



INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

GEZONDHEIDSZORG INTERNATIONAAL¹

Dr. Y.W. van Kemenade

Yvonne van Kemenade is beleidsmedewerker bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Daarnaast heeft zij een Onderzoeks- & adviesbureau in de gezondheidszorg te Zwijndrecht.

In Nederland staat het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg hoog op de politieke agenda. Het beslag dat de gezondheidszorg legt op de nationale middelen is aanzienlijk. Uit tabel 1 blijkt dat dit geen specifiek Nederlands verschijnsel is. Vrijwel alle West-Europese landen worden geconfronteerd met een stijgend aandeel van kosten van de gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Produkt (BNP). Zo hebben in de periode van 1982 tot en met 1992 in West-Europa de grootste stijgingen plaatsgevonden in Finland (2,6%), Zwitserland (1,8%), Italië (1,6%) en IJsland (1,6%). De USA spant de kroon met een stijging van 3,7%. De geringste stijgingen vonden plaats in Duitsland (0,1%) en Nederland (0,2%). Er zijn zelfs landen waarbij de uitgaven van de gezondheidszorg als percentage van het BNP zijn gedaald in die periode, zoals in Denemarken (-0,3%), Zweden (-1,7%), Ierland (-1,3%) en Portugal (-0,3%). Het is opmerkelijk dat in deze landen de uitgaven van de gezondheidszorg als percentage van het BNP in 1992 vergeleken met de andere landen relatief laag zijn.

De totale kosten van de gezondheidszorg worden door een veelheid van factoren bepaald en beïnvloed, waaronder de

inrichting van een systeem van gezondheidszorg en de financierings- en vergoedingssystemen. Er bestaat niet één universeel gezondheidszorgsysteem in Europa.

Bij het vergelijken van systemen van gezondheidszorg is het zinvol een onderscheid te maken in drie subsystemen:

- 1 De structuur van het zorgaanbod: waarmee wordt bedoeld de organisatie van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg.
- 2 De financiering van het zorgaanbod: het zorgaanbod (ziekenhuizen, specialisten,

huisartsen en dergelijke) kan op verschillende wijzen worden gefinancierd. Het gaat hierbij om:

- a de betalende actoren: diensten kunnen worden betaald door middel van een eigen bijdrage van de patiënt, direct door de overheid, door de zorgverzekeraars of de instellingen waar hij werkzaam is
- b de wijze van betaling:
 - voor ziekenhuizen kan dat zijn een globaal budget, case-payment (een vast bedrag voor alle zorg voor een patiënt per opname), vergoeding per

Tabel 1 Kosten van de gezondheidszorg als percentage van het BNP

	1982	1985	1988	1991	1992	groeipercentage 1982-1992
Oostenrijk	8.0	8.1	8.4	8.6	8.8	0.8
België	7.4	7.4	7.7	8.1	8.2	0.8
Denemarken	6.8	6.3	6.5	6.6	6.5	-0.3
Finland	6.8	7.3	7.3	9.1	9.4	2.6
Frankrijk	8.0	8.5	8.6	9.1	9.4	1.4
Duitsland	8.6	8.7	8.8	8.4	8.7	0.1
Griekenland	4.4	4.9	5.0	5.3	5.4	1.0
IJsland	6.9	7.0	8.5	8.4	8.5	1.6
Ierland	8.4	8.2	7.3	7.4	7.1	-1.3
Italië	6.9	7.0	7.6	8.4	8.5	1.6
Luxemburg	6.9	6.8	7.2	7.3	7.4	0.5
Nederland	8.4	8.0	8.2	8.4	8.6	0.2
Noorwegen	6.8	6.4	7.7	8.0	8.3	1.5
Portugal	6.3	7.0	6.3	5.9	6.0	-0.3
Spanje	6.0	5.7	6.0	6.5	7.0	1.0
Zweden	9.6	8.9	8.6	8.5	7.9	-1.7
Zwitserland	7.5	8.1	8.4	9.0	9.3	1.8
Engeland	5.9	6.0	6.1	6.6	7.1	1.2
USA	10.3	10.5	11.3	13.4	14.0	3.7

Bron: OECD, J-P. Poullier 1994: persoonlijke schattingen voor 1992 en wijzigingen van de OECD Health data 1993 (CREDES) van de afgelopen jaren

verpleegdag en/of een vergoeding per verrichting

- voor specialisten en huisartsen kunnen de volgende honoreringwijzen worden onderscheiden: salaris, abonnementshonorering, vergoeding per verrichting.

3 Financiering van het gehele gezondheidszorgsysteem: de wijze waarop de gezondheidszorg wordt gefinancierd: het ziektekostenverzekeringssysteem (sociale en particuliere ziektekostenverzekering) en het nationale systeem (belastinggelden). In de meeste landen met een nationaal gezondheidszorgsysteem of een sociaal verzekeringssysteem is de mogelijkheid aanwezig van een particuliere ziektekostenverzekering. Deze verzekering kan additioneel zijn (dekking van eigen bijdragen en niet of beperkt gedekte voorzieningen) of kan personen verzekeren die niet zijn verzekerd via het sociale of publieke systeem.

De systemen in de verschillende landen lijken op het eerste gezicht grote verschillen met elkaar te vertonen. Bij nadere analyse aan de hand van de drie genoemde subsystemen blijkt er meestal toch een aantal overeenkomsten te bestaan.

HERVORMINGEN

Kostenstijgingen zijn voor veel landen aanleiding tot hervormingen in de gezondheidszorg. Ieder land heeft hierover zijn eigen ideeën. Om de bestaande hervormingsideeën te kunnen vergelijken en lering te kunnen trekken uit ervaringen van andere landen, is het zinvol ook hier een onderscheid aan te brengen in vier strategieën:

1 Kostenbeheersing: betreft vaak de introductie van *globale budgetten* of veranderingen met betrekking tot de wijze waarop zorgaanbieders worden betaald. Deze globale budgetten kunnen betrekking hebben op een macro-budget voor de gezondheidszorg (bijvoorbeeld zoals in Nederland en Duitsland), budgetten voor diverse sectoren van de gezondheidszorg en op budgetten voor individuele instellingen.

Een andere manier om kosten te beheersen is het veranderen van de *financieringswijze van het zorgaanbod*. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het introduceren bij ziekenhuizen van Diagnostic Related Groups, of het invoeren van een

abonnementshonorering voor zorgaanbieders in de plaats van een vergoeding per verrichting.

2 Kwaliteit en efficiency verbetering: hierbij kan worden gedacht aan het frequent beoordelen van de noodzakelijkheid en zinvolheid van diensten, zoals het ontwikkelen of verbeteren van kwaliteitsbewakingssystemen, kwaliteitsverbeteringsystemen en informatiesystemen.

3 Kosten verschuiven naar de gebruikers van de zorg: met als doelen een drempelverhogende werking op het gebruik van zorg en het bevorderen van het kostenbewustzijn. Dit kan gestalte krijgen door bijvoorbeeld de introductie van eigen bijdragen, een eigen risico aan de voet of het uitsluiten van bepaalde vormen van zorg

4 De introductie van marktconcepten: de volgende vijf concepten worden regelmatig in hervormingsvoorstellen genoemd:

a Concurrentie: op basis van prijs en kwaliteit tussen en/of binnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Alle hervormingsmodellen die zijn gebaseerd op een introductie van concurrentie hebben betrekking op een scheiding van de betrokken partijen: de consumenten, de zorgaanbieders en de verzekeraars.

b Integratie van zorg: hierbij moet worden gedacht aan het verbeteren van de samenwerking tussen zorgaanbieders, bijvoorbeeld huisartsen en specialisten.

c Introductie van incentives: bij productie gerelateerde betalingen (vergoeding per verrichting) hebben zorgaanbieders een incentive voor een verhoging van de productie.

d Privatiseren: het omzetten van een overheidsorganisatie in een non profit of profit organisatie.

e Pluralisme: refereert aan het bestaan van verschillende financiers met hun eigen doelen, missies en benaderingen van de financiering en organisatie van zorg. De meeste gezondheidszorgssystemen kennen een bepaalde mate van pluralisme. In Duitsland en Nederland bestaat er bijvoorbeeld een diversiteit aan ziekenfondsen en particuliere verzekeraars.

De hiervoor genoemde hervormingsstrategieën zijn herkenbaar voor de diverse plannen die in Nederland zijn voorgesteld en ingevoerd. Met betrekking tot de kostenbeheersing kent Nederland budgetten op de drie genoemde niveaus: een

macro-budget, budgetten voor sectoren (Financieel Overzicht Zorg) en budgetten voor instellingen zoals de functiegerichte ziekenhuisbudgettering en budgettering van de thuiszorg. De verandering van de honorering van specialisten en huisartsen is momenteel in Nederland ook een hot-item (Commissie Modernisering Curatieve Zorg).

Verder wordt de laatste jaren meer aandacht besteed aan verbetering van kwaliteitssystemen en informatiesystemen. Kostenverschuivingsstrategieën zien wij terug bij bijvoorbeeld het voorstel in het regeerakkoord een verplicht risico aan de voet van f 200,- in te voeren en de steeds weer terugkomende discussie over pakketverkleining. De tandartsenzorg is hiervan een recent voorbeeld. De introductie van concurrentieelementen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is onder andere terug te vinden in de hervormingsvoorstellen van Dekker en Simons. Aan een verbetering van de integratie van zorg, in de vorm van een betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten, wordt gewerkt onder meer in de voorstellen naar aanleiding van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg. ♦

Noten

¹Dit artikel is gebaseerd op een aantal eerder verschenen publicaties:

- ♦ Kemenade, Y.W. van. *Health Care in Europe. The finance and reimbursement systems of 18 European countries.* Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.
- ♦ Kemenade, Y.W. van en B. de Jong. *Gezondheidszorgstelsels in Europa. Financierings- en vergoedingssystemen in acht-tien West-Europese landen.* Medisch Contact 1994, nr. 38: 1149-1154.
- ♦ Kemenade, Y.W. van. *Systemen van gezondheidszorg.* NRV magazine 1994; nr. 5: 11.
- ♦ Kemenade, Y.W. van. *Hervormingen in de gezondheidszorg.* NRV magazine 1994; nr. 6: 14-15.