, emigratie naar Nederland en de lagere mortaliteit, is niet veel te veranderen.

De toename van het aantal oudere mensen zal de sociale zekerheid en de gezondheidszorg onder druk zetten omdat door de vergrijzing het aantal economisch 'actieven' zal afnemen ten opzichte van het aantal 'niet-actieven', wat het economisch draagvlak en de solidariteit tussen de generaties onder druk kan zetten. Toch kunnen wij wel het nodige ondernemen om de toenemende druk op het gezondheidssysteem en de sociale zekerheid het hoofd te bieden en ervoor te zorgen dat de rechten van oudere mensen niet in het gedrang komen. Hiermee is ook meteen een aantal belangrijke beleidsterreinen aangegeven waaraan de overheden, die immers geacht mogen worden het vergrijzingsprobleem ernstig te nemen, de komende jaren veel aandacht en zorg moeten wijden.

De vergrijzing zal gevolgen hebben voor de betaalbaarheid van (basis) voorzieningen zoals de AOV, voor de zorg, voor de inrichting van de leefomgeving (hogere eisen aan nabijheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen), de mobiliteit, het welzijn (de subjectieve beleving van kwaliteit van leven en leefomgeving) en de veiligheid.

Er moet een beleid worden ontwikkeld om de leefsituatie van ouderen te verbeteren. Aangedrongen moet worden op voldoende inkomen, voedsel, toegang tot gezondheidszorg en adequate huisvesting voor ouderen. Met het oog op de vergaande gevolgen van de vergrijzing heeft het Bestuurscollege van het Eilandgebied Curaçao ingestemd met de aanbevelingen voortvloeiende uit de Nota Ouderenbeleid van december 1996, en met de oprichting van een " Raad voor Ouderenbeleid", welke bij besluit no. 97/9265 d.d. 30 september 1997 werd ingesteld.

Doel van de Raad voor Ouderenbeleid:

Het Bestuurscollege van advies te dienen omtrent alle onderwerpen die betrekking hebben op het ouderenbeleid en voorts te adviseren omtrent de realisering op korte termijn van de aanbevelingen uit de Nota Ouderenbeleid. Onder ouderenbeleid wordt verstaan, alle maatregelen van wetgeving of bestuur voor zover die van invloed zijn op de positie van ouderen in de samenleving.

Samenstelling van de Raad:

C. Riedel	Voorzitter
E. Lauf	Penningmeester
A. Cratz	Sekretaris
Drs. M. Horsford	Vice Voorzitter
Mw. S.A.F Martis-Treurniet, MSc	Lid
E. Rojer	Lid
Dr. J.M. Eustatia	Lid

De toegang van ouderen tot de gezondheidszorg

Sinds jaren probeert de overheid een rechtvaardig en doelmatig ziektekostenstelsel tot stand te brengen dat van goed niveau en betaalbaar is. Ondanks alle inspanningen van de overheid om de gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk te maken kunnen toch vraagtekens worden geplaatst bij de mate waarin dit beleid effect heeft gesorteerd voor wat betreft de beheersbaarheid van de ziektekosten en de daarmee samenhangende toegankelijkheid tot de zorgverlening.

Door de blijvende stijging van de ziektekosten en het uitblijven van gedrag en mentaliteitsverandering bij de verschillende actoren, zijn gezondheid en ziekteverzekering niettemin meer dan ooit aspecten van continue aandacht en zorg.

De huidige beschikbare middelen voor de gezondheidszorg blijken echter niet toereikend te zijn om de steeds maar toenemende kosten te dekken. Verdere besparingen en verhoogde efficiëntie zijn dan ook noodzakelijk teneinde de kostendekkendheid van de desbetreffende fondsen zoveel mogelijk te kunnen garanderen.

Met deze problematiek, te weten de noodzaak van beheersing van de ziektekosten voor ogen, werd in januari 1999 door de Sociale Verzekeringsbank aan de Minister van Arbeid en Sociale Zaken een ontwerp Landsverordening Algemene Ziektekosten Verzekering aangeboden.

Dit wetsontwerp kreeg echter te weinig maatschappelijke steun, stuitte op grote weerstand en is uiteindelijk afgeblazen.

Het invoeren van een AZV werd niettemin in alle daarna volgende regeerakkoorden vermeld. Maar helaas is na de in 1999 mislukte poging om tot een fundamentele wijziging in de financieringsstructuur van de gezondheidszorg te komen, geen enkele serieuze poging meer gedaan om een AZV in te voeren. Maar dat heeft niets veranderd aan het feit dat de tekorten op de begroting voor geneeskundige verzorging elk jaar groter worden.

Er zijn een aantal factoren die van invloed zijn op de toename van de kosten van de gezondheidszorg. Mensen leven langer met vergrijzing als gevolg. Terwijl er nieuwe ziekten ontstaan die kostbare behandelingsmethoden vereisen, stelt de medisch wetenschappelijke ontwikkeling de patiënt in het algemeen nieuwe vormen van diagnose en therapie ter beschikking.

Door de betere verzorgingsmogelijkheden wordt de overleving van chronische patiënten verlengd. Deze doen evenwel niet alleen een groter beroep op de beperkte middelen, maar men zal hun bovendien een aanvaardbare levenskwaliteit moeten garanderen, wat op zich al meerkosten met zich brengt.

De tekorten op de begroting voor geneeskundige verzorging zijn zoals eerder reeds gesteld chronisch geworden en hebben bovendien de neiging elk jaar groter te worden.

Deze kosten stijgen bovendien door een groot aantal oorzaken welke nog niet door overheidsmaatregelen worden beheerst.

De overheid krijgt de rekeningen achteraf gepresenteerd en wordt daardoor gedwongen tot een open end financiering van de gezondheidszorg.

Aan deze situatie moet zo snel mogelijk een einde worden gemaakt.

Mede gelet op de uiterst precaire financiële positie van een groot aantal ziektekostenregelingen en de slechte financiële positie van de overheden, dienen daarom op korte termijn de nodige beleidsmaatregelen te worden genomen om te komen tot solide fondsen ter dekking van de ziektekosten.

De knelpunten

Door de verscheidenheid aan financieringsregelingen is het thans moeilijk om tot een samenhangend volksgezondheidsbeleid te komen. De daarvoor ten dienste staande instrumenten zijn onvolledig en gefragmenteerd en zijn moeilijk structureel en systematisch aan te wenden. Er bestaat daarom behoefte aan een op nieuwe leest geschoeide ordening waarbij de nodige bevoegdheden worden gecreëerd om de gewenste doelstellingen in het regeerakkoord voor wat betreft de gezondheidszorg te realiseren.

De financiering van de gezondheidszorg verloopt via een verscheidenheid van financieringsregelingen, zoals b.v.:

- **de pp-patientenregeling**
- **landsambtenaren**
- **de eilandambtenaren**
- **het FZOG**
- **de SVB**
- **de particuliere verzekeringen**
- **de AKM**
- **de eigenrisicodragers**
- **de regeling voor personeel van overheidsbedrijven**
- **de niet verzekerden die zelf hun ziektekosten betalen.**

Indien op korte termijn geen werkzame orderingsstructuur tot stand wordt gebracht zullen de knelpunten steeds groter worden.

Uit het jaarplan van onze stichting voor het lopend jaar kan worden opgemaakt dat het de bedoeling is dat wij u van advies dienen met betrekking tot de realisering van de aanbevelingen uit de Nota Ouderenbeleid t.w. aanbeveling 6: Planning van de financiering van de ouderen zorg/gezondheidszorg met als thema "Ziektekostenverzekering voor alle leeftijden".

In dit verband willen wij niet onvermeld laten het gestelde in het Urgentieakkoord 2004-2006 waaruit hierbij de volgende passages worden geciteerd:

" vóór medio 2005 dient besloten te worden over het invoeren van een algemene ziektekostenverzekering, de financiering daarvan en over de rol van de private en publieke sector bij het aanbieden van verzekeringen".

Daarbij dient rekening gehouden te worden met de volgende uitgangspunten:

(a) de uitvoering moet in handen zijn van de SVB, het BZV (voorzover een zorgverzekeraar) en de particuliere verzekeraars, met dien verstaande dat voor alle participerende verzekeraars een acceptatieplicht zal bestaan.

(b) Er moet een voor iedereen gelijk basispakket aan medische zorg worden vastgelegd

(c) Aanvullende pakketten kunnen worden aangeboden

(d) De premie voor het basispakket zal inkomen afhankelijk zijn, gebonden aan een maximum;

(e) Getracht moet worden het fonds voor de algemene ziektekosten verzekering aan te doen sluiten bij een groot internationaal fonds.

"Het onderzoek van de Commissie Leefbaar Ouderschap naar de effecten van de toenemende vergrijzing zal zo spoedig mogelijk moeten worden afgerond".

Advies van de Raad

Daar voor de totstandkoming van een Algemene Ziektekosten Verzekering een zo breed mogelijke maatschappelijk draagvlak is vereist, zal deze verzekering gebaseerd moeten zijn op de meest ruime mate van solidariteit: één voor allen, allen voor één.

Teneinde uw College zo objectief mogelijk van advies te kunnen dienen heeft de Raad gesprekken gevoerd met een groot aantal stakeholders teneinde hun mening ter zake te vernemen.

Uit gesprekken met de hieronder vermelde stakeholders heeft de Raad kunnen vaststellen dat er in ruime mate consensus bestaat met betrekking tot de noodzaak van de invoering van een Algemene Ziektekostenverzekering,

Er zijn gesprekken gevoerd met;

STRAF

SSK

UTS

CGTC

DCA

PDVSA

KAMER VAN KOOPHANDEL

VBC

HUISARTSEN VERENIGING

VERENIGING VAN MEDISCHE SPECIALISTEN

VERZEKERAARS NAVV

Uit het intern gevoerd beraad en uit de met de genoemde stakeholders gevoerde gesprekken is de Raad voor Ouderenbeleid tot de conclusie gekomen dat met het oog op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg de in te voeren AZV persé gebaseerd dient te zijn op een brede basis van solidariteit. Een AZV is te meer noodzakelijk omdat gebleken is dat de kosten van de gezondheidszorg in het huidig bestel niet meer beheersbaar zijn en de bestaande ziektekostenverzekeringen voor ouderen, niet meer betaalbaar zijn. Het inmiddels failliet gegane fonds AKM en het in een uiterst precare financiële situatie verkerend FZOG zijn hiervan duidelijke voorbeelden.

De Raad is van mening dat het solidariteitsprincipe - met name bij fors toenemende vraag - het beste kan worden gewaarborgd door vergroting van het draagvlak tot alle ingezetenen. Ook de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg zal op langere termijn, slechts kunnen worden gegarandeerd indien er sprake is van een algemene basisverzekering die voor iedereen geldt.

De Raad is met Prof. Post van oordeel dat het huidig beleid van de overheden met een systeem van elkaar beconcurrerende "semi overheidsinstellingen", (SVB/BZV) niet in het belang is van onze gezondheidszorg en derhalve niet mag worden voortgezet.

Indien men wil vasthouden aan de breed gedragen doelstellingen van algemene toegankelijkheid en gelijke kwaliteit in de gezondheidszorg en een tweedeling in de zorg wil voorkomen, is gelijke behandeling van personen met hoge en lage ziekterisico's essentieel. Naar het oordeel van de Raad ligt hier nadrukkelijk een taak voor de overheid omdat het solidariteitsprincipe niet zonder overheidsbemoediging is te realiseren.

Het invoeren van een Algemene Ziektekostenverzekering zal er voor moeten zorgen dat de bestaande knelpunten (financierbaarheid, betaalbaarheid, stelselproblemen, structuurproblemen) zoveel mogelijk worden opgeheven en dat de bestaande impasses worden doorbroken.

Met het invoeren van een Algemene Ziektekosten Verzekering moet in ieder geval de navolgende doelstellingen worden beoogd:

- een voor iedereen gelijke toegankelijkheid van gezondheidszorg, ongeacht inkomen, leeftijd en ziekterisico;
- het komen tot en behouden van een kwalitatief goede gezondheidszorg, zonder verspillingen en overbodige consumptie;
- meer uniformiteit in de uitvoering van de financiële afwikkeling van de ziektekosten;
- een goede samenhang in het zorgsysteem om de kosten beheersbaar te maken;
- het komen tot beheersbare kosten van de gezondheidszorg

Keuze of privaat of publiek

Voor de Raad geldt als uitgangspunt het volgende:

Artikel 2, letter E. sub 6. van de Eilandenregeling van de Nederlandse Antillen bepaalt dat niet tot de zorg van een eilandgebied behoort de regeling van de Sociale verzekeringen.

Het invoeren van een Algemene Ziektekostenverzekering valt onbetwistbaar onder het begrip "sociale verzekeringen" in de zin van artikel 2, letter E. Sub 6. van de Eilandenregeling. Dit houdt in dat conform ons Staatsrechtelijk structuur alleen het Land competent is tot regeling bij landsverordening van een algemene ziektekostenverzekering.

De Commissie Leefbaar Ouderdom schrijft in haar verslag als volgt over de juridische inkadering van de AZV:

Juridische inkadering van de AZV

Met betrekking tot de juridische inkadering van AZV heeft men in beginsel de keuze tussen een publiekrechtelijk en een privaatrechtelijk stelsel. Over de keuze bestaat er binnen de Commissie geen consensus.

Het publiekrechtelijke stelsel van ziektekostenverzekering houdt in dat:

a De ziektekostenverzekering wordt uitgevoerd door publiekrechtelijke organen.

b De financiering vindt op basis van solidariteit plaats door middel van inkomensafhankelijke premie of uit algemene middelen of uit combinatie van beide;

c De kaders waarbinnen het hele systeem moet functioneren worden door of vanwege de overheid bepaald om te voorkomen dat groepen verzekerden uitgesloten of benadeeld worden.

In het privaatrechtelijke stelsel worden de grondslagen (basispakket en de daarvoor te betalen nominale premie) ook bij landsverordening geregeld, maar wordt de feitelijke uitvoering gelaten in handen van de bestaande ziektekostenverzekeraars in de publieke en private sector.

Als argument voor dit stelsel wordt aangevoerd dat:

a. juist het thans voor bepaalde groepen van werknemers en werklozen bestaande publiekrechtelijke stelsel geleid heeft tot de huidige zeer grote problemen in de zorg;

b. met een privaatrechtelijk stelsel zal het "free riders" fenomeen praktisch worden geëlimineerd;

c. een privaatrechtelijk stelsel nauw aansluit bij een systeem waar nominale premies worden geheven;

d. een privaatrechtelijk stelsel automatisch leidt tot budgettering en dat van tevoren bekend is hoe hoog de kosten van de zorg zijn (aantal verzekerden maal nominale premie).

Staande voor de keuze van privaat of publiek is de Raad van oordeel dat in plaats van concurrentie en marktwerking gekozen moet worden voor het principe van solidariteit. Volgens de Raad kan het solidariteitsbeginsel het beste gegarandeerd worden door uit te gaan van één volksverzekering waarvan het draagvlak verzekerd is doordat alle ingezetenen er deel van uit maken.

De Raad is van mening dat een verdere tijdrovende discussie over een keuze tussen publiekrechtelijk of privaatrechtelijk stelsel van onze ziektekostenverzekering ten nadele is van de bevolking in zijn geheel en met name van de ouderen.

De Raad is van oordeel dat een beslissing moet worden genomen waarbij het principe van solidariteit moet worden gewaarborgd. Door middel van één volksverzekering en de toegankelijkheid van een basisverzekering voor alle ingezetenen wordt het draagvlak vergroot ten voordele van de bevolking in zijn geheel.

De Raad is en blijft van oordeel dat de gezondheidszorg een zaak is van publieke verantwoordelijkheid en dat concurrentie en marktwerking ondergeschikt zijn en onderhevig moeten zijn aan zeer strikte regulering door de overheid. Hierdoor behoudt de overheid een beslissende invloed op de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg. Het gaat bij ziekte immers om grote financiële risico's die niet individueel te dragen zijn.

Het kunnen waarborgen van een algemene toegankelijkheid en de voor iedereen gelijke kwaliteit van de gezondheidszorg in de Nederlandse Antillen, is **vanwege het draagvlak**, onverenigbaar met het huidige stelsel waarin een groot gedeelte van de bevolking, niet verzekerd is, particulier verzekerd is of waarbij grote werkgevers als eigen risicodragers fungeren.

Uitvoering AZV

De Commissie Leefbaar Ouderdom schrijft in haar verslag als volgt over de uitvoering van de AZV:

"Over de vraag hoe de uitvoering (6.3.5.) van de AZV moet worden opgezet, wat het premietype (6.3.7.) moet zijn en wie met de invordering (6.3.7.) van de premie moet worden belast, bestaat geen algehele consensus binnen de Commissie" Een meerderheid van de commissie is er voor om de feitelijke uitvoering inzake de te sluiten verzekeringen in handen te laten van de reeds bestaande ziektekostenverzekeraars in de publieke en private sector.

" Het argument hiervoor is dat concurrentie in het voordeel werkt van de burger zowel qua prijszetting (lage premie) als qua niveau van de dienstverlening (krijgen van service). Ook heeft de burger keuzevrijheid.

Eén uitvoeringsorgaan verhoogt de bureaucratie in het gezondheidsstelsel en zal vaak niet ten goede komen van de belangen van de verzekerden.

Het privaatrechtelijke stelsel is voorts een voortzetting van hetgeen thans reeds gangbaar is in de praktijk en reeds eerder door voormalige bestuurders is geaccordeerd."

" Zoals reeds gezegd, wordt er een basispakket ingesteld dat door alle uitvoeringsorganen wordt verkocht. Voor dat basispakket komt een verzekering en betalingsplicht en een acceptatieplicht. De verzekeraars mogen uiteraard al naargelang de wens van verzekerde - ook een zg. luxepakket verkopen als de verzekerde dat wenst en bereid is de hogere premie te betalen.

Voor alle duidelijkheid dient hierbij te worden vermeld dat voor alle verzekeraars sprake dient te zijn van een "playing level field". Geen der partijen krijgt voorkeursbehandeling in de vorm van een captive market, dan wel garanties van de overheid dat eventuele tekorten en /of verliezen door de overheid zullen worden gedekt. Voorts geldt dat voor alle verzekeraars de bepalingen van de landsverordening Toezicht Verzekeringswezen (LTV) van toepassing zijn en dat zij derhalve onder toezicht van de Bank van de Nederlandse Antillen komen te staan".

"Ook is het wenselijk om aandacht te besteden aan het aspect van risicoselectie. Ten einde te voorkomen dat vele risicogeveallen (nierpatiënten, 60 plussers, patiënten met aids etc) zich bij één verzekeraar concentreren, zal b.v. een systeem van maximaal aantal risicogeveallen per verzekeraar moeten worden ingevoerd of een bepaald percentage van de populatie verzekeren van die verzekeraar.

Daarnaast zullen de juiste voorwaarden voor het kunnen afsluiten van herverzekeringen moeten worden geschapen. "

Een minderheid van de Commissie is de mening toegedaan dat de AZV in een fonds bij de Sociale Verzekeringsbank moet worden ondergebracht en dat iedere burger verplicht is zich via de SVB te laten verzekeren.

Prof. Post schrijft in zijn rapport als volgt hierover;

" Eén verzekeraar zou op de Nederlandse Antillen voldoende zijn, gelet op de schaalgrootte. Er zijn minimaal 130 - 150.000 verzekerden nodig om als verzekeraar know-how en infrastructuur (bijv. ICT) te kunnen bekostigen. De verzekeraar zal als countervailing power vanuit één visie zich naar het veld moeten opstellen. Hiervoor is ook één sociale verzekeraar een betere garantie dan twee verzekeraars die in een concurrerende positie verkeren. Dat vergt een discussie tussen land en eilandbestuur over verhoging van uitkering en afdracht van premie aan de verzekeraar. Het voordeel van één verzekerdenpopulatie is dat de huisarts voor alle ingeschreven verzekerden in de sociale ziektekostenverzekering één abonnementstarief krijgt en dat andere hulpverleners via één vastgesteld tarief kunnen declareren. Het argument van concurrentie om 2 verzekeraars te hanteren lijkt in een zo kleinschalige omgeving absoluut niet valide. Veel belangrijker is het om als één mond te spreken en met het veld te onderhandelen vanuit één gezichtspunt. Concurrentie ten aanzien van beheerskosten lijkt ook geen optie: men zou de beheerskosten vanuit de overheid kunnen budgetteren: nominaal bedrag per verzekerde of via een percentage van de totale uitgaven. In Nederland is dit bij de ziekenfondsen lange tijd 4-5% geweest. Op dit moment worden de beheerskosten in Nederland gebudgetteerd samen met een verdere budgettering van de verzekeraars. Decentralisatie van de verzekeringsstructuur naar de eilanden is vanuit overwegingen van schaalgrootte, efficiencyvoordelen ICT, uniformiteit én de (noodzakelijkerwijs) eilandoverstijgende medisch-specialistische zorg geen haalbare zaak" .

In een gezamenlijke brief van de Bank van de Nederlandse Antillen en de Departement Financiën d.d. 10 mei 2001 gericht aan de Minister van Volksgezondheid & Milieuhygiëne en de Minister van Binnenlandse Zaken wordt als volgt geadviseerd ten aanzien van de samenvoeging van de SVB en de BZV.

Aan de Minister van Volksgezondheid
& Milieuhygiëne, Mr. L.A. Abraham
Minister van Binnenlandse Zaken,
drs. M. Rafaël
Fort Amsterdam
Alhier

Willemstad, 10 mei 2001

Geachte Ministers,

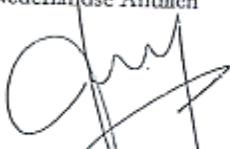
Gaarne vragen wij uw aandacht voor het volgende.

Wij hebben kennis genomen van het tweede advies van de Commissie Uitwerking Afsprakenkader Volksgezondheid gedateerd 9 mei 2001, en delen u hierbij mede dat wij ons geheel met de inhoud van voornoemd advies kunnen verenigen en dat hiermede een belangrijke stap is gezet richting het IMF.

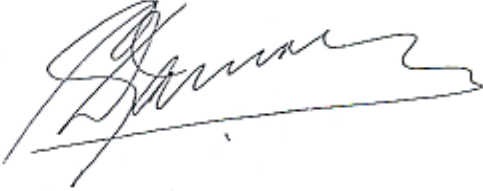
Ten aanzien van de samenvoeging van de SVB en het BZV, delen wij u mede dat dit gelet op de investeringen, infrastructuren, know-how en efficiency een integratie van het BZV in de SVB moet zijn. Het oprichten van een nieuw (publiekrechtelijk) orgaan daartoe heeft geen enkele zin en leidt uitsluitend tot meer versnippering.

Hoogachtend,

Dr. E. Tromp
President van de Bank van
de Nederlandse Antillen


c.c. Minister-President
Minister van Financiën.

Ing. G.W.Th. Damoen
Directeur Departement
Financiën



In de Memorie van Toelichting d.d. 11 oktober 2004 behorende bij het ontwerp landsverordening tot overheveling van het beheer van het FZOG naar de SVB schrijft de Regering als volgt:

"Overigens onderschrijft de regering de mening van de Staten zoals die is verwoord in de memorie van toelichting bij het hierboven genoemde door de Staten in ontwerp goedgekeurde landsverordening, dat het gewenst is om, gelet op de uiterst precaire financiële positie van het land, alle ziektekostenverzekeringen waarvoor het Land verantwoordelijkheid draagt - hieronder begrepen een algemene ziektekostenverzekering - onder te brengen bij de Sociale Verzekeringsbank.

Een van de factoren die in belangrijke mate de totstandkoming van consistente regelgeving verhindert, is dat adviserende commissies veelal, uit leden bestaan met tegengestelde en op de eigen groep gerichte belangen.

De Raad is van oordeel dat bij de selectie en benoeming van commissie leden die de overheden moet adviseren over maatschappelijk relevante vraagstukken zoals onze gezondheidszorg, rekening moet worden gehouden met deskundigheid en onafhankelijkheid. Deskundigheid en onafhankelijkheid van de leden is van groot belang voor een deugdelijke advisering en de waarborging van zowel de kwaliteit als de imparcialiteit van de advisering. Ook Professor Post stelt dat het blijven instellen van Commissies waarvan de leden uiteenlopende belangen hebben, elke consistente regelgeving zal blijven verhinderen.

Financiering gezondheidszorg

Een samenleving kan niet onverschillig zijn tegenover ongelijkheid in gezondheidszorg omdat de maatschappelijke en ten dele ook de individuele oorzaken en gevolgen van ongelijkheid beïnvloedbaar zijn. In die zin is het nastreven van gelijkheid in de gezondheidszorg een principiële maatschappelijke keuze, zulks ondanks het feit dat **volledige** gelijkheid niet zal worden bereikt omdat mensen van nature verschillen qua gezondheid. Een logisch gevolg van de principiële keuze voor gelijkheid, is dat de overheid onverkort een gelijke toegang tot de gezondheidszorg zal nastreven. De overheid zal daarbij er naar streven dat iedereen, en dus ook onze ouderen, een beroep kan doen op de zorg die hij/zij nodig heeft. Voor ouderen heeft dit het additioneel voordeel dat hun maatschappelijke participatie niet door een verminderende toegang tot de zorg nadelig zal worden beïnvloed.

Ouderen met lage inkomens moeten immers dikwijls afwegingen maken tussen gezondheid uitgaven en andere noodzakelijke bestedingen. Dit is ongetwijfeld één van de fenomenen die meespelen bij het verband tussen sociaal-economische verschillen en verschillen in gezondheid. We moeten onze sociale zekerheid uitbouwen tot een echte sociale bescherming voor ouderen, een sociale bescherming zonder onderscheid van rang of stand, of beter, een sociale bescherming die alleen onderscheid maakt wanneer de noden of de situatie van de mensen dat rechtvaardigen.

De Raad is van mening dat de overheid van goede en betaalbare gezondheidszorg een recht moet maken voor iedereen (actieven, niet-actieven, werknemers, ambtenaren, zelfstandigen, ouderen). Iedereen, ook onze ouderen, moet bij ziekte, zonder onderscheid, van dezelfde bescherming kunnen genieten. De Raad is van oordeel dat de wijze waarop een samenleving haar zwakste groepen behandelt, dé toetssteen is voor de graad van sociale rechtvaardigheid in die samenleving. De huidige structuur van onze gezondheidszorg creëert vooral voor ouderen een ongelijkheid, die onaanvaardbaar is. Een ongelijkheid die niet alleen als onrecht wordt ervaren maar fundamenteel onrechtvaardig is. Daarom moet het realiseren van het invoeren van een AZV, een sociale bescherming voor ouderen, gecombineerd met maatzorg, een kern van het overheidsbeleid worden. Gezondheidszorg behoort, samen met onderwijs, in ons maatschappelijk model tot de kern van gemeenschapsvoorzieningen. Mobiliteit, veiligheid en gezond leefmilieu zijn per definitie gemeenschapsgoederen. Dit betekent dat het genot ervan niet opdeelbaar is, dat niemand ervan kan worden uitgesloten.

De maatschappelijke gevoeligheid voor deze sectoren is hoog, in die mate dat thema's als onderwijs en gezondheidszorg in verschillende landen de inzet vormen van verkiezingen. De term gemeenschapsvoorzieningen drukt goed uit waarover het in wezen gaat: het op een toegankelijke wijze en zonder uitsluiting aanbieden van diensten die het individu toelaten om met gelijke kansen deel te hebben aan de samenleving. Op het gebied van de gezondheidszorg is de uitdaging enorm: als we een fatsoenlijke gezondheidszorg willen waarborgen, dan moeten we nu *investeren in verandering* niet in het behoud van wat is, maar in hun verandering en verbetering. Investeren in verandering, betekent ook dat iedereen méér verantwoordelijkheid aanvaardt voor de uitgaven die bijdragen aan de kosten van gezondheidszorg zoals met name het voorschrijven van medicamenten en de aanvraag van technische onderzoeken. Dat zal niet zonder slag of stoot gaan en vereist dus harde keuzes.

De Raad is van oordeel dat met een keuze voor volledig inkomensafhankelijke premies het draagvlak zo groot mogelijk wordt gemaakt. Op deze manier kunnen solidariteit en toegankelijkheid ook op termijn zoveel mogelijk worden gehandhaafd.

Eigen bijdragen, premiedifferentiatie en nominale premies zijn instrumenten die van invloed kunnen zijn op de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

Samenvatting.

Het invoeren van een Algemene Ziektekostenverzekering zal er voor moeten zorgen dat de bestaande knelpunten (financierbaarheid, betaalbaarheid, stelselproblemen, structuurproblemen) zoveel mogelijk worden opgeheven en dat de bestaande impasses worden doorbroken.

Daar voor de totstandkoming van een Algemene Ziektekosten Verzekering een zo breed mogelijke maatschappelijk draagvlak is vereist, zal deze verzekering gebaseerd moeten zijn op de meest ruime mate van solidariteit: één voor allen, allen voor één.

Mede gelet op de uiterst precaire financiële positie van een groot aantal ziektekosten regelingen en de slechte financiële positie van de overheden, dient met de nodige voortvarendheid de nodige beleidsmaatregelen te worden genomen om te komen tot het invoeren van een AZV.

C. Riedel	Voorzitter
E. Lauf	Penningmeester
A. Cratz	Secretaris
Drs. M. Horsford	Vice Voorzitter
Mw. S.A.F Martis-Treurniet, MSc	Lid
E. Rojer	Lid
Dr. J.M. Eustatia	Lid

