

Eigen risico voor ziekenfondsverzekerden

van Berkum, P.P.

Published in:
Maandschrift Economie

Document version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
1968

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
van Berkum, P. P. (1968). Eigen risico voor ziekenfondsverzekerden. *Maandschrift Economie*, 32(8), 375-384.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright, please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

EIGEN RISICO VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN

door

Prof. Dr. P. P. VAN BERKUM

I

In verband met de aanzienlijke stijging van de ziekenfondspremie maakte Dr. Veldkamp, toenmalig Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, bekend dat het in zijn voornemen lag per 1 januari 1967 een bijbetaling van f 10,— per verpleegdag voor ziekenfondsverzekerden in te voeren. De minister, die terecht lof heeft geoogst voor zijn grote bijdrage aan de uitbouw van ons sociale verzekeringsbestel, had kennelijk niet verwacht dat zijn plan zoveel weerstand zou opwekken. Met name de ziekenhuisorganisaties stelden de minister en de Ziekenfondsraad in kennis van hun ernstige bezwaren tegen een dergelijke maatregel. De vele argumenten ook van andere zijde hebben destijds, mede na overleg tussen de Tweede Kamer en de minister, ertoe geleid, dat de laatste zijn besluit heeft ingetrokken. Daarmee was het „tientje van Veldkamp” voorlopig van de baan, maar de gedachte dat bijbetaling in een of andere vorm een geboden zaak is en blijft actueel. De minister zelf verzocht aan de entrale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad hem op korte termijn te adviseren over het „eigen risico” voor ziekenfondsverzekerden. Bij ons weten zijn deze adviezen nog niet uitgebracht, althans niet gepubliceerd. Er wordt dus nog op gestudeerd.

Het vraagstuk van de bijbetalingen is misschien al zo oud als het ziekenfondswezen zelf. Er is al veel over geschreven, waarbij economische, financiële, ethische en politieke aspecten naar voren werden gebracht. Veel verder is men niet gekomen. Het gebrek aan geordende feiten laat ook vandaag nog geen vaste conclusie toe. Er blijken op dit terrein nog steeds grote verschillen in standpunt en tegengestelde visies te bestaan. Politieke overtuigingen en elkaar tegensprekende belangengroepen dragen niet bepaald tot objectieve helderheid bij. De maatregel van de minister was kennelijk ingegeven door het onrustbarend oplopen van de ziekenhuiskosten, een probleem hetwelk momenteel grote zorgen baart. Gaan deze kosten de draagkracht van onze nationale economie te boven? Kunnen zij op een of andere wijze in hun expansie worden afgeremd? Wat moet daarbij de norm zijn? Een groeieconomie welke ons dwingt te leven met de bestrijding van een uit de hand lopende overbesteding zal ook aan de verwezenlijking van het uitdijende volksgezondheidsprogram grenzen stellen, wil men inflatoire krachten geen vrij spel laten. Of, zoals het in de Volksgezondheidsnota 1966 wordt gezegd: „De verwe-

zenlijking van een volksgezondheidsprogram stelt zijn maatschappelijke, technische, economische, budgettaire en sociaal-politieke grenzen" 1).

Als bestedingsaanpassing in een bepaalde conjuncturele situatie wenselijk lijkt, dienen daarop afgestemde beleidsmaatregelen misschien als ad hoc maatregelen te worden gezien. Overhaast en oppervlakkig ingrijpen kan echter, in het perspectief van normale trendmatige groei en ontwikkeling, verkeerd zijn. De gezondheidszorg afhankelijk maken van de conjunctuur spreekt niemand aan. Daarbij bedenke men, dat er geen enkele modus van beïnvloeding te vinden is, die èn eenvoudig hanteerbaar èn afdoende effectief is en bovendien niet met ongunstige neven-effecten, die niet bedoeld zijn, gepaard gaat. Dat echter ook een welvaartstaat altijd voor een keuzeprobleem uit schaarse middelen blijft staan is wel zeker. Het probleem van de prioriteitenafweging met betrekking tot de relatieve waarde der welvaartsgoederen binnen de trendmatig beschikbare economische ruimte zal daarom zowel op de volksgezondheid als totaal, alsook op de verschillende mogelijkheden binnen deze totaliteit van toepassing zijn.

In concreto valt te bezien, of bijbetaling en het dragen van een beperkt eigen risico kan passen in een zo goed mogelijk functioneren van het volksgezondheidsbestel. Wij willen daarbij de volgende vragen aan de orde stellen:

1. In hoeverre is een redelijke bijbetaling, daargelaten welke vorm men daarvoor vindt, een principiële aantasting van het recht op gezondheid?
2. Als het politiek en economisch geen haalbare zaak is de steeds kostbaarder wordende ziekenfondsverstrekkingen en daarbinnen weer de ziekenhuiskosten te financieren door een voortdurend optrekken van de ziekenfondspremie, kan bijbetaling dan een doelmatige oplossing zijn?

II

RECHT OP GEZONDHEID EN BIJBETALING

Het recht op gezondheid wordt tegenwoordig tot een der sociale grondrechten gerekend. Zoals echter terecht in de Volksgezondheidsnota wordt gezegd: het is geen afdwingbaar recht 2).

Men zou het kunnen vergelijken met het recht op arbeid. Zulke rechten leggen op de overheid de plicht voorwaarden te scheppen,

1) Geciteerd uit de „Samenvatting” van deze nota blz. 112.

2) Samenvatting, blz. 8.

opdat de inhoud van het recht in kwestie de burgers zo integraal mogelijk bereikt, d.w.z. ten goede komt aan een ieder, die daaraan behoefte heeft.

Ook op het gebied der gezondheidszorg draagt de overheid een algemene verantwoordelijkheid. Zij is er verantwoordelijk voor, dat, voor zover het van haar afhangt, de getroffen voorzieningen verantwoord functioneren. Binnen dit institutionele kader kan door particuliere organen, instellingen en personen een stuk — financiële en medische — medeverantwoordelijkheid worden aanvaard, aansluitend op de fundamentele verantwoordelijkheid van de mens om zelf voor zijn eigen gezondheid en die van zijn gezin op te komen. De uitkomst van het samenspel tussen overheid en de uit de vrije samenleving voortgekomen krachten bepaalt dan verder de gezondheidszorgsituatie, welke in de gegeven omstandigheden concreet mogelijk wordt geacht. Deze situatie is van verschillende kanten tegenwoordig zodanig geïnstitutionaliseerd, dat van een min of meer bewuste planning van bovenaf gesproken kan worden. Vraag en aanbod van gezondheidsdiensten worden zo gedirigeerd, dat, op grond van de beschikbare aanbodfactoren, van de vraagzijde uit via de ziekenfondsfinanciering de mogelijkheid wordt geschapen om eenieder een gelijkwaardig deel van een zo breed mogelijk pakket aan gezondheidsvoorzieningen te doen toekomen. Het reguleringsmechanisme van de vrije markt, hetwelk deelneming aan het verbruik afhankelijk stelt van beschikbare koopkracht, is in dit bestel voor de grote massa bewust buiten werking gesteld.

In sommige landen is de gezondheidszorg geheel genationaliseerd. Bij ons is in belangrijke mate ruimte gelaten voor het reeds vermelde samenspel tussen overheid en de organen van de maatschappelijke gezondheidswereld. Men zou het een gemengd of pluriform stelsel kunnen noemen. Tot nu toe heeft dit stelsel bevredigend gefunctioneerd, al merkt de meergenoemde nota terecht op, dat niet kan worden gezegd dat de beoogde evenwichtige dosering van verantwoordelijkheden qua vormgeving en beleving reeds is geslaagd³⁾.

In het gemengde stelsel kan men twee op elkaar aansluitende en elkaar ondersteunende delen onderscheiden:
*de gezondheidsbescherming en de gezondheidszorg*⁴⁾.

Het eerst genoemde deel omvat het complex van algemene voorzieningen ter bescherming van de gezondheidstoestand van de collectiviteit en heeft in hoofdzaak de leefbaarheid en de gezondheid van het milieu tot object. Op dit terrein is de overheidsverantwoordelijkheid

³⁾ Samenvatting, blz. 10, 112.

⁴⁾ Idem, blz. 9.

primair. Volgens economische begripsvorming betreft het hier een bepaald soort collectieve goederen of diensten, waarvan de financiering uit de algemene middelen, dus via het budget-mechanisme, wordt bekostigd.

Bij de gezondheidszorg daarentegen overweegt de primaire verantwoordelijkheid van de individuele mens. Het gaat hier om individuele goederen of diensten, die theoretisch wel via het prijsmechanisme in het bezit van de consument zouden kunnen komen, maar waarvan de verstrekking door het feit dat hij zich onvoldoende bewust is wat de gezondheidszorg voor zijn welzijn en dat van de gemeenschap betekent en door gebrekkige aanwezigheid van voldoende economische draagkracht voor 75% der burgers — alle werknemers beneden een bepaalde loongrens — over de financiering van de wettelijke verplichte ziekenfondsverzekering wordt geleid. De premie hiervoor wordt jaarlijks vastgesteld bij ministeriële beschikking op advies van de Ziekenfondsraad en uitgedrukt in een gelijk percentage van het loon. Voor dit jaar is ze vastgesteld op 7,2%, waarin werkgevers en werknemers in principe voor een gelijk deel bijdragen. Volgens berekeningen zou men de totale bestedingen voor de gezondheidszorg op 5% van het netto nationale inkomen kunnen stellen. Het percentage loopt langzaam op, een bewijs dat de groei van de uitgaven voor deze sector de groei van het nationale inkomen te boven gaat.

De som van de bestedingen uit particuliere en publieke bronnen vormt het deel van het nationale inkomen, dat voor de volksgezondheid wordt besteed. De indruk bestaat, dat dit deel niet te hoog is. Wil men het vergroten, dan kan dit globaal gesproken langs een der volgende wegen worden bereikt: uitbreiding van de verplichte sociale verzekeringen; grotere overheidsbijdragen, grotere rechtstreekse particuliere betalingen door de burgers zelf, waarbij zij zich al dan niet tegen het risico van deze betalingen kunnen verzekeren.

Aan de overheid staan derhalve momenteel twee beïnvloedingsinstrumenten ter beschikking, en wel via haar eigen budget en via de fixering van de premies van de op gezondheidszorg betrekking hebbende sociale verzekeringen. De vraag is, of het harerzijds goed beleid is, met het volledig respect van het recht op gezondheid, in haar „policy-mix” een boven de premieheffing uitgaande eigen bijdrage van de verplicht verzekerden op te nemen.

Zijn er andere mogelijkheden? De financiële moeilijkheden der ziekenfondsverzekering hebben al eerder aanleiding gegeven tot verschuiving van een deel der lasten naar het overheidsbudget. Men denke aan de bijdrage uit de algemene middelen ter aanvulling van de premie der bejaardenverzekering. In gelijke geest is al eens voor-

gesteld, dat de overheid de dure vaste kapitaalskosten der ziekenhuizen voor haar rekening zou nemen. Een beperkt blijvende afwenteling van de ene naar de andere financieringsvorm tast de historische gegroeide structuur der verantwoordelijkheden niet aan. Men kan er een afrondingsfunctie in zien, om hier of daar optredende knelpunten weg te nemen. In dit verband hebben de organisaties van werknemers gepleit om, nu de van jaar tot jaar stijgende ziekenfondspremie een bijna prohibitieve hoogte heeft bereikt, de tekorten van de ziekenfondsen door een subsidie uit de algemene middelen sluitend te maken.

Steeds voortgaande verhoging van de verplichte premies blijkt inderdaad, door de invloed daarvan op het loon en prijsniveau, onze economie steeds verder in de gevarenzone te brengen, waarin de forse loonstijgingen van de laatste jaren haar hebben gebracht. Hetzelfde argument van een reeds overspannen economie blokkeert echter de weg naar een substantiële overheidsbijdrage. Gegeven de tegenwoordig aanvaarde stelregel om de groei der overheidsuitgaven niet te doen uitgaan boven het percentage, waarmee het nationaal product toeneemt, zal het reeds een zware inspanning vergen de voortdurend toenemende overheidstaken binnen het kader der budgettaire mogelijkheden te houden.

Uit het oogpunt van lastenverschuiving van een steeds duurdere gezondheidszorg zou, met inachtneming van het voorgaande, het inbouwen van een bijbetaling in de ziekenfondsverzekering als welhaast enig alternatief overblijven. Het reële economische effect daarvan zou in de komende periode een relatieve beperking betekenen van de particuliere consumptie, hetzij van gezondheidsdiensten, hetzij, afhankelijk van de vraagelasticiteit, van andere daarmee concurrerende overige goederen en diensten, in feite dus bestedingsbeperking teweeg brengen.

De vraag naar de principiële geoorloofdheid stellende, wil het ons voorkomen, dat een beperkt eigen risico nog geen aantasting van het recht op gezondheid hoeft te betekenen, wanneer men er van uitgaat, dat de realisatie van dit recht naar rato ook altijd een zekere mate van particuliere inspanning en van zelfzorg opeist. Hoever men daarbij kan gaan is een vraagstuk, dat uitvoerig zal moeten worden onderzocht. Mocht daarbij inderdaad blijken, dat de patiënt financieel niet in staat is tot bijbetaling en evenmin het risico door verzekering kan dekken, dan blijft voor hem momenteel als uiterste oplossing een beroep op de Algemene Bijstandwet open.

Men zal voorts moeilijk kunnen volhouden, dat een beperkte bijbetaling in beginsel in strijd is met het stelsel van hulp in natura zoals het door de Ziekenfondswet wordt gewaarborgd. Met deze regeling werd beoogd een persoonlijke medische zorg mogelijk te maken, die vrijwel niet door financiële hinderpalen wordt geremd. Dit betekent

echter weer niet, dat een principe nooit voor enige correctie, afronding of bijschaving vatbaar is, vooropstellende dat de hoofdzaak intact blijft. Een fundamentele ingreep kan men het dan niet noemen. Grote verschuivingen in financieringsbronnen tussen collectiviteiten en individuen worden trouwens niet beoogd en zijn, zoals te voorzien, politiek ook niet haalbaar. Tot zover de principiële kant van dit vraagstuk.

III

BIJBETALING EEN DOELMATIGE OPLOSSING?

De doelmatigheid van het invoeren van een eigen risico zal er vooral van afhangen, in hoeverre men de niet beoogde neveneffecten in de hand kan houden. Op dit gebied kan alleen een op — thans nog niet voldoende aanwezige — ervaringsgegevens gebaseerd onderzoek objectief uitsluitsel geven .

Tot nu toe hebben deze gegevens duidelijk aangetoond, dat de invoering van de ziekenfondsverzekering een sterke vergroting van de vraag naar medische diensten tengevolge heeft gehad. Men mag er van uitgaan, dat anders — zeker bij de minder koopkrachtigen — onderconsumptie had plaats gehad. De gegeven sociale zekerheidsstructuur heeft de betaling van een prijs geheel naar de achtergrond gedrongen. Het zich gerechtigd voelen tot verstrekkingen of uitkeringen neemt bij de consument elke weerstand weg. De mogelijkheid van een zekere overconsumptie van medische en verpleegkundige diensten is dus in principe wel aanwezig. Als keerzijde van de medalje mag volgens ons niet worden vergeten, dat bij bepaalde groepen van de bevolking nog duidelijk onderconsumptie aanwezig is. Met name bij bejaarden, als gevolg o.m. van het niet-verzekerd zijn, angstgevoelens en het teruglopen van kritisch vermogen .

„Wij treden” — aldus oud-minister Veldkamp — „in de gezondheidszorg een tijdperk in, waarbij wij nagenoeg een All risk verzekering gaan garanderen voor personen beneden de welstandsgrens en een voorziening tegen zware geneeskundige risico's daarboven”⁵⁾. In dit verband merkte de minister op, dat het tot het wezen van ons stelsel van sociale zekerheid behoort, dat de eigen verantwoordelijkheid ook met betrekking tot de omvang van het risico tot gelding komt. Hieraan verbindt hij de gedachte, dat toepassing van een beperkt eigen risico zinvol zou zijn om in het pakket van de gezondheidszorg tot beperking

⁵⁾ Sociale Zekerheid als instrument van een maatschappelijk gezondheidsbestel, Economie febr. 1966.

te komen, opdat deze zorg voor overheid en ziekenfondsen betaalbaar blijft. In de volksgezondheidsnota wordt de vraag gesteld, of het nog verantwoord is lichte risico's, waarvan gemeend moet worden, dat de burgers in een welvaartsstaat deze zelf kunnen dragen, door een verplichte verzekering te dekken in plaats van dat de burgers deze zelf dragen ⁶⁾.

Daarnaast worden argumenten voor het eigen risico aangevoerd om een einde te maken aan een beweerde overconsumptie van gezondheidsdiensten. De gezondheidszorg als geheel heeft een groot belang bij het stimuleren van een goede zelfzorg en bij de opvoeding daartoe. In zijn proefschrift pleit Godefroy voor een beperking van de vraag door alleen de risico's boven f 150,— te vergoeden, dit ter versterking van het verantwoordelijkheidsgevoel en om aan de overbelasting van de artsen een einde te maken ⁷⁾. In België, waar een verplicht verzekerde voor elke behandeling 20% van de kosten betaalt, ziet men er bovendien een middel om het inkomen der artsen te verhogen.

Of er werkelijk sprake is van een overdreven gebruik van ziekenfondsfaciliteiten is een omstrede zaak. In een recente studie van de Wiardi Beckman Stichting wordt het eigen risico „franje” genoemd; zij het voldoende belangrijke franje om er verstandige opmerkingen over te maken ⁸⁾. Men kan stellen, dat er in het ziekenfondswezen een hele reeks van contrôles bestaat, die een overbodige consumptie afremmen. Het aantal mensen dat een dokter ongemotiveerd lastig valt is waarschijnlijk niet zo groot als men meent. De grote consumptiestijging is vooral te wijten aan de vooruitgang van de medische wetenschap. Men denke aan de nieuwe geneesmiddelen, uitgebreider laboratoriumonderzoek, revalidatie, toeneming nerveuze klachten, toeneming van bevolking, veroudering etc. Tegenover deze stuwende kracht staat het automatisme van de verzekering, dat bij toenemende welvaart steeds meer koopkracht in de markt pompt, waardoor een zuigwerking ontstaat, welke op haar beurt de medische expansie optrekt. Beide krachten samen — push and pull — doen denken aan de dynamiek van een vooruitkronkelende slang.

Volgens een andere visie is de verzekeringsvorm juist een optimale garantie voor het beleven van eigen verantwoordelijkheid en verantwoordelijke behoeftevorming. De afwezigheid van financiële belemmeringen

⁶⁾ Samenvatting, blz. 61.

⁷⁾ L. S. Godefroy, *Het Ziekenfondswezen in Nederland*, 's Gravenhage 1963. Volgens deze auteur is het juist, dat de verzekerde weer een zichtbaar offer moet brengen voor de hulp die hij ontvangt. Dit versterkt zijn gevoel van onafhankelijkheid en eigenwaarde tegenover degene die hem deze hulp verstrekt, t.a.p. blz. 217.

⁸⁾ Grondslagen van een programma voor gezondheidszorg, Amsterdam 1967.

leidt ertoe, dat de hulp wordt ingeroepen, een snelle behandeling mogelijk wordt gemaakt en genezing wordt bevorderd. Wordt een bijdragenstelsel ingevoerd, dan zou de zelfzorg — die men niet moet overschatten — mede een functie gaan worden van de koopkracht van de consument. Wanneer dat ertoe leidt, dat hij zijn zelfzorg onvoldoende gaat beleven, schiet men over het doel heen. Zonder betrouwbaar feitenmateriaal valt over het te verwachten consumptieve reactiepatroon geen conclusie te trekken.

In de gezondheidsnota lezen wij: „De vraag van de consument van medische diensten en farmaceutische produkten is in het algemeen sterk inelastisch. De vraag wordt immers niet bepaald door de hoogte van de tarieven en prijzen, maar door de dwingende noodzaak van diensten en produkten gebruik te maken⁹⁾. Dit standpunt is te ongenueanceerd. Niet iedere vraag in de collectieve of in de persoonlijk-gerichte relatie is even urgent. Tussen acute gevallen als een blindedarmoperatie en lichte revalidatiegevallen — merkt Groot¹⁰⁾ terecht op — ligt een grote scala van afnemende urgenties of anders gezegd: de vrijheid van de patiënt ten opzichte van zijn behoefte aan medische verzorging kent vele gradaties.”

Wordt t.a.v. bepaalde onderdelen van het verstrekkingspakket van een wel degelijk elastische vraag uitgegaan dan blijft het probleem bestaan in hoeverre drempelbetalingen overbodige, resp. minder urgente delen uit de vraagcurve kunnen elimineren zonder daarbij tevens de objectief medisch verantwoorde vraag terug te dringen. Dat zulks geheel zal lukken is nauwelijks te verwachten. Aangezien daarbij de continuïteit van een adequate gezondheidszorg in het geding komt, zal invoering met bepaalde risico's gepaard gaan en zorgvuldige observering nodig maken. Het eenvoudig doorhakken van de knoop lijkt een weinig elegante remedie. Het wil mij voorkomen, dat het inroepen van artsenhulp vrij dient te zijn en overconsumptie van deze hulp bewust moet worden aanvaard, omdat anders, in geval van noodzakelijke hulp, deze uit zuinigheidsoverwegingen wellicht achterwege blijft. Dit zou een gevaar voor de volksgezondheid opleveren; het verzorgingspeil zou dalen.

In dit verband was het destijds een vondst van minister Veldkamp om met zijn ziekenhuistientje het risico daar te leggen, waar de minste schade aan de volksgezondheid wordt berokkend. Een ziekenhuisopname is immers in vrijwel alle gevallen een zuiver medische beslissing en niet een besluit van de patiënt, die om financiële redenen

⁹⁾ Samenvatting, blz. 114.

¹⁰⁾ L. M. J. Groot, De Volksgezondheidsnota 1966, Ons Ziekenhuis, no. 6-1966.

dit besluit zou kunnen of willen uitstellen. Volgens berekeningen zou het ziekenhuistientje met een bedrag van naar schatting f 125 miljoen het budget van de ziekenfondsen verlichten en dus behoorlijk zoden aan de dijk zetten.¹¹⁾

Bij nader inzien echter betekent dit bedrag eerder een verschuiving van financieringsvorm, dan een minder economische last voor de volkshuishouding. Immers, de betrokkenen zullen dit risico alleen kunnen dragen als zij daarvoor een aanvullende verzekering sluiten. De premie-lasten per gezin zullen hiervoor bepaald niet gering zijn; waar zij moeilijk aanvaard kunnen worden, zullen zij deels weer via de Bijstandswet op de overheidskas gaan drukken, deels een titel opleveren om bij de loononderhandelingen compensatie te krijgen. Blijft over een restgroep, waar de extra premie tot verschuiving in het bestedingspatroon zal leiden. In al deze gevallen blijkt de beperking van de toale vraag naar medische diensten i.c. ziekenhuishulp illusoir; slechts de financieringsvorm ondergaat wijziging, al dan niet gepaard gaande met vraagverschuivingen.

Het bijbetalingsstelsel heeft op beperkte schaal en met de nodige selectiviteit toegepast enige aantrekkelijke kanten, al zal het geen wezenlijke verlichting brengen en grote problemen oplossen. Het roept echter als nieuw element in onze bestaande sociale zekerheidsstructuur ook weerstanden en schadelijke nevengevolgen op. Hierachter gaat het probleem schuil van het klaarblijkelijke onvermogen van de ziekenfondsen haar uitgaven in die zin te beperken, dat zij evenredig groeien met die uit hoofde van andere sociale verzekeringen. Dat zou er bijv. op neerkomen deze uitgaven te binden aan de index van de regeringslonen, aan die van de groei van het nationale inkomen, of aan andere terzake te formuleren evenredigheidsregels. De meerkosten zouden dan op andere wijze dienen te worden gedekt. Het is echter dubieus, of de gezondheidszorg met zulke eenvoudige vuistregels doelmatig valt te reguleren. Eerder zien wij de oplossing in uitbreiding van het overleg en de samenwerking tussen overheid en de maatschappelijke organen van de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg. Langs deze weg moet het mogelijk zijn om te bepalen welke uitbreidingen en beperkingen als gevolg van medische en maatschappelijke ontwikkelingen wenselijk en realiseerbaar zijn.

De tijd lijkt aangebroken om het geheel der regelingen, zowel uit een oogpunt van de meest wenselijke financiering als uit het oogpunt van efficiency van de bestaande uitgaven te bezien, waarbij men ook

¹¹⁾ Vgl. J. Th. M. de Vreeze; Eigen risico en zwaar risico. *Ons Ziekenhuis*, nov. 1966.

de kwestie van het al dan niet toepassen van vormen van eigen risico in alle openheid ter discussie zal moeten stellen. Mocht, wat dit laatste betreft, het inbouwen van een bijdragenstelsel onontkoombaar zijn, dan zal gezocht moeten worden naar een zodanige toepassing, dat besparing van fondsgelden niet uitloopt op een aftrekpost van de volksgezondheid.