



Yvonne van Kemenade

Gezondheidszorg internationaal vergeleken

De hervormingen in gezondheidszorg in de diverse Europese landen lijken de laatste 10 jaar meer te gaan divergeren, maar van een harmonisatie van de gezondheidssystemen in Europa kan geen sprake zijn. Deze zijn te veel een integraal onderdeel van de sociale zekerheidsstelsels van de individuele lidstaten. Maar dit betekent niet dat er minder behoefte komt aan Europese samenwerking aangaande gezondheidszorg.

Steeds meer wordt bij wetgeving en hervormingen ook over de eigen landsgrens heen gekeken naar vergelijkbare ervaringen in andere landen. Om die reden is een vergelijkende studie van de verschillende gezondheidszorgsystemen in Europa relevant. Dit artikel is gebaseerd op het boek "Healthcare in Europe 2007. The finance and reimbursement systems of 11 European countries"¹.

Gezondheidszorg uitgaven Gezondheidszorg is eigenlijk altijd al een belangrijke sector geweest en is steeds belangrijker geworden de laatste jaren. De kosten van de gezondheidszorg stijgen in bijna alle Europese landen en zullen ook de komende jaren blijven stijgen, door onder andere de vergrijzing, de toename van technologische innovaties, het vóórkomen van nieuwe ziekten en het vertonen van risicovol gedrag. Deze continue kostenstijging heeft onder andere gevolgen voor de economische positie van een land, waardoor er een 'pressure to reform' voor gezondheidszorg aanwezig is in zowat alle landen.

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 landen worden geconfronteerd met een stijgend aandeel van kosten van de gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Product (BNP), variërend van 7,5% in Finland tot 11,6% in Zwitserland (OECD gemiddelde 8,9%). Duitsland, Frankrijk en België volgen met respectievelijk 10,9%, 10,5% en 10,1%. In de periode van 1995 tot en met 2004 hebben de grootste stijgingen plaatsgevonden in België, Zwitserland, Zweden, UK en Duitsland. De landen met een minder harde stijging zijn Finland, Oostenrijk, Nederland, Spanje, Frankrijk en Italië.

De gemiddelde groeipercentages van de gezondheidszorguitgaven ten opzichte van het BNP over 30 jaar (1975-2004) waren het hoogst in Zwitserland, België, Frankrijk, Duitsland en Spanje en de laagste groeipercentages waren te zien in Zweden, Finland, Nederland en Oostenrijk.

In alle landen (met uitzondering van Zweden) is de groei van de gezondheidszorguitgaven als percentage van het BNP de laatste 10 jaar minder geworden in vergelijking met de laatste dertig jaar.

Hervormingsstrategieën Net als in Nederland, worden ook beleidsmakers en managers in de gezondheidszorg in de andere Europese landen geconfronteerd met hervormingsvoorstellen, al dan niet ingegeven door toenemende financiële beperkingen. *Hervormingen in de zorg zijn onder te verdelen in vier strategieën:*

1. Pogingen tot kostenbeheersing
2. Pogingen ter verbetering van kwaliteit en efficiency
3. Pogingen de kosten te verschuiven
4. Het invoeren van marktgerelateerde concepten.

Pogingen tot kostenbeheersing hebben meestal betrekking op de introductie van globale budgetten of op veranderingen met betrekking tot de wijze waarop zorgaanbieders worden betaald. Tot zo'n 10-15 jaar geleden waren de hervormingen vooral gericht op vermindering van de stijgen van de macrokosten van de zorg. Zoals tabel 1 laat zien heeft dat mede geleid tot een vermindering van de stijging van de gezondheidszorguitgaven in de diverse landen.

De laatste 10 jaar is er een groeiend besef dat puur macro gebaseerde hervormingen gericht op kostenbeheersing in het algemeen niet werkt en ook negatieve effecten kan hebben op de efficiency van het systeem. Hervormingsbeleid is de laatste 10 tot 15 jaar meer ver-

Tabel 1: Gezondheidszorguitgaven als percentage van het BNP 1975, 1995 and 2004

Countries	1975	1995	2004	Growth 1975-2004 / Growth 1995-2004
Austria	7.3	9.6	9.6	2.3 / 0.0
Belgium	5.8	8.0	10.1 (2003)	4.3 / 2.1
Finland	6.3	8.2	7.5	1.2 / -0.7
France	6.8	9.9	10.5	3.7 / 0.6
Germany	7.8	9.6	10.9 (2003)	3.1 / 1.3
Italy	5.8	7.7	8.4	2.6 / 0.7
Netherlands	7.7	8.8	9.2	1.5 / 0.4
Spain	5.1	7.6	8.1	3.0 / 0.5
Sweden	8.0	7.7	9.1	1.1 / 1.4
Switzerland	7.0	9.6 (1994)	11.6	4.6 / 2.0
United Kingdom	5.5	6.9	8.3	2.8 / 1.4
OECD Average	6.5	7.9	8.9	2.4 / 2.0

Source: OECD Health Data, 1991, 1996, 2003 & 2006

schoven naar maatregelen op micro- en meso niveau en is zich meer gaan richten op verbetering van kwaliteit en efficiency van zorg. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan een versterking van de eerstelijnszorg en een integratie van de eerstelijns en ziekenhuiszorg. Zo zien we dat in de Europese landen steeds meer geprobeerd wordt de rol van de huisarts te versterken door onder andere te proberen de huisarts de rol van poortwachter te geven. De poortwachters rol zoals we die in Nederland kennen is uniek. In verschillende landen is geprobeerd dit in te voeren maar veelal zonder succes. Een dergelijke verandering leidt blijkbaar tot weerstand bij de bevolking en diverse zorgaanbieders. In Oostenrijk, België, Duitsland, Zweden en Zwitserland hebben patiënten direct toegang tot de ziekenhuiszorg. In Frankrijk is in 2004 een verwijzingsmodel ingevoerd (dédecin traitant). In 2006 heeft ongeveer 70% van de patiënten hier gebruik van gemaakt, hetgeen een lagere eigen bijdrage tot gevolg had. In België is geen verwijzing vereist, maar is de eigen bijdrage voor de patiënten hoger als ze zonder verwijzing gebruik maken van de ziekenhuiszorg. Ook in Duitsland is geen verwijzing noodzakelijk, maar zijn ziekenfondsen wel verplicht een pakket aan te bieden met de huisarts als poortwachter. Ook in Zwitserland is een verwijzing niet verplicht, maar worden er verzekeringspakketten aangeboden waarbij een verwijzing wel verplicht wordt gesteld.

Naast een versterking van de rol van de huisarts in de eerstelijns, wordt er in alle Europese landen ook geprobeerd de integratie van zorg te verbeteren. Door een versterking van de eerstelijnszorg enerzijds en een steeds meer op de core-business gerichte ziekenhuiszorg, wordt afstemming en coördinatie van de zorg voor patiënten steeds belangrijker. Er wordt steeds meer geredeneerd vanuit het zorgproces van de patiënt. Hierbij kan worden gedacht aan disease management programma's in bijvoorbeeld de UK en Duitsland, maar ook aan de gespeci-

aliseerde centra in Finland, waarin algemene en gespecialiseerde professionals met elkaar samenwerken, ziekenhuizen contracteren en eigen laboratorium faciliteiten hebben. In Nederland is deze beweging vooral zichtbaar bij de vergroting van de organisatie in de eerstelijns en gezondheidscentra-achtige settings waarin ook specialisten uit het ziekenhuis spreekuur houden en het ontstaan van buitenpoliklinieken bij ziekenhuizen, waarin huisartsen in toenemende mate participeren.

Steeds meer aandacht voor efficiency en kwaliteit van zorg

Hoewel het begrip value-for-money steeds meer wordt gebruikt in de zorg, staat de uitwerking daarvan in de meeste Europese landen nog in de kinderschoenen. Net als in Nederland wordt er in verschillende landen steeds meer aandacht besteed aan benchmarken van prestaties en het uitwisselen van informatie en best-practices. Er is een groeiend besef voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en vergelijking van aanbieders (Oostenrijk en Frankrijk). Maar de echte ontwikkeling en gebruik van indicatoren van gezondheidszorgprestaties, zoals we in Nederland bijvoorbeeld de ontwikkeling van de indicatoren van de Inspectie hebben, zijn maar in een beperkt aantal landen aanwezig, zoals Engeland en Zweden. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze vergelijkingen, meestal openbaar gemaakt via websites, veelal niet als doel hebben het beste of slechtste ziekenhuis te benoemen, maar proberen consumenten te bewegen tot een zorgvuldige afweging van de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen, waar zij hun specifieke aandoening het beste kunnen laten behandelen. Door de marktwerking

Tabel 2 Gezondheidszorguitgaven verdeeld naar bron van financiering

	Taxes	Social insurance	Out-of-pocket payments	Private insurance	Other private funds
Austria	21,3	49,3	14,7	8,7	5,9
Belgium(2003)	8,9	62,2	23,5	3,4	1,9
Finland	59,6	17,0	18,9	2,3	2,1
France	3,3	75,0	7,6	12,4	1,7
Germany (2003)	9,8	68,4	10,4	8,8	2,6
Italy	76,3	0,1	19,6	0,9	3,1
Netherlands	3,0	59,3	7,8	19,1	6,0
Spain	65,6	5,2	23,6	4,7	0,8
Sweden	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Switzerland	17,0	41,4	31,9	8,7	0,9
UK/England	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

OECD health data 20006

in de zorg gaan ziekenhuizen zich steeds vaker specialiseren in de behandeling van bepaalde aandoeningen. Daarom wordt het steeds belangrijker om goed inzicht te geven in de kwaliteit van zorg op het niveau van aandoeningen in plaats op het niveau van instelling. In Nederland kunnen consumenten sinds kort via de website van Independer zelf bekijken voor welke aandoening zij in welk ziekenhuis het beste behandeld kunnen worden. Het besef van de relevantie van de ontwikkeling van deze prestatie-indicatoren is in veel Europese landen wel aanwezig, maar het afleggen van verantwoordelijkheid en transparantie van resultaten komt maar langzaam in een aantal landen op gang.

In Nederland is de reductie van wachtlijsten een aantal jaren geleden speerpunt van beleid geweest. Veel wachtlijsten zijn verdwenen, mede ook door veranderende marktverhoudingen, transparantie van de wachtlijsten en druk vanuit verzekeraars en patiënten. Ook andere Europese landen worden geconfronteerd met wachtlijsten en voeren hier een specifiek beleid op. Zo hebben overheden in de Noordelijke landen zoals Finland en Zweden, een wachtlijstgarantie geïntroduceerd en hebben extra fondsen hiervoor gealloceerd. In Finland is er een wachtlijstgarantie voor de eerstelijnszorg (maximum van 3 dagen voor huisartsenconsult) en de tweedelijns (maximum van 2 weken voor consult ziekenhuisspecialist). Sancties die worden ingezet zijn het toestaan van patiënten om naar andere districten of regio's te gaan of gebruik te maken van private ziekenhuizen. Ook hier wordt de veranderende marktverhoudingen (meer concurrentie tussen ziekenhuizen) in gezet om tot wachtlijst-reductie te komen.

In eigenlijk alle Europese landen is er een continue kostenverschuiving te zien naar de gebruikers van de zorg, waarmee wordt geprobeerd het kostenbewustzijn van de gebruiker van de zorg te bevorderen door financiële drempels in te voeren. Als eerste is er een tendens te zien van een toename van de introductie van eigen

bijdragen bij het gebruik van zorg of het verhogen van bestaande eigen bijdragen. Ook staat de dekking van het basispakket veelal ter discussie. In veel landen gaat de discussie met betrekking tot uitsluiting van voorzieningen veelal over fysiotherapie, IVF, tandartsenzorg en geneesmiddelen. Een tweede manier om de kosten naar consumenten te verschuiven is consumenten direct te laten bijdragen aan nationale of regionale verzekeringsprogramma's, door bijvoorbeeld het heffen van een nominale premie. Eigen bijdragen spelen in bijna alle landen een belangrijke rol, terwijl het effect van deze maatregelen op de gezondheidszorguitgaven of consumentengedrag eigenlijk nooit echt is bewezen. In Nederland

Politieke wil is een belangrijke sleutel tot succes bij hervormingen

is de discussie over invoering van eigen bijdrage in welke vorm dan ook, al jaren een moeilijke punt in de politiek. De discussie over eigen bijdrage wordt in Nederland gekoppeld aan de afname van het solidariteitsprincipe dat wij kennen binnen de zorg. Na jarenlange discussies wordt nu in 2008 voor het eerst een verplicht eigen risico aan de voet ingevoerd, als vervanging van de no-claim regeling. Eigen bijdragen voor huisartsenzorg staat echter hierbij niet ter discussie, deze worden dan ook uitgezonderd van het verplichte eigen risico. Argumentatie hierbij is dat deze zorg voor een ieder toegankelijk moet zijn, zonder financiële drempel. Terwijl misschien juist ter beïnvloeding van het kostenbewustzijn van consumenten, juist dit eerste contact met de zorg van belang is.

Europees gezien kan Nederland (7,8%) samen met Frankrijk (7,6%) gerekend worden tot de landen met de laagste % eigen bijdragen (zie tabel 2). Zwitserland heeft

het grootste aandeel eigen bijdrage als % BNP (32%), gevolgd door Spanje (23,6%) en België (23,5%). Hierbij moet worden opgemerkt dat de meeste landen wel een medicijnenbeleid hebben met verschillende hoogte van eigen bijdragen en in de meeste landen het gebruik van generieke geneesmiddelen wordt gestimuleerd.

De vierde, en misschien wel meest interessante hervormingsstrategie voor Nederland is de introductie van marktconcepten. In Nederland is vooral met de invoering van de hervormingen van de wet- en regelgeving in de gezondheidszorg in 2006² getracht een basis te leggen voor invoering van meer marktincentives in een zogenaamd systeem van gereguleerde marktwerking. Ook in de andere Europese landen is duidelijk een trend te zien naar de invoering van meer marktconcepten in de zorg.

De volgende vier concepten worden regelmatig in hervormingsvoorstellen genoemd:

a. **Decentralisatie** De meeste landen met een meer centrale aansturing gaan steeds meer verantwoordelijkheden verschuiven naar lagere overheden en private (of quasi private) instellingen (aanbieders & verzekeraars). In Finland en Zweden bijvoorbeeld hebben de gemeentes (municipalities cq counties) meer verantwoordelijkheid gekregen in het organiseren en aanbieden van zorg en meer vrijheid gekregen in het vaststellen van eigen bijdragen.


b. **Zorginkoop** In alle Europese landen zijn de financiers van de zorg over het algemeen relatief passieve organisaties. In het kader van een versterking van de rol van zorginkoop wordt in de meeste landen de financier (verzekeraar publiek/privaat, overheid) steeds vaker verantwoordelijk voor kostenbeheersing: ze krijgen steeds vaker een budgetdoelstelling en worden steeds meer verantwoordelijk voor het contracteren van zorg (met daarbij incentives voor efficiency). Steeds meer nadruk komt er ook te liggen op de onderhandelingen tussen aanbieders en financiers. In België en Nederland bijvoorbeeld, zijn de verzekeraars meer financieel verantwoordelijk geworden en worden gelden tussen de verzekeraars verdeeld volgens een normuitkeringsysteem. Zorginkoop wordt natuurlijk pas interessant als er daadwerkelijk concurrentie is tussen de aanbieders, zoals in UK waar financiers niet langer verplicht zijn publieke ziekenhuizen te contracteren en in Zweden waar een vrije keuze van ziekenhuizen is geïntroduceerd.

c. **Scheiding zorginkoop - zorgaanbod** Om een vorm van marktwerking in de zorg en daarmee concurrentie in te voeren, is een scheiding van de zorginkoop en het zorgaanbod een van de voorwaarden. In Zweden en UK heeft er een scheiding plaatsgevonden van taken en verantwoordelijkheden van zorginkoop en zorgaanbod. In Nederland zijn deze rollen altijd al gescheiden geweest.

d. **Poolen en zorginkoop** om in een systeem eerlijke concurrentie tussen financiers van zorg te krijgen (zonder

risicoselectie naar gezondheid en leeftijd e.d.) zullen gelden verdeeld moeten worden naar het te voorspellen financiële risico. Een goede pooling van gelden is hierbij een essentiële voorwaarde. Pooling is over het algemeen centraal geregeld, terwijl de zorginkoop juist steeds decentraler plaats vindt. België, Duitsland, Nederland en Zwitserland hebben een centrale onafhankelijke pooling organisatie. De voorspellende waarde van de risicofactoren varieert tussen de landen: van weinig complexe systemen zoals in Zwitserland (leeftijd en sekse) tot de meer complexe, en beter voorspellende risicofactoren zoals in Nederland en Zweden. Nederland is hierin veruit het verste.

Politieke wil Er zijn een groot aantal ontwikkelingen en trends in de diverse landen die het bestuderen zeker waard zijn. De gezondheidszorg is niet meer binnen de Nederlandse landsgrenzen te houden. In het kader van de globalisering en ontwikkelingen in de informatietechnologie zullen deze ontwikkelingen de komende jaren steeds meer en sneller op ons af komen. Gezondheidszorg is zeker nog een nationale aangelegenheid en zal dat in zekere mate waarschijnlijk ook wel blijven, omdat het zorgsysteem in een land sterk afhankelijk is en ingebed in de: geschiedenis van een land, de nationale cultuur, politieke omstandigheden, economische context, sociale stelsel en andere omstandigheden.

Politieke wil is een van de belangrijkste sleutels tot succes bij hervormingen. Gebrek aan politieke wil is vaak een obstakel voor de invoering van hervormingen, maar ook de veranderingen niet alleen van overheden en ministers maar ook van hoge ambtenaren. Aan de andere kant hebben voorstellen die politiek worden gesteund in een stabiel politiek veld meer kans op succes. De meeste hervormingen zijn dan ook kleine veranderingen in het systeem. 

Auteur

Dr. Y.W. (Yvonne) van Kemenade is strategisch beleidadviseur in het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht, is zelfstandig adviseur (zpz) en auteur van het boek "Healthcare in Europe 2007. The finance and reimbursement systems of 11 European countries"

1 Dit artikel is gebaseerd op het boek "Healthcare in Europe 2007. The finance and reimbursement systems of 11 European countries".

Kemenade YW van, Elsevier Maarssen.

2 Kemenade YW van. Brouwer WBF. Lang verwacht en toch gekomen: de stelselherziening. ZM Magazine 2006, nr 2, p 6-9