



INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG INTERESSANT VOOR NEDERLAND?

Dr. Y.W. van Kemenade en B. de Haas van
Dorsser

Dr. Y.W. van Kemenade is adviseur bij de NRV. Daarnaast heeft zij een onderzoek- & adviesbureau in de gezondheidszorg. B. de Haas van Dorsser studeert Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg en heeft stage gelopen bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Het aandeel van uitgaven van de gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Produkt stijgt in bijna alle landen. Hogere kosten in de gezondheidszorg leiden tot een toename van de collectieve lastendruk. Een manier om tot kostenbeheersing te komen is dus een noodzakelijk discussiepunt.

De zorgsector mag volgens het regeerakkoord in 1995 maar 1,3% groeien. Het FOZ geeft wel enig uitsluitel waar de beperking vandaan moet komen: efficiëntcyverbetering, beperking van het pakket en meer eigen bijdragen van de burger. Niet alleen Nederland heeft vragen en problemen rondom de groeiende gezondheidszorguitgaven. Ook in andere landen, onder andere in België, worden discussies gevoerd over mogelijkheden om kosten te behesen.

GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË¹

België heeft een verplichte ziekenfondsverzekering. Het ziekenfonds zorgt voor dekking van ziektekosten en inkomenssteun tijdens ziekte. Wat betreft de dekking van de ziektekosten kan er een onderscheid worden gemaakt in: het *algemene stelsel*, wat zowel grote² als kleine³ risico's dekt voor werknemers, ambtena-

ren, gepensioneerden, invaliden en hun afhankelijken (85% van de bevolking) en het *stelsel voor de zelfstandigen* (eigen bazen), dat alleen grote risico's dekt (15% van de bevolking). Ongeveer 70% van de zelfstandigen verzekert zich vrijwillig bij een ziekenfonds, ter dekking van de kleine risico's.

Verblijfskosten voor langdurige zorg zijn niet opgenomen in het basispakket, evenmin het ziekenvervoer per ambulance. De gehandicaptenzorg valt in België niet onder de gezondheidszorg. Het Belgische stelsel kent een integratietegemoetkoming voor mensen met een handicap, hetgeen gebaseerd is op twee uitgangspunten. Aan de ene kant wordt vastgesteld dat een handicap gepaard gaat met een verlies aan verdienvermogen, terwijl aan de

ningen eigen bijdragen geheven. Dit houdt in dat er voor huisartsen-, paramedische-, specialisten-, en tandheelkundige hulp, geneesmiddelen, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg een bepaald percentage of een forfaitair bedrag door de patiënt moet worden betaald. Voor de ziekenhuiszorg, intramurale geestelijke gezondheidszorg en de intramurale voorzieningen in de ouderenzorg hebben de eigen bijdragen betrekking op de verblijfskosten die zelf betaald dienen te worden. De verpleeg-, verzorgings- en behandelingskosten zijn bijdra- gevrij voor de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg, een inkomensafhankelijke eigen bijdrage wordt geheven voor de behandelkosten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg.

SPRAKE VAN VERHOOGING EN UITBREIDING EIGEN BIJDRAGE OF REMGELD

andere kant wordt uitgegaan van het optreden van meerkosten ten gevolge van de handicap. Het stelsel voorziet derhalve in twee soorten van tegemoetkomingen: een inkomensvervangende- en een integratietegemoetkoming.

In België is de huisarts geen poortwachter. De vrij gevestigde specialisten werkzaam in een privépraktijk behoren in België tot de eerstelijnsgezondheidszorg. Er zijn nauwelijks wachtlijsten vanwege de grote ziekenhuis- en arts-dichtheid. Verder is er in België sprake van een splitsing van wonen en zorg, alleen de medische hulpverlening wordt tot de gezondheidszorgsector gerekend; de verblijfs- en verzorgingskosten zijn voor eigen rekening.

In België worden voor bijna alle voorzie-

In België is er een koppeling tussen de ziektekostenverzekering en de Ziektewet. Het Rijks Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) regelt naast de gezondheidszorg ook pensioenverzekeringen, ongevallen- en beroepsziektenverzekeringen, sterfte-uitkeringen, zwangerschapsuitkeringen en uitkeringen in geval van inkomensderving door ziekte, ongeval of invaliditeit. Een interessante vraag is of deze koppeling (die in Nederland niet aanwezig is) invloed heeft op de aanspraak die wordt gemaakt op de Ziektewet.

RECENTE ONTWIKKELINGEN

Per 1 januari 1995⁴ is er een traject ingezet om de ziekenfondsen een beperkte, maar in de tijd toenemende, financiële

verantwoordelijkheid te geven door de toekenning van normuitkeringen (ook wel budgetteren van zorgverzekeraars genoemd). De normuitkeringen zijn nog niet perfect en de individuele verantwoordelijkheid van ieder ziekenfonds zal in de startfase miniem zijn, toch is het van belang de introductie van stimulanzen te starten, in plaats van het vrijblijvend systeem van het verleden te blijven aanvaarden.

gen. Voorstellen zijn gedaan voor de invoering van een fiscale franchise voor chronische patiënten die niet onder de sociale franchise vallen. Een vermindering van de gezondheidszorguitgaven voor 1995 tracht men onder andere te bereiken door een beddenreductie van de ziekenhuizen en het bevorderen van dagverpleging. Het beleid op de langere termijn heeft onder andere betrekking op een reductie

dragen voor de meeste voorzieningen, een integratietegemoetkoming voor gehandicapten en een koppeling tussen de ziektekostenverzekering en de Ziektewet. De vraag is welke aspecten van het gezondheidszorgsysteem in België bijdragen aan de discussies over kostenbeheersing in Nederland. Zo zou het interessant zijn te analyseren in hoeverre de systematiek van een integratietegemoetkoming in België (sinds 1987) in Nederland toepasbaar is. Deze discussie zou zinvol zijn in het kader van de systematiek van het cliëntgebonden budget in Nederland. Het cliëntgebonden budget is een oude systematiek met een nieuwe naam. Daarom is in België gekozen voor een integratietegemoetkoming (hetgeen neigt naar een systeem van inkomensoverdracht) en niet voor een cliëntgebonden budget (hetgeen in de huidige discussies veel meer lijkt op verstrekkingen in natura). ♦

IN BELGISCHE GEZONDHEIDZORG BESTAAT SCHEIDING TUSSEN WONEN EN ZORG

Met betrekking tot kostenbeheersing wordt in België gesproken over het verhogen en uitbreiden van de eigen bijdrage (remgeld) terwijl in Nederland het verkleinen van het verplichte basispakket het onderwerp van discussie is. Per 1 januari 1995 zijn in België bijvoorbeeld de eigen bijdragen verhoogd voor huisartsenhulp en specialistische hulp. Ook is er een zogenaamde 'sociale franchise' ingevoerd. Dit betekent dat er voor mensen tot een bepaald inkomen een maximum grens bestaat voor alle eigen bijdra-

gen van 5.000 ziekenhuisbedden in het kader van een vijfjarenplan met een omschakeling in rust- en verzorgingstehuisbedden (RVT) of andere alternatieve opvangvormen; de invoering van een globaal jaarlijks budget per rustoord en het ontwikkelen van alternatieve opvangmogelijkheden.

CLIËNTGEBONDEN BUDGET

In de Belgische gezondheidszorg is sprake van een scheiding tussen wonen en zorg (zelfs de ziekenhuiszorg), eigen bij-

Noten

¹Voor een beschrijving van de Belgische gezondheidszorg zie: Haas van Dorsser, B. de en Y.W. van Kemenade, NRV magazine 1995, nr. 2.

²Onder andere: alle verzorging van de zgn. 'sociale ziekten', zoals geestesziekten, tbc, kanker, kinderverlamming, ziekenhuisverzorging, operaties (boven bepaalde prijs), speciale verstrekkingen, zoals radio-diagnose, laboratoriumonderzoeken, bepaalde specialistenbehandelingen van inwendige geneeskunde en bestralingen, revalidatie en herscholing.

³Onder andere: bezoeken en raadplegen van artsen, zorg van vroedvrouwen, verpleegkundigen en paramedische helpers, tandverzorging en kleine heilkundige ingrepen.

⁴De basis vormt de recentelijke (1993) wijziging van de wet van 1963 op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een nieuwe betekenis aan het begrip transmurale zorg.

