

Gezondheidszorgstelsels in Europa

Financierings- en vergoedingssystemen in achttien Westeuropese landen

Y.W. van Kemenade en B. de Jong

Een indruk van de wijze waarop men tracht de kosten van de gezondheidszorg te beheersen in achttien Westeuropese landen.

NEDERLAND IS NIET uniek wat betreft de kostenstijging van de gezondheidszorg en de pogingen deze te beheersen. Vrijwel alle Westeuropese landen worstelen met dezelfde vragen: hoe zijn de kosten van de gezondheidszorg te beheersen en op welke wijze wordt efficiënt werken in de gezondheidszorg bevorderd? De invulling die hieraan wordt gegeven op het gebied van financierings- en vergoedingssystemen kan per land sterk verschillen.

In dit artikel staan de bouwstenen van de verschillende financierings- en vergoedingssystemen centraal.¹ Eerst willen wij

een indruk geven van de kosten van gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal produkt in 18 Westeuropese landen, te weten: België, Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal, Spanje, IJsland, Zweden en Zwitserland. Daarna volgt een uiteenzetting van de mogelijke financieringssystemen van gezondheidszorg in een land (ziektekostenverzekering of nationaal systeem) en van de subsystemen (medische beroepsbeoefenaren en ziekenhuizen). Tevens zal aandacht worden besteed aan de (voorgenomen) veranderingen hierin.

Kosten

In de periode na de Tweede Wereldoorlog zijn de absolute en relatieve kosten van gezondheidszorg gestegen. De kosten van de gezondheidszorg als percentage van het BNP liepen in 1976 uiteen van

4,0% in Griekenland tot 8,2% in Zweden, met een gemiddelde van 6,5%. Van 1976 tot en met 1991 is het gemiddelde van de 18 Westeuropese landen gestegen tot 7,3% (tabel 1). Het aandeel gezondheidszorg als percentage van het BNP is in Griekenland in de periode 1976 - 1991 gestegen tot 5,2% en in Zweden tot 8,6%. In alle landen, met uitzondering van Ierland en Denemarken, is het aandeel gezondheidszorg van het BNP gestegen. Landen met een lage gemiddelde stijging zijn Zweden, Duitsland, Portugal, Noorwegen en Nederland. De grootste toename is te vinden in Finland, IJsland, Italië en Frankrijk. Het publiek gefinancierde deel van gezondheidszorg is in de periode 1976-1991 in de 18 Westeuropese landen gemiddeld 11% gedaald. In 1976 liep het uit de collectieve middelen gefinancierde deel van de gezondheidszorg uiteen van 66% in Portugal tot 97% in Noorwegen. Gemiddeld werd 84% van de kosten uit de collectieve middelen gefinancierd. In 1991 was dit respectievelijk 58% en 97%, met een gemiddelde van 73%.

De totale kosten van de gezondheidszorg in een land worden door een veelheid van factoren bepaald, waaronder de inrichting van een systeem van gezondheidszorg en de financierings- en vergoedingssystemen. Kosten in de gezondheidszorg zijn samengesteld uit enerzijds het gebruik en anderzijds de prijs van de zorg. Beheersing van de totale kosten is mogelijk door het gebruik van de zorg en/of de prijs van de zorg te beheersen; de mogelijkheden daartoe zijn afhankelijk van het financieringssysteem.

Financieringssystemen

Er bestaat niet zoiets als een 'gemeenschappelijk gezondheidszorgsysteem' in Europa. Desondanks zijn er, als resultaat van gemeenschappelijk historische ontwikkelingen, wel overeenkomstige aspecten in de gezondheidszorgssystemen. Zo kennen alle landen een mix van private en collectieve financiering. Er zijn echter duidelijke accentverschillen.

We kunnen twee hoofdsystemen voor de financiering van gezondheidszorg onderscheiden: het *ziektekostenverzeke-*

Tabel 1. Kosten gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal produkt in 18 Westeuropese landen.

	1976 (publiek/tot)	1991 (publiek/tot)	groei 1976-1991 (%)
Frankrijk	7,0 (76)	9,1 (74)	+2,1
Finland	5,7 (78)	8,9 (81)	+3,2
Zweden	8,2 (90)	8,6 (78)	+0,4
Duitsland	8,1 (77)	8,5 (72)	+0,4
Oostenrijk	7,5 (70)	8,4 (67)	+0,9
IJsland	5,9 (88)	8,4 (87)	+2,5
Italië	6,0 (87)	8,3 (76)	+2,3
Nederland	7,5 (73)	8,3 (73)	+0,8
België	6,1 (80)	7,9 (89)	+1,8
Zwitserland	7,2 (68)	7,9 (68)	+0,7
Noorwegen	6,8 (97)	7,6 (97)	+0,8
Ierland	8,0 (79)	7,3 (76)	-0,7
Luxemburg	5,7 (92)	7,2 (92)	+1,5
Portugal	6,2 (66)	6,8 (58)	+0,6
Spanje	5,3 (74)	6,7 (82)	+1,4
Engeland	5,5 (91)	6,6 (83)	+1,1
Denemarken	6,8 (85)	6,5 (82)	-0,3
Griekenland	4,0 (67)	5,2 (83)	+1,2
Gemiddelde	6,5 (84)	7,3 (73)	+0,8

Bron: Program OECD Health Data (Credes)

Data: OECD

ringssysteem en het nationale systeem (betaald uit belastinggelden). In figuur 1 zijn de financiële relaties van deze systemen weergegeven.

Ziektekostenverzekering

Binnen door de verzekeringspremies gefinancierde stelsels kan een onderscheid worden gemaakt tussen systemen van sociale en particuliere ziektekostenverzekering. In het sociale ziektekostenverzekeringssysteem stelt de overheid wettelijke eisen aan het functioneren van de verzekering. Deze eisen kunnen worden gesteld aan de kring van verzekerden, de methode van premievaststelling, de omvang van het verstrekkingenpakket en het karakter van het wettelijk toezicht. Wat betreft de particuliere ziektekostenverzekering is het overheidsbeleid over het algemeen minder stringent.

De sociale ziektekostenverzekering wordt over het algemeen gekenmerkt door haar verplichtende karakter. De premies worden betaald door werkgevers en werknemers. Er is sprake van een publiek en zelfregulerend systeem, met een collectief en non-profit zorgaanbod. De groep van verplicht verzekerden is wettelijk vastgesteld. Premies zijn meestal gebaseerd op solidariteit (inkomens- en risicosolidariteit) en niet of gedeeltelijk op individuele risicofactoren (leeftijd, levensstijl, etc.) en kunnen wel of niet aan een maximum gebonden zijn. Er kan sprake zijn van kortingen, uitzonderingen of speciale regels voor specifieke groepen, zoals chronisch zieken, werklozen, lage inkomensgroepen, zelfstandigen en gevangenen. Er kan ook sprake zijn van een familiedeckking (een premie voor de gehele familie). De premie wordt vastgesteld door de overheid of door een onafhankelijk publiek orgaan. De sociale ziektekostenverzekering kent verschillende betalingsystemen voor de zorgaanbieders; hier komen we later op terug.

Frankrijk, Duitsland (92% van de bevolking) en Nederland (68% van de bevolking) zijn voorbeelden van landen met een sociale ziektekostenverzekering. De traditionele volksverzekering in Duitsland is de meest vergaande vorm van sociale ziektekostenverzekering; de kring van verzekerden omvat de gehele bevolking; er bestaat een brede verzekeringsdekking, een volledig bij wet vastgesteld verstrekkingenpakket, een inkomensafhankelijke premieheffing, een vergoeding in natura en een declaratiesysteem voor de onderling concurrerende uitvoerders van de verzekering. Een variant hierop is een sociale ziektekostenverzekering met een beperkt verstrekkingenpakket. Naast de publieke financiering is er veelal tevens een aanvullende particuliere financiering; Frankrijk is hiervan een voorbeeld. Een qua verzekerdenkring beperkte sociale ziektekostenverzekering is een andere variant. Ook hier is sprake van een gemengde financiering met zowel publieke financiering via de sociale ziektekostenverzekering als private financiering. Deze private financiering kan via particuliere verzekeringen verlopen of via directe betalingen zonder tussenkomst van een ziektekostenverzekeraar. Een combinatie van deze twee is uiteraard ook mogelijk; voorbeelden hiervan zijn het Nederlandse en Zwitserse stelsel.²

Bij een particuliere ziektekostenverzekering is de premie meestal gerelateerd aan het individuele risico. De risicogroepen zijn gedefinieerd (leeftijd, geslacht, gezondheidsstatus, beroep). De particuliere ziektekostenverzekering kan worden gecombineerd met eigen betalingen door de verzekerden, zoals een eigen risico aan de voet, eigen bijdragen, beperkingen en uitsluitels in het verstrekkingenpakket. Iedereen in dezelfde risicogroep betaalt dezelfde premie, verzekerden in verschillende risicogroepen betalen verschillende

premies. De premie kan op verschillende wijzen worden berekend. Zo kan de premie worden berekend op basis van het individuele risico van de verzekerde; in dat geval is er geen sprake van onderlinge solidariteit. De premie kan ook worden berekend op basis van het gemiddelde groepsrisico; hierbij is sprake van solidariteit binnen de groep.

Het minder stringente overheidsbeleid ten opzichte van particuliere ziektekostenverzekeringen komt onder meer tot uitdrukking in een grotere vrijheid in de vaststelling van de premiehoogte, in het bepalen van de kring van verzekerden en in het vormgeven van de polis (waartoe ook het vaststellen van het verstrekkingenpakket). In beginsel is er een onderlinge concurrentie tussen de verzekeraars.

Veel landen hebben een combinatie van een sociale en een particuliere ziektekostenverzekering. Er zijn vele gradaties mogelijk, onder andere in de mate van overheidscontrole. Voorbeelden van landen met een particuliere ziektekostenverzekering zijn Nederland (32% van de bevolking) en Duitsland (8% van de bevolking).

Nationaal systeem

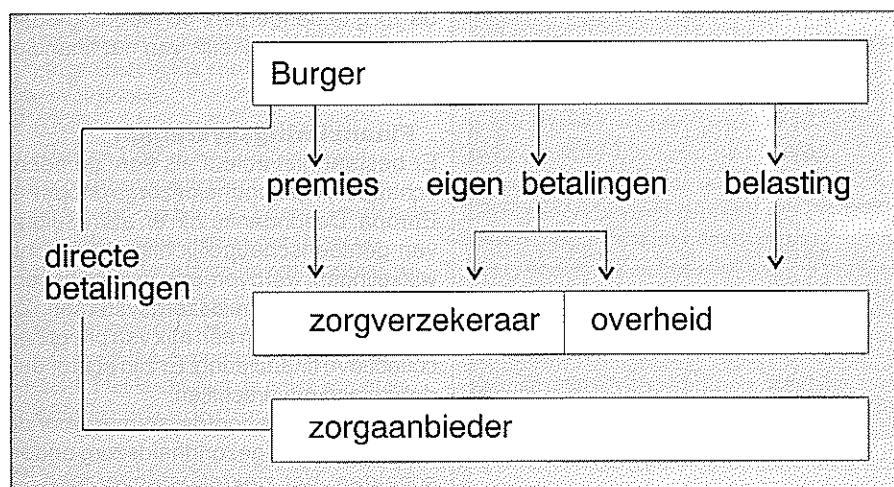
Kenmerkend voor stelsels van nationale gezondheidszorg is dat de financiering plaatsvindt uit belastingmiddelen en dat de uitvoering geschiedt door (semi)-overheidsorganen. De uitgaven voor gezondheidszorg in een dergelijk stelsel worden vastgesteld tijdens de jaarlijkse parlementaire begrotingsonderhandelingen, waardoor er sprake is van een 'gesloten eind'-karakter. In zo'n systeem heeft iedere inwoner het recht op toegang tot de beschikbare zorg zonder eigen betalingen. Er is, tenminste theoretisch, totale gelijkheid in zorg.

In een nationaal systeem van gezondheidszorg zijn verschillende tussenvormen mogelijk. Zo kan binnen een nationaal systeem worden gekozen voor eigen bijdragen en kan naast de nationale gezondheidszorg een particuliere ziektekostenverzekering bestaan. Voorbeelden van landen met een uit belastingmiddelen gefinancierde gezondheidszorg zijn Denemarken, Ierland, Engeland en IJsland. Voorbeeld van landen waarin de gezondheidszorg wordt gefinancierd uit belastingmiddelen en een door de werkgever ingehouden premie zijn Portugal, Griekenland, Italië, Spanje, België en Finland.

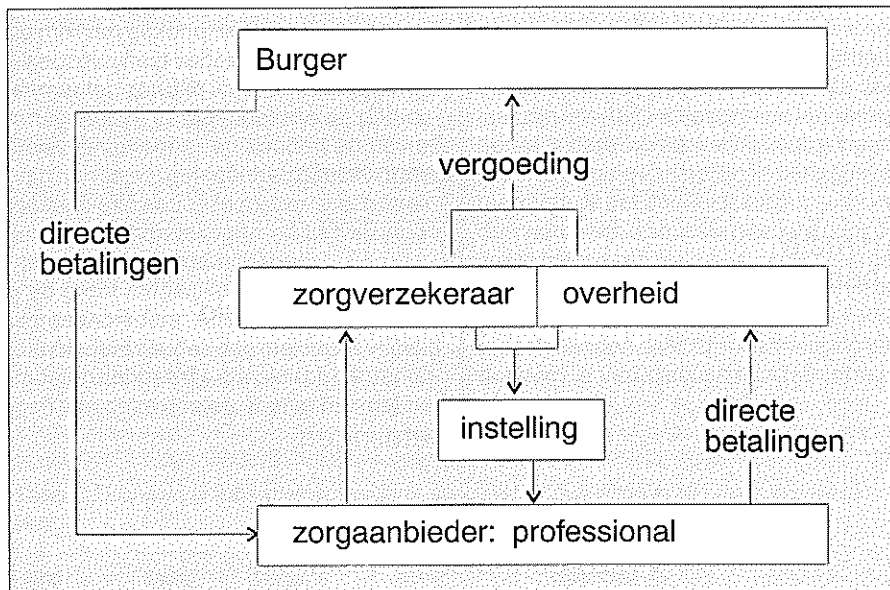
Combinatie van systemen

Geen van de landen heeft echter uitsluitend een nationaal systeem of uitsluitend een ziektekostenverzekeringssysteem. De meeste nationale en sociale verzekeringsystemen kennen ook particuliere

Figuur 1. Financiële relaties van het gezondheidszorgsysteem.



Figuur 2. Financiële relatie tussen de betalende partij en de zorgverlener.



verzekeraars. De particuliere verzekeringen kunnen additioneel zijn (dekking van eigen betalingen, niet-gedekte middelen en diensten of luxe services) of personen verzekeren die niet zijn verzekerd via het sociale of publieke systeem.

Bij de genoemde systemen ging het om financieringsbijdragen (premies dan wel belastinggelden) die slechts indirect in verband staan met het individuele gebruik van gezondheidszorg. Bij eigen betalingen is dit directe verband tussen gebruik en betalen er wel. Bij eigen betalingen moet de verzekerde een gedeelte van de onder de verzekeringsdekking vallende verstrekking zelf betalen. De eigen betalingen zijn direct gekoppeld aan een verzekeringsstelsel of aan een stelsel van nationale gezondheidszorg. Het kan bijvoorbeeld gaan om eigen risico's (aan de voet of gekoppeld aan bepaalde verstrekkingen) en eigen bijdragen. In dit geval zijn het betalingen 'uit eigen zak' die verbonden zijn aan het verstrekkingenpakket waarop men als burger respectievelijk verzekerde recht heeft.

Financiering subsystemen

De financieringssystemen in de gezondheidszorg van de 18 Westeuropese landen zijn opgebouwd uit een beperkt aantal subsystemen. Of de gezondheidszorg voornamelijk wordt gefinancierd uit belastinggelden of door een ziektekostenverzekering staat los van de financiering van de subsystemen. Zo kunnen in een nationaal systeem de huisarts, de specialist en het ziekenhuis op verschillende wijze worden bekostigd. De verschillende mogelijkheden van financiering van deze subsystemen zullen hier worden beschreven. Daar-

bij wordt onderscheid gemaakt tussen vergoedingen voor medische beroepsbeoefenaren (huisartsen en specialisten) en voor ziekenhuizen.

Betaling medische beroepsbeoefenaren

De zorgverlener kan worden betaald door de burger (directe betalingen, hetgeen gerestitueerd wordt afhankelijk van de verzekeringsdekking), door de zorgverzekeraar, door de overheid (lokaal of nationaal) of door de instelling waar hij werkzaam is (figuur 2). Met betrekking tot de betaling van medische beroepsbeoefenaren kunnen drie vormen worden onderscheiden: salaris, abonnementshonorering en vergoeding per verrichting.

Salaris

Indien medische beroepsbeoefenaren een vastgesteld bedrag krijgen per periode, is er sprake van een salaris. Eventueel kan de beroepsbeoefenaar daarnaast tegen andere betalingen zorg verlenen. Bonussen kunnen afhankelijk worden gesteld van: produktiviteit, patiëntensatisfactie, kwaliteit van zorg, etc. Het voordeel is dat de zorgverlener verantwoordelijk is aan de organisatie. Er is geen prikkel om moeilijke patiënten te vermijden en kosten kunnen worden beheerst. Het nadeel is dat er geen prikkel aanwezig is om produktiviteit of consumenten gevoeligheid te stimuleren. Artsen ontvangen salaris in Engeland (specialisten), Duitsland en Ierland (artsen werkzaam in het ziekenhuis), Griekenland (gezondheidscentra), Italië (specialisten werkzaam in polikliniek), Portugal (gezondheidscentra) en Spanje (gezond-

heidscentra en artsen werkzaam in ziekenhuizen).

Abonnementshonorering

Bij abonnementshonorering is er sprake van een vast bedrag voor iedere bij een zorgverlener geregistreerde persoon, voor een bepaalde periode. Het vereist een welomschreven lijst van ingeschreven patiënten. De abonnementshonorering kan worden gecombineerd met een vergoeding per verrichting of 'case-payment' voor gespecialiseerde zorg (preventieve zorg, chirurgische ingrepen). De hoogte van het abonnementsstarief kan voor iedereen hetzelfde zijn of kan variëren met de leeftijd, geslacht of gezondheidsstatus van de patiënt. De abonnementshonorering is geschikt voor artsen met een continue zorgrelatie met hun patiëntenpopulatie. Deze betalingswijze is niet geschikt voor onregelmatige zorgverlening. Er is een prikkel aanwezig om moeilijke patiënten te vermijden en patiënten relatief snel door te verwijzen. Deze betalingsvorm wordt vooral voor huisartsen toegepast, bijvoorbeeld in Engeland, Nederland (voor ziekenfondsverzekerden), Spanje, Denemarken, Ierland en Italië.

Vergoeding per verrichting

Bij vergoedingen per verrichting kan het gaan om vrije of om vastgestelde vergoedingen. Het voordeel van een vergoeding per verrichting is dat produktiviteit wordt gestimuleerd (output). Bovendien geniet deze betalingswijze de voorkeur van veel zorgverleners. Het nadeel is dat het onnodige zorg aanmoedigt, administratief complex is en meestal uitgebreide patiëntenbetalingen vereist. Vergoedingen per verrichting komen bijvoorbeeld voor in Frankrijk, Denemarken en Ierland. Bij de vrije vergoedingen is de zorgverlener vrij in het vaststellen van zijn eigen vergoeding per verrichting. Er kan echter ook sprake zijn van prospectief dan wel retrospectief vastgestelde vergoedingen. Hierbij onderhandelen (vertegenwoordigers van) de zorgverleners vooraf respectievelijk achteraf over de vergoedingenindex. Het voordeel van de prospectief vastgestelde vergoedingen is, dat wordt onderhandeld over de prijzenstructuur die alle klinische activiteiten aangaat; voorbeelden hiervan zijn te vinden in België, Nederland (specialisten, huisarts voor particulier verzekerden), Denemarken (specialisten), Ierland en Italië (op de polikliniek werkzame specialisten). Bij de retrospectief vastgestelde vergoedingen worden betalingen in een fonds bijeengebracht; achteraf wordt de verdeling bepaald. Voordeel hiervan is dat de kosten kunnen worden beheerst en de produktiviteit wordt

gestimuleerd; nadeel is, dat het administratief nogal complex is. Zorgverleners zijn niet op de hoogte van de betalingen die aan hen zullen worden uitgekeerd. Deze betalingsvorm wordt bijvoorbeeld toegepast in Duitsland, voor artsen die werkzaam zijn in de ambulante zorg.

Betaling instellingen (ziekenhuizen)

De instelling kan direct door de burger worden betaald (die het betaalde bedrag al dan niet vergoed krijgt van de verzekering), door de zorgverzekeraar en/of door de overheid (figuur 3).

De instellingen kunnen worden gefinancierd via een globaal budget, 'case-payment' en vergoeding per verpleegdag en/of tarieven. Elk van deze financieringsvormen kan betrekking hebben op artsen, kapitaallasten en exploitatiekosten of uitsluitend op de exploitatiekosten. Ook de nazorg is in sommige gevallen inbegrepen. De verschillende vormen van betaling kunnen in combinatie met elkaar voorkomen. Bovendien is er vaak sprake van extra subsidies voor kapitaallasten en grote investeringen.

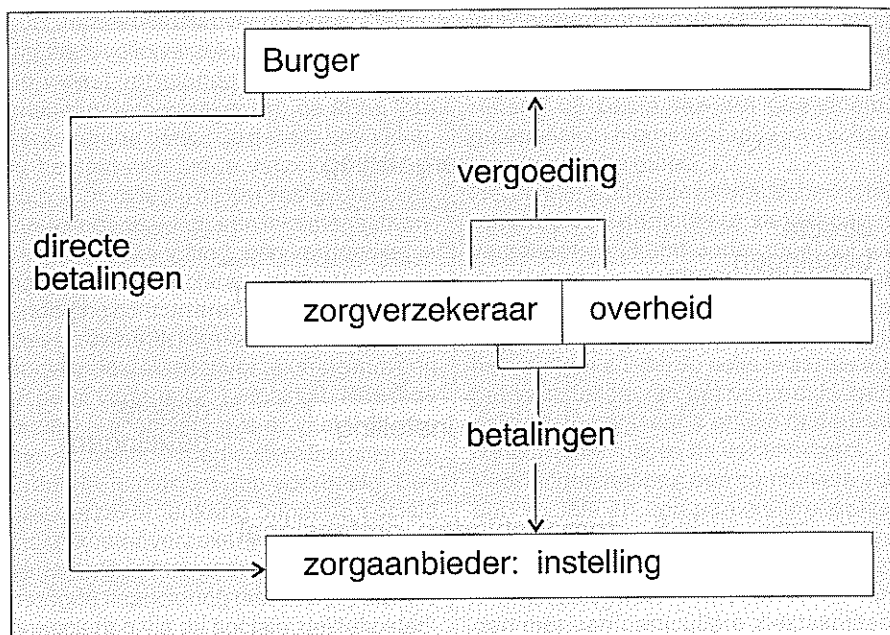
Globaal budget

Een globaal budget wordt vastgesteld in onderhandelingen tussen het ziekenhuis en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en/of de overheid. De budgetten kunnen zijn gebaseerd op geschatte activiteiten (ontslagen, patiëntendagen, polikliniek bezoeken), op capaciteiten (bedden, artsen, speciale faciliteiten) en op de populatie in het zorggebied. Voordelen van het globale budget zijn dat de kosten kunnen worden beheerst en dat er prikkels tot efficiëntie worden gecreëerd. De nadelen hiervan zijn echter, dat er geen prikkel tot productiviteit of consumentengevoeligheid is. Een onderscheid moet worden gemaakt in globale budgetten als de enige bekostiging van een ziekenhuis (in de vorm van een subsidie van de overheid, zoals in Zweden, Finland, Italië (publieke ziekenhuizen), Spanje (idem) en Engeland) en een globaal budget, dat alleen de activiteiten van een ziekenhuis beperkt en niets zegt over de wijze waarop een ziekenhuis wordt bekostigd (voorbeelden hiervan zijn te vinden in Frankrijk, Duitsland en Nederland).

'Case-payment'

Bij 'case-payment' is er sprake van een vast bedrag voor alle zorg voor een patiënt per opname. Doorgaans worden 'cases' gedefinieerd in diagnosecategorieën en/of chirurgische procedures (DRG) of patiënt-managementcategorieën (PMC's). Het voordeel is dat 'case-payment' prikkels bevat tot efficiëntie. Nadelen van 'case-payment' zijn dat het

Figuur 3. Financiële relatie tussen de betalende partij en de instelling.



niet geschikt is voor zorg die een instelling overschrijdt, niet-noodzakelijke opnamen kan aanmoedigen en moeilijk is te implementeren. Deze financieringsvorm wordt in overweging genomen in bijvoorbeeld Portugal, Duitsland en Spanje.

Vergoeding per verpleegdag en/of tarieven

Bij een vergoeding per verpleegdag gaat het om een vast bedrag voor alle zorg per patiënt per dag. De vergoeding per verpleegdag kan variëren per type zorg (medische, chirurgische, intensieve zorg, verloskunde). Een dergelijk systeem komt bijvoorbeeld voor in Griekenland en Italië (privé-ziekenhuizen). Daarnaast kunnen er specifieke tarieven zijn voor medische, verpleegkundige en andere activiteiten, zoals in België en Spanje (privé-ziekenhuizen). De vergoeding per verpleegdag kan worden vastgesteld door het ziekenhuis of in onderhandelingen met de overheid/verzekeraars. Het voordeel is dat het systeem makkelijk is te implementeren. Een nadeel is dat er geen prikkel aanwezig is noodzakelijke aanvullende opnamen te voorkomen.

Samenvattend

In tabel 2 is de financiering van de verschillende subsystemen samengevat. Hieruit kan worden gelezen dat met name de betaling van de huisarts veel verschillen vertoont. In de meeste landen wordt de huisarts betaald per verrichting, in sommige landen gecombineerd met een abonnementshonorering of een salaris. De ziekenhuizen worden in de meeste landen gefinancierd door globale budget-

ten, met of zonder vergoedingen per verpleegdag of tarieven. Enkele landen zijn bezig met voorstellen (Oostenrijk) of experimenten (Frankrijk, Noorwegen) met 'case-payment' (DRG). De privé-praktijken van specialisten zijn moeilijk te vergelijken, omdat er verschillende interpretaties van bestaan: met privé-praktijk kan enerzijds worden bedoeld op de wijze van het aanbieden en anderzijds op de wijze van financiering van de zorg.

Nieuwe ontwikkelingen

In een internationale studie van zeven OECD-landen concludeert Hurst dat in alle landen dezelfde gezondheidszorgdoelen worden nagestreefd, maar dat niet overal dezelfde waarde aan ieder doel wordt gehecht.³ Hurst maakt onderscheid in zes gemeenschappelijke doelen:

- *toegankelijkheid*. Alle burgers zouden toegang moeten hebben tot tenminste een basispakket van gezondheidszorg. Er zou sprake moeten zijn van gelijke behandeling voor gelijke behoefte, indien diensten publiek zijn gefinancierd.
- *inkomensbescherming*. Patiënten dienen te worden beschermd tegen financiële risico's van de gezondheidszorg die een bedreiging vormen voor hun inkomen en welzijn. Bij de inkomensbescherming dient het draagkrachtbeginsel te worden gehanteerd.
- *macro-economische efficiëntie*. Beheersing van de gezondheidszorguitgaven in relatie tot het bruto nationaal product.
- *micro-efficiëntie*. Het resultaat van gezondheidszorg en de patiënttevredenheid zou zo hoog mogelijk moeten zijn voor het beschikbare aandeel van het

BNP voor gezondheidszorguitgaven. Dit impliceert, dat de kosten geminimaliseerd zouden moeten worden voor een geschikte mix van gezondheidszorgactiviteiten.

- *keuzevrijheid voor consumenten.* Consumenten zouden vrij moeten zijn in hun artskeuze (onder publieke en particuliere verzekering) en zouden op advies van hun arts in gelegenheid moet worden gesteld een keuze te maken met betrekking tot behandelingen en verwijzingen naar andere zorgaanbieders.
- *zo groot mogelijke autonomie voor de zorgaanbieders.* Artsen en andere zorgaanbieders zouden een maximale vrijheid moeten hebben die aansluit bij het verkrijgen van deze doelen, met name met be-

trekking tot medische en organisatorische innovaties.

Geen enkel land is erin geslaagd al deze doelen te bereiken, maar er worden pogingen gedaan ze in meer of mindere mate te verwezenlijken. De laatste tien jaar zijn alle 18 hier besproken landen op een of andere manier verwickeld geweest in een wijziging van het financieringssysteem van de gezondheidszorg. In alle landen wordt een discussie gevoerd over de vraag hoe de gezondheidszorgdoelen het best kunnen worden bereikt. Over het algemeen kan worden gezegd dat in de meeste landen de kostenbeheersing onderwerp is van discussie of hervormingen.

Een universeel probleem lijkt het spanningsveld dat is ontstaan tussen de collectieve noodzaak van kostenbeheersing enerzijds en de behoefte om tegemoet te komen aan de individuele consumentenpreferenties en de groeiende medische behoefte onder de bevolking anderzijds. In de meeste landen is de nadruk in het laatste decennium verlegd van macro-efficiëntie (kostenbeheersing) naar micro-efficiëntie, vaak onder de aanname van politici dat door vergroting van de micro-efficiëntie de kosten kunnen worden beheerst.

Met betrekking tot de wegen die worden gevolgd om te trachten de kosten te beheersen, kan globaal genomen een onderscheid worden aangebracht tussen de landen met een nationale gezondheidszorg en die met een verzekeringsgefinancierde gezondheidszorg. In de landen met een nationale gezondheidszorg is een tendens naar decentraliseren (Griekenland, Ierland, Noorwegen, Zweden) en het aanbrengen van 'incentives' voor de managers van het zorgaanbod, door bijvoorbeeld de bestuurlijke bevoegdheden van de managers uit te breiden (Luxemburg) en door nieuwe bestuurslagen te introduceren.

In de landen met een door de verzekering gefinancierde gezondheidszorg worden de oplossingen voornamelijk gezocht in de introductie van meer marktconforme elementen en zelfordening; dit is bijvoorbeeld het geval in Nederland. Men tracht bijvoorbeeld de financiers zo toe te rusten dat zij zich meer gaan gedragen als een soort zorgmakelaars die voor hun verzekerden op doelmatige wijze zorg inkopen.

Dit onderscheid is echter niet sluitend. Er zijn ook combinaties van beide mogelijk, zoals in Engeland, waar wordt geëxperimenteerd met de huisarts als budgethouder, hetgeen kan worden gezien als de introductie van een marktconform element in een nationaal systeem van gezondheidszorg. Ook in Portugal en Spanje is er een tendens naar het aanbrengen van marktelementen in de nationale gezondheidszorg.

Financiering subsystemen

Bij de wijzigingen in de financiering van de subsystemen kan onderscheid worden gemaakt naar de financiering van medische beroepsbeoefenaren en die van ziekenhuizen.

Met betrekking tot de medische beroepsbeoefenaren kan worden vermeld, dat Duitsland en Engeland bezig zijn de positie van de huisartsen te versterken. Frankrijk wil overstappen van een vergoeding per verrichting op een abonnements-honorering.

Tabel 2. Financiering subsystemen: huisarts, specialist en ziekenhuis in 18 Westeuropese landen.

land	financ. sub-systeem	huisarts primary-care phys.	poortwachter	specialist		ziekenhuis
				publieke praktijk	privé-praktijk	
Oostenrijk		3	nee	3	3	pub: IV
België		3	nee	3	3	pub: I+IV pri: I+IV
Denemarken		2+3	ja	1 3	3	pub: I pri: I
Finland		1 GC (+3)	ja	1	3	pub: I pri: IV
Frankrijk		3 1 GC	nee	1	3	pub: I+IV pri: I+V
Duitsland		3	ja	1	3	pub: I+IV pri: V
Griekenland		1	nee	1	3	pub: IV pri: IV
IJsland		1+3 in GC 2+3 niet GC	nee	1	3	pub: I pri: IV
Ierland		2	ja	1 3	3	pub: I pri: V
Italië		2 3	nee	3	3	pub: I pri: IV
Luxemburg		3	nee	3	3	pub: IV pri: IV
Nederland		soc: 2 pri: 3	ja	3 of 1	3	pub: I+IV pri: I+IV
Noorwegen		3	nee	1	3	pub: I+III poli: V
Portugal		1 GC hervorm+3	ja	1	3	pub: I pri: IV
Spanje		1+3 GC	ja	1	3	pub: I pri: V
Zweden		1	nee	1	3	pub: I pri: IV
Zwitserland		3	nee	1	3	pub: I pri: V
Engeland		2+3	ja	1	3	pub: I pri: V

Betalingen van de huisarts en specialist:

- 1 = salaris
- 2 = abonnement-honorering
- 3 = vergoeding per verrichting
- GC = gezondheidscentra

Betalingen van ziekenhuis:

- I = globaal budget
- II = abonnement-honorering
- III = case payment
- IV = vergoeding per verpleegdag
- V = tarieven

Wijzigingen in de financiering van ziekenhuiszorg staan voornamelijk ter discussie in België, Frankrijk, Duitsland, Ierland en Noorwegen. In deze landen wordt gedacht aan de invoering van een budgetterings-systeem van ziekenhuizen, gebaseerd op een patiëntenclassificatiesysteem, zoals het DRG-systeem. Een DRG-systeem geeft het ziekenhuis 'prikkels' om patiënten te behandelen met een minimaal gebruik van bronnen en om de capaciteit te verhogen door meer patiënten te behandelen. In Frankrijk is men vooral bezig met de introductie van een regionale planning voor ziekenhuizen, waarbij getracht wordt de autonomie van de publieke ziekenhuizen te versterken. In Engeland zijn de hervormingen op dit moment gericht op het versterken van de verantwoordelijkheid van de ziekenhuismanagers (ziekenhuizen worden trusts) door hen bijvoorbeeld contracten te laten afsluiten voor de te verlenen zorg.

Eigen betalingen

Om de financiële problemen het hoofd te bieden, wordt behalve van een aanpassing van de structuur van de gezondheidszorg in verreweg de meeste landen ook gebruik gemaakt van eigen betalingen. In België is een toename van het aandeel van de eigen betalingen in bijna alle vormen van zorg te vinden. In Denemarken en Duitsland is de introductie van de eigen betalingen gericht op medicijnen en op de ziekenhuiszorg, in Italië alleen op de medicijnen en in Finland op de gezondheidscentra en ziekenhuizen. Deze toename van de eigen betalingen heeft tot doel het gebruik van de voorzieningen te remmen en de lasten te verschuiven van de publieke naar de private sector. In België en

Frankrijk heeft de toename van de eigen betalingen geleid tot de mogelijkheid zich daartegen aanvullend te verzekeren.

Zorginkoop

Het introduceren van zorginkopers staat in veel landen ter discussie. In Finland komt deze rol bij de gezondheidscentra te liggen. In Engeland vinden experimenten plaats om deze rol bij de huisarts te leggen (huisarts als budgethouder). Ook in Duitsland is men recent gestart met budgettering van huisartsen voor het voorschrijven van medicijnen; indien zij meer voorschrijven dan is gebudgetteerd, moeten zij dat uit eigen zak betalen. In Nederland zijn de hervormingsvoorstellen gericht op de zorgverzekeraar als zorginkoper. Op zich lijkt het leggen van de rol van zorginkoop bij de zorgaanbieder zijn drag direct te beïnvloeden. De Duitse artsen schreven de eerste drie maanden 30% tot 40% minder recepten uit. Ook in Engeland was een dergelijk effect meetbaar, hoewel de onderzoeksresultaten niet eenduidig zijn.

Tot slot

De vraag blijft bestaan of er een relatie bestaat tussen de financierings- en vergoedingssystemen, en met welk vergoedingssysteem de kosten met succes kunnen worden beheerst. Tussen de landen bestaan variaties tussen de verschillende vergoedingssystemen. De meeste landen zijn deze systemen aan het wijzigen in het kader van de kostenbeheersing en efficiëntievergroting. De vraag dringt zich op of het ene systeem over meer kostenverlagende 'incentives' beschikt dan het andere. Bovendien is het de vraag of een

vergoedingssysteem dat meer prikkels voor kostenbeheersing heeft, ook de kosteneffectiviteit van de zorg gunstig beïnvloedt.

Deze vragen zijn niet eenvoudig te beantwoorden, ook al omdat financiering en vergoeding van de gezondheidszorg niet los kunnen worden gezien van de politieke en sociale context. Wel kan een dergelijke vergelijking duidelijk maken, dat bij het zoeken naar oplossingen voor de stijgende kosten in de gezondheidszorg veelvuldig van bepaalde concepten gebruik wordt gemaakt zonder dat de bruikbaarheid daarvan is aangetoond. •

Y.W. van Kemenade,

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), heeft dit artikel op persoonlijke titel geschreven

B. de Jong,

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Literatuur

1. Kemenade YW. Health Care in Europe. The finance and reimbursement systems of 18 European countries. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.
2. Vreugdenhil C, Bruin M de. Gezondheidszorg in Europa. Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990.
3. Hurst J. The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries. OECD, 1992.
- Culyer AJ. Cost containment in Europe. Health care systems in transition. Paris, 1990.
- Jong B de. Pleidooi voor de introductie van Fins model gezondheidscentra. Medisch Contact 1993; 9: 282-4.
- Jong B de. Engelse huisartsen dwingen integratie eerste lijn af. Inzet 1993; 3: 28-9.
- Roemer MI. National Health systems in the world. Volume 1: The countries. Oxford University Press, 1991.
- Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health care systems in twenty-four countries. Health Affairs Fall 1991.
- Ven WPMM van de, Jong B de. Huisarts als budgethouder. Inzet 1992; 11; middenkatern: III-IV.

B E R I C H T

Recommendations for national medical associations regarding quality of care development (QCD)

Recommendations in the paper 'Policy of medical associations regarding quality of care development', endorsed at The European Forum of Medical Associations and WHO, Utrecht, Domus Medica, 28-29 January 1993.

THE EUROPEAN FORUM of Medical Associations and WHO strongly recommends that national medical associations (NMAs) should take a leading role in quality of care development with the overall aim of benefitting patient care. Securing quality of medical care is primarily the responsibility of the physicians themselves. QCD is therefore both

an ethical, educational and a professional responsibility that is inherent to the independence of the profession.

To achieve this, NMAs should:

Promote the professional responsibility for QCD and institute the establishment of internal self-evaluative mechanisms among their members.
Promote the development of strategic quality markers by the individual specialties, including consideration of the personal experience of patients.
Institute external quality initiatives. External quality evaluation should include mechanisms for support, supervision and the

establishment of protected comparative data-bases, retrieved from appropriate recording of patient care data, managed by the profession to ensure that confidentiality for both patient and physicians is guaranteed.

Disseminate information on best demonstrated practice and promote its constructive application.
Promote the description of good practice, for example by consensus conferences and other methods that produce statements on medical care, that can be used as reference in evaluative mechanisms.
Acknowledge that, apart from the fact that research is the basis for QCD, there is a need for research on QCD itself. •