

De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief

P.P. Groenewegen en D.M.J. Delnoij

16

OPENINGSCASUS

Op weg naar één basisverzekering

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport schrijft in de recente nota *Vraag aan bod* (VWS, 2001) over het Nederlandse zorgstelsel: 'De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een evenwichtig gespreid aanbod van zorgvoorzieningen, met verantwoorde zorg, tegen betaalbare kosten. Toch signaleert het kabinet in het licht van nieuwe ontwikkelingen een aantal tekortkomingen, [...] zoals beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van aanbod op vraag (kwalitatief en kwantitatief).' Volgens het kabinet is daarom vernieuwing van het zorgstelsel noodzakelijk langs twee sporen: de particuliere en ziekenfondsverzekering moet integreren tot één algemene zorgverzekering, en deze algemene zorgverzekering moet op zijn beurt integreren met de huidige Algemene Wet Bijzonder Ziektelasten (AWBZ). Nu heeft Nederland – evenals Duitsland – nog geen volksverzekering waaronder de hele bevolking valt. De andere EU-landen hebben wel zo'n verzekering dan wel een verzekering via financiering uit belastingen. Bij de nadere invulling van dat beleidsvoornemen moeten Nederlandse beleidsmakers ook kijken naar de manier waarop andere landen hun zorg financieren en organiseren. Niet alleen om van andere landen te leren, maar vooral om te bezien in hoeverre plannen voor een nieuw stelsel 'Europa-bestendig' zijn.

Hoe de Nederlandse gezondheidszorg in elkaar steekt is voor de meesten van ons tamelijk vanzelfsprekend. We staan er niet bij stil of het nu normaal is dat Nederland zoveel particulier verzekerden heeft, een AWBZ heeft, dat de meeste specialisten vrije-beroepsbeoefenaars zijn en toch in het ziekenhuis werken en noem maar op. Toch zijn een heleboel aspecten van de gezondheidszorg in andere landen anders georganiseerd en vaak besef je dat pas wanneer je aan een buitenlander moet uitleggen hoe het Nederlandse systeem in elkaar zit.

Ondanks alle verschillen is er ook wel een aantal overeenkomsten tussen de Europese gezondheidszorgsystemen. De West-Europese systemen zijn op twee modellen gebaseerd: socialeverzekeringssystemen en nationale gezondheidszorgsystemen. De gezondheidszorgsystemen van de EU-landen gaan meer op elkaar lijken (convergentie) onder invloed van EU-regels.

Dit hoofdstuk gaat over de Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief. Eerst wordt de structuur van Europese gezondheidszorgsystemen beschreven aan de hand van drie basistypen. Daarna wordt ingegaan op veranderingen in gezondheidszorgsystemen. Voor Nederland en omringende landen is Europa daarin – zeker in de toekomst – een belangrijke kracht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de 'performance' van gezondheidszorgsystemen, ofwel de vraag 'hoe goed ze het doen'.

■ ■ ■ 16.1 Basisvormen van gezondheidszorgsystemen in Europa

De gezondheidszorgsystemen van de Europese landen kunnen worden ingedeeld in drie groepen: sociale verzekeringsstelsels, nationale gezondheidszorgsystemen en de overgangssystemen van de voormalige Oostbloklanden. De sociale verzekeringsstelsels zijn het oudste. Zij komen voort uit de kassen die door de gilden werden opgebouwd om leden bij te staan die door ziekte inkomsten derfden. In de tweede helft van de negentiende eeuw is door graaf Von Bismarck in Duitsland de basis gelegd voor de sociale verzekering tegen ziektekosten. Sociale verzekeringswetten ter bescherming van arbeiders onder andere tegen ziektekosten en inkomensderving bij ziekte, ongevallen en arbeidsongeschiktheid werden daarna door een aantal Europese landen overgenomen. Het een was hiermee sneller dan het andere. Nederland was laat. De ziekenfondsverzekering die nu nog steeds bestaat, kwam pas in 1941 tot stand door een besluit van de Duitse bezetter (De Swaan, 1990). Voor nationale gezondheidszorgsystemen staat de Britse National Health Service model. Deze werd vlak na de Tweede Wereldoorlog ingevoerd onder leiding van sir Beveridge. De gezondheidszorg werd grotendeels genationaliseerd en uit de algemene belastinggelden gefinancierd. Nationale gezondheidszorgsystemen zijn in de loop van de tijd ook ingevoerd in de Scandinavische landen en in het zuiden van Europa, terwijl de sociale verzekeringsstelsels vooral in het midden van West-Europa te vinden zijn (Nederland, Duitsland, Oostenrijk, België, Frankrijk).

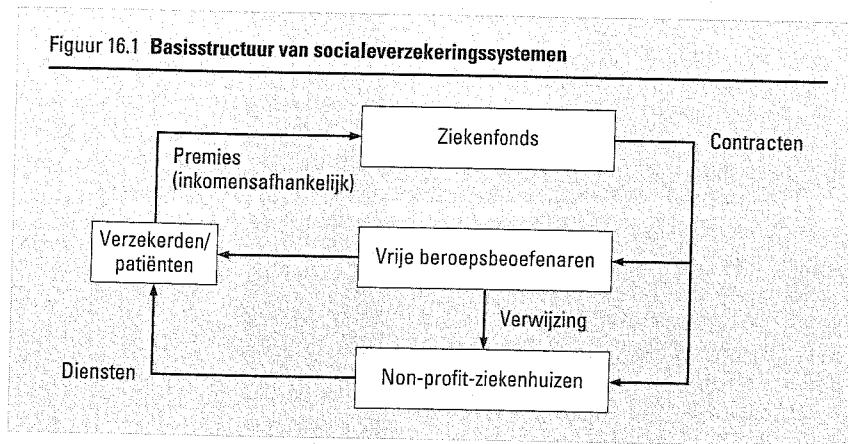
Een eigen vorm van nationale gezondheidszorgsystemen ontstond in de landen van het Oostblok. Kort na de Russische revolutie werd de gezondheidszorg genationaliseerd en hervormd volgens een plan van de arts kameraad Semashko, de derde grote naam in het rijtje van de gezondheidszorgsystemen. Na de val van het communisme is een proces van verandering op gang gekomen. Deze gezondheidszorgsystemen ontwikkelen zich in de richting van sociale verzekeringsstelsels, een ontwikkeling die meer dan tien jaar na de val van de muur nog zeker niet is afgerond en die in het ene land verder is dan in het andere.

In figuur 16.1 en 16.2 wordt de basisstructuur van gezondheidszorgsystemen weergegeven die uitgaat van sociale verzekering en van nationale gezondheidszorgsystemen. Enkele belangrijke verschillen zijn:

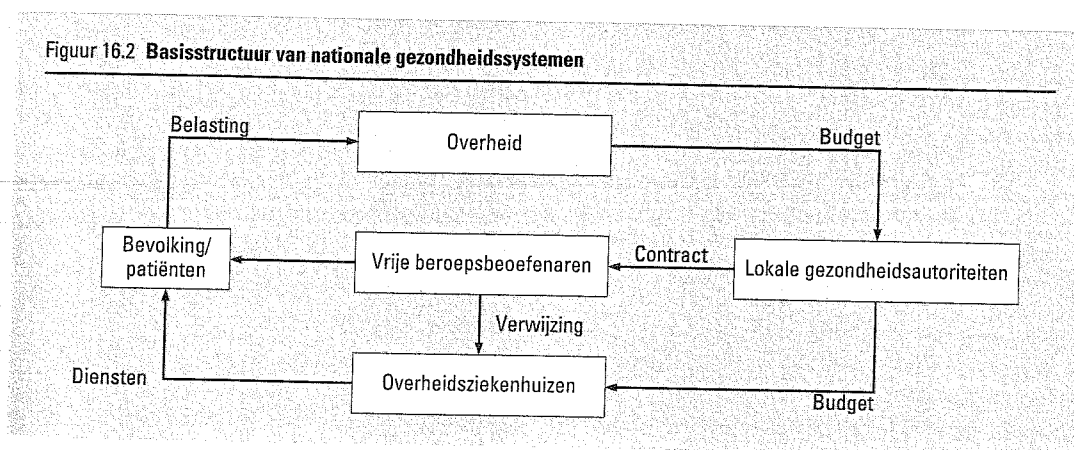
- *rol van de overheid.* In socialeverzekeringssystemen staat de overheid meer op afstand en vindt uitvoering plaats via ziekenfondsen, terwijl de overheid in nationale gezondheidszorgsystemen eigenaar is van de gezondheidszorg en via centrale planning direct sturend optreedt;

- *financiering*. Verzekeringspremies in sociale verzekeringsstelsels en daarvoor geormerkt geld voor de zorgsector, en belastingfinanciering in nationale systemen, waardoor er concurrentie is met andere grote-uitgavenministeries, zoals onderwijs en defensie;
- *aanbieders van zorg*. In sociale verzekeringsstelsels is de uitvoering in private handen van non-profitziekenhuizen en zelfstandige beroepsbeoefenaren, terwijl de voorzieningen in nationale gezondheidszorgsystemen grotendeels in handen van de overheid en de beroepsbeoefenaren in dienstverband zijn;
- *gebruikers van zorg*. In sociale verzekeringsstelsels hebben gebruikers veelal meer vrijheid van keuze, maar moeten ook vaker bijbetalen, terwijl in nationale systemen de keuzevrijheid vaak beperkter is.

Figuur 16.1 Basisstructuur van socialeverzekeringssystemen



Figuur 16.2 Basisstructuur van nationale gezondheidssystemen



■ ■ ■ 16.2 Verandering in de structuur van gezondheidszorgsystemen

In de vorige paragraaf is een statisch beeld gegeven van de structuur van gezondheidszorgsystemen. In werkelijkheid verandert die voortdurend. Veranderingen zijn deels aanpassingen aan grote min of meer autonome trends, zoals toenemende arbeidsverdeling of technologische vernieuwingen. Daarnaast zijn veranderingen van gezondheidszorgsystemen het gevolg van geleidelijk

delijke veranderingen door gericht beleid en de onbedoelde gevolgen daarvan. Ten slotte komen veranderingen ook tot stand door grote plannen, stelselwijzigingen (de openingscasus is een voorbeeld van zo'n stelselwijziging). Vooral in de tweede helft van de jaren tachtig en de eerste helft van de jaren negentig van de vorige eeuw werden in tal van landen pogingen tot hervorming van het gezondheidszorgsysteem ondernomen. De veranderingen in de voormalige Oostbloklanden zijn daarvan een voorbeeld, maar was zeker niet daartoe beperkt. Zowel in Nederland als in andere West-Europese landen kwam het marktdenken in de gezondheidszorg op.

In nationale gezondheidszorgsystemen werd de centrale planning ter discussie gesteld en werden plannen gemaakt en uitgevoerd om decentralisatie tot stand te brengen. Het doel daarvan was verschillende functies die tot dan toe in één hand waren, te scheiden, namelijk de functies van zorginkoop en zorgverlening. Zonder het systeem nu direct te privatiseren zou daardoor binnen een publiek systeem toch marktwerking tot stand gebracht kunnen worden. In sociale verzekeringsstelsels werd eerder gedacht aan het versterken van de concurrentie tussen ziekenfondsen en tussen zorgaanbieders. Zo is in de jaren negentig zowel in Nederland als in Duitsland de mogelijkheid ingevoerd dat verzekerden zelf een ziekenfonds kiezen (Ham, 1997).

Er zijn verschillende (deel)theorieën die een verklaring kunnen geven voor veranderingen in gezondheidszorgsystemen. Over de laatste twee eeuwen bezien is er een toenemende centralisatie van en overheidsbemoeyenis met gezondheidszorgsystemen. Die ontwikkeling wordt verklaard uit externe effecten van de ongezondheid van groepen in de bevolking voor de gezondheid en het economisch welzijn van anderen. Besmettelijke ziekten hielden niet op aan de rand van de arme buurten en voor het economisch succes van de bovenlaag van samenlevingen was een gezonde werkende klasse nodig. In deze theorie is centrale bemoeyenis met de gezondheidszorg een oplossing voor het sociale dilemma dat bestrijding van ziekte en armoede een collectief belang was van de maatschappelijke bovenlagen, maar dat het voor individuen of groepen in de samenleving weinig aantrekkelijk was daarin te investeren, omdat iedereen er de vruchten van kan plukken (De Swaan, 1990).

De convergentietheorie levert een verklaring voor de toenemende overeenkomst tussen gezondheidszorgsystemen. De oorzaken van convergentie zijn:

- de problemen waarvoor gezondheidszorgsystemen zich gesteld zien, zijn voor Westerse industrielanden globaal hetzelfde als gevolg van de demografische en epidemiologische transitie (Delnoij e.a., 2001);
- probleemoplossingen worden sterk bepaald door beschikbare technologie en die is door globalisering van markten in grote lijnen hetzelfde in Westerse industrielanden;
- bovennationale instituties, zoals de EU, stellen probleemoplossingen voor of stellen eisen aan probleemoplossingen waardoor uniformering optreedt.

Er zijn grote verschillen tussen landen in de wijze waarop en het tempo waarin ze hervormingen van de gezondheidszorg tot stand weten te brengen. Daarin spelen de instituties van landen een belangrijke rol:

- de structuur van gezondheidszorgsystemen is van invloed op de invoering van hervormingen. In landen met een sterke overheidssturing van de gezondheidszorg, zoals in nationale gezondheidszorgsystemen, zijn door de overheid geïnitieerde hervormingen gemakkelijker uit te voeren dan in sociale verzekeringsystemen, waarin de overheid minder invloed heeft;

- de structuur van de politieke instituties: politieke besluitvorming vindt in twee-partijstelsels zoals in het Verenigd Koninkrijk veel sneller plaats dan in het Nederlandse meerpartijstelsel met coalitieregeringen;
- de rol en invloed van belangengroepen en adviesorganen verschilt per land en is van invloed op de mogelijkheden veranderingen door te voeren. Vooral als besluitvorming over of invoering van hervormingen geleidelijk verlopen, zijn er meer mogelijkheden tot beïnvloeding. Ook kunnen dan door anticipatie op veranderingen en andere vormen van strategisch gedrag de invoeringscondities wijzigen (Groenewegen, 1994).

■ ■ ■ 16.3 De rol van Europa in de gezondheidszorg

Gezondheidszorgsystemen gaan steeds meer op elkaar lijken, mede onder invloed van supranationale instituties. Het gaat hierbij in het geval van Nederland en de ons omringende landen vooral om de invloed van de Europese Unie. Zoals is aangegeven in de openingscasus, is inzicht in de rol van Europa belangrijk om de Nederlandse discussie en Nederlandse stellingnames in het debat over een herziening van het verzekeringsstelsel te kunnen begrijpen.

Algemeen Europees beleid ten aanzien van gezondheidszorg

De Europese Unie is vooral een economische unie. De belangrijkste artikelen uit het EU-verdrag hebben betrekking op het vrije verkeer van personen, diensten en goederen. Met het oog daarop worden bijvoorbeeld de diverse medische en verpleegkundige opleidingen en diploma's in de gehele EU erkend. Verder legt de EU zich toe op diverse aspecten van consumentenbescherming, bijvoorbeeld door veiligheidseisen te stellen aan een groot aantal producten, waaronder geneesmiddelen, bloed en bloedproducten. Terwijl de economische en monetaire markt vergaand geharmoniseerd is, is van een Europese Unie in politieke en sociale zin echter veel minder sprake. Gezondheidszorg valt dan ook officieel buiten de bevoegdheden van Brussel (VWS, 2000). Voorzover gezondheidszorg echter op de particuliere markt wordt aangeboden en verzekerd (hetgeen in Nederland in belangrijke mate het geval is) zijn Europese richtlijnen en beleid wél van toepassing. Voor de particuliere ziektekostenverzekering is de Europese Schaderichtlijn van toepassing. Voor zelfstandige zorgaanbieders en voor sommige activiteiten van ziekenfondsen geldt de Mededingingswet.

Verzekeringstechnische aspecten

Op de particuliere verzekeringsmarkt is het vrije verkeer van diensten van toepassing. Dat betekent dat Nederlandse verzekeringsmaatschappijen polissen mogen aanbieden in alle EU-landen en omgekeerd, dat maatschappijen uit andere EU-landen verzekeringspolissen (waaronder particuliere ziektekostenpolissen) mogen aanbieden op de Nederlandse markt. De sociale ziektekostenverzekering had lange tijd weinig te maken met Europese regelgeving. Tot voor kort waren alleen de regelingen van belang voor grensoverschrijdende zorgconsumptie in noodgevallen (bijvoorbeeld voor verzekerden die ziek worden tijdens een vakantie), voor de behandeling van zeldzame aandoeningen (waarvoor in het eigen land geen behandeling beschikbaar is), en de regelingen voor grensarbeiders. Hierin is verandering gekomen met een aantal arresten van het Europese Hof van Justitie over de weigering van ziekenfondsen om zorg te vergoeden die in het buitenland was genoten. In de zogeheten Kohll-Decker-arresten oordeelde het Europese

Hof dat het (Luxemburgse) ziekenfonds de vergoeding van de kosten niet mocht weigeren, omdat dat strijdig is met het vrije verkeer van goederen en diensten. In twee andere zaken hadden ziekenfondsverzekerden tegen de geldende regelingen in niet vóóraf toestemming van hun ziekenfonds voor de behandeling in het buitenland gevraagd. Het vereiste van 'toestemming vooraf' wordt als noodzakelijk gezien om de financiële balans binnen de gezondheidszorg van een land te waarborgen.

Hoewel deze zaken het Nederlandse stelsel tot dusver relatief ongemoeid hebben gelaten, bestaat er wel degelijk een noodzaak om na te (blijven) denken over de verenigbaarheid van het Nederlandse systeem met de Europese richtlijnen. De arresten tonen immers aan dat 'Europa' via de achterdeur van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie wel degelijk invloed kan hebben op de sociale verzekeringsstelsels, zelfs als deze officieel aan de bevoegdheid van de afzonderlijke lidstaten zijn overgelaten.

Particuliere aanbieders, ziekenfondsen en mededinging

Sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw heeft in veel gezondheidszorgsystemen het marktdenken zijn intrede gedaan (Ham, 1997). In Nederland werd die periode ingeluid met het advies van de Commissie Dekker uit 1987. Op basis van dat advies en de daaropvolgende kabinetsvoorstellen zijn de regionale monopolies van de ziekenfondsen opgeheven, is de contracteerplicht van ziekenfondsen voor beroepsbeoefenaren komen te vervallen en zijn de door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg goedgekeurde tarieven van beroepsbeoefenaren omgezet van vaste tarieven in maximumtarieven. De daarmee beoogde concurrentie tussen ziekenfondsen en tussen zorgaanbieders is echter maar mondjesmaat totstandgekomen. Er worden nog steeds collectieve overeenkomsten (uitkomsten van overleg genoemd) gesloten als basis voor de contracten van (groepen) beroepsbeoefenaren met ziekenfondsen. Wat de tarieven betreft, wordt in de praktijk nooit afgeweken van het vastgestelde maximumtarief.

Dergelijke onbedoelde varianten op het poldermodel worden getoetst door de in 1998 in het leven geroepen Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) (zie ook www.nma-org.nl). De NMa is opgericht om uitvoering te geven aan de Mededingingswet (1998), die stoelt op de antikartelregelgeving van de Europese Unie. De NMa handhaaft het verbod op kartels of misbruik van een economische machtspositie en toetst fusies en overnames. Zij kan op eigen initiatief in actie komen, naar aanleiding van klachten of naar aanleiding van ontheffingsaanvragen van de bepalingen in de Mededingingswet. In de eerste maanden van haar bestaan ontving de NMa ruim 300 ontheffingsaanvragen uit de zorgsector. Veel van die aanvragen hadden betrekking op de inkoop van zorg door ziekenfondsen. De NMa heeft inmiddels het merendeel van de ontheffingsverzoeken in de zorgsector afgerond. In een besluit in 2001 op het ontheffingsverzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) oordeelde de NMa dat het vestigingsbeleid van de LHV en de collectieve onderhandelingen over de tarieven in strijd zijn met de Mededingingswet. Zaken rond organisaties van vrije-beroepsbeoefenaars, zoals de LHV, hebben tot nu toe een karakteristiek verloop, waarin partijen na overleg met de NMa overgingen tot aanpassing van hun interne regelingen (Batenburg & Groenewegen, 2001).

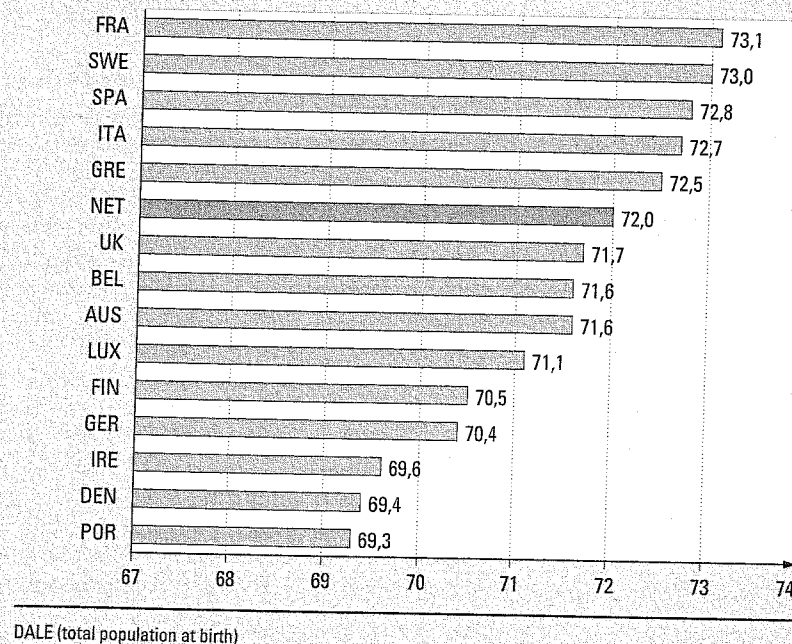
■ ■ ■ 16.4 Hoe goed doet Nederland het in vergelijking met andere gezondheidszorgsystemen?

In het *World Health Report 2000* (WHO, 2000) meet de Wereldgezondheidsorganisatie de prestaties ('performance') van meer dan 180 gezondheidszorgsystemen over de hele wereld af aan de indicatoren voor de gezondheidstoestand van de bevolking, indicatoren voor klantvriendelijkheid, solidariteit in de financiering, en efficiëntie (de mate waarin een zo hoog mogelijk niveau van gezondheid wordt geproduceerd gegeven de voor gezondheidszorg beschikbare financiële middelen en het opleidingsniveau van de bevolking). Deze studie van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft behalve respect ook veel kritiek ge oogst (Groenewegen & Van der Wal, 2001). Die kritiek spitte zich vooral toe op de technische aspecten van de vergelijking: hoe meet je klantvriendelijkheid, welke maat gebruik je om de verdeling van gezondheid over verschillende bevolkingsgroepen in kaart te brengen, hoe meet je de uitgaven voor gezondheidszorg, enzovoort?

De belangrijkste gebruikte maat voor het meten van de gezondheidstoestand (de disability adjusted life expectancy of DALE) in het *World Health Report* staat echter niet ter discussie, hoewel voor sommige landen wel wordt getwijfeld aan de betrouwbaarheid van de onderliggende gegevens. DALE is een zogeheten samengestelde volksgezondheidsmaat en geeft de gezonde levensverwachting weer, of meer specifiek: de levensverwachting, gecorrigeerd voor het aantal jaren dat in ongezondheid ten gevolge van een ziekte of handicap wordt doorgebracht (zie figuur 16.3).

Nederland staat binnen de EU op de zesde plaats, achter Frankrijk, Zweden, Spanje, Italië en Griekenland, maar vóór onze buurlanden België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk (SCP, 2000).

Figuur 16.3 Disability adjusted life expectancy in de landen van de Europese Unie



■ ■ ■ Samenvatting

Europese gezondheidszorgsystemen verschillen van elkaar, maar er zijn tekenen dat ze meer op elkaar gaan lijken. Voor de val van de muur konden de Europese gezondheidszorgsystemen in drie families worden ondergebracht: de sociale verzekeringsstelsels (Bismarck), de nationale gezondheidszorgsystemen (Beveridge) en de staatsgezondheidszorg van de Oostbloklanden (Semashko). De laatste twee verkeren nu in een proces van hervorming in de richting van sociale verzekeringsstelsels. In het algemeen gaan gezondheidszorgsystemen steeds meer op elkaar lijken, onder andere als gevolg van Europese regelgeving en jurisprudentie.

Vershillen tussen gezondheidszorgsystemen in structuur mogen dan afnemen, er zijn nog steeds forse verschillen in hoe goed ze het doen in termen van gezondheid van de bevolking. Beleidsmakers, politici en internationale organisaties leggen steeds meer nadruk op 'performance', maar het blijft lastig om structuurkenmerken van gezondheidszorgsystemen te relateren aan 'performance'. Toch is de bestudering van verschillen in 'performance' een belangrijke stap in de vergelijkende analyse van gezondheidszorgsystemen. Immers, doelgerichte gezondheids- en gezondheidszorgpolitiek is er uiteindelijk op gericht onderbouwde maatregelen te nemen ter verbetering van de volksgezondheid en ter bestrijding van ziekte.

■ ■ ■ Literatuur

- Batenburg, R. & Groenewegen, P.P. (2001). Vrije beroepen in Europa: de verschuivende grenzen van de nationale mededingingswetgeving. In: W. Arts, R. Batenburg & P.P. Groenewegen (red.), *Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen* (pp. 126-151). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Delnoij, D.M.J., Klazinga, N.S., Kulu Glasgow, I. & Custers, T. (2001). *Gezondheid, zorg en stelsel*. AMC/UvA achtergrondstudie bij *Vraag aan bod*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Groenewegen, P.P. (1994). The shadow of the future: Institutional change in health care. *Health Affairs* 13 (5), 137-148.
- Groenewegen, P.P. & Wal, G. van der (2001). De toestand van de Nederlandse gezondheidszorg: behoefte aan genuanceerde en concrete maatstaven. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 145, 1722-1725.
- Ham, C. (ed.) (1997). *Health care reform: learning from the international experience*. Buckingham: Open University Press.
- SCP (2001). *Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Nederland in Europa* (hoofdstuk 8: Gezondheid en zorg). Den Haag: SCP.
- Swaan, A. de (1990). *Zorg en de staat*. Amsterdam: Bert Bakker.
- VWS (2000). *Grenze(n)loze zorg*. Den Haag: VWS.
- VWS (2001). *Vraag aan bod*. Den Haag: VWS.
- WHO (2000). *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.