

# GELIJKE TRENDS

## Europese zorgstelsels moeten hervormen

Alle Europese zorgstelsels staan voor dezelfde problemen en de verschillende landen kiezen voor ongeveer dezelfde maatregelen. Een leidend principe ontbreekt: 'Men gelooft niet meer in een *magic bullet* die het systeem beheersbaar en bestuurbaar kan maken.' Ondertussen zullen de kosten blijven stijgen.

HENK MAASSEN


De cijfers stellen op het eerste gezicht gerust. De kosten van gezondheidszorg, als percentage van het Bruto Nationaal Product (BNP), groeien nog steeds in de meeste Europese landen, maar de stijging vlakkt af (zie tabel). Dr. Yvonne van Kemenade, strategisch beleidsadviseur van het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht en kenner van de Europese stelsels van gezondheidszorg, meldt de getallen in haar recente studie 'Healthcare in Europe 2007'.<sup>1</sup>

De afvlakkende groei verhindert echter niet dat alle Europese stelsels van gezondheidszorg moeten worden hervormd

en dat er moet worden bezuinigd, niet alleen met het oog op kostenbeheersing, maar ook om kwaliteitsverbetering en de toegankelijkheid van zorg voor iedereen te garanderen. Elk Europees land heeft onverminderd te maken met de aanjagers van de kostengroei, het probleem van de vergrijzing en de kostbare vruchten van de wetenschappelijke en technologische vooruitgang.

Van Kemenade zegt dat niet alleen de uitdagingen waarvoor de verschillende Europese landen staan min of meer identiek zijn, maar dat ook de antwoorden daarop niet erg van elkaar verschillen, zij het dat er variaties en gradaties bestaan. Ging een jaar of tien geleden de aandacht nog vooral uit naar

### UITGAVEN GEZONDHEIDSZORG



Landen	1975	1995	2004
Oostenrijk	7,3	9,6	9,6
België	5,8	8,0	10,1
Finland	6,3	8,2	7,5
Frankrijk	6,8	9,9	10,5
Duitsland	7,8	9,6	10,9
Italië	5,8	7,7	8,4
Nederland	7,7	8,8	9,2
Spanje	5,1	7,6	8,1
Zweden	8,0	7,7	9,1
Zwitserland	7,0	9,6	11,6
Groot-Brittannië	5,5	6,9	8,3
OECD gemiddeld	6,5	7,9	8,9

*Uitgaven gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Product voor 11 Europese landen.*  
Bron: Kemenade Y van. Healthcare in Europe 2007. Elsevier Gezondheidszorg.



strengere prijsregulatie en het instellen van budgetten, zo blijkt uit de studie van Van Kemenade, nu heeft deze ‘macro-economische’ benadering vrij algemeen plaats gemaakt voor meer marktwerking, selectief contracteren van zorg, privatisering en eigen bijdragen van patiënten.

Prof. dr. Win de Gooijer (Universiteit Leiden), auteur van de onlangs verschenen studie ‘Trends in EU Health Care Systems’, memoreert dat bijvoorbeeld in Portugal al meer dan 40 procent van de zorg uit eigen bijdragen wordt bekostigd.<sup>1</sup> ‘Is dat erg? Nee, niet indien het herverzekerbaar is. En dat is in Portugal het geval, maar in Finland, waar de eigen bijdragen overigens veel lager zijn, weer niet.’

#### KLEIN BIER

Ook snijden in het basispakket, betekent vermindering van de kosten. Maar het gebeurt nauwelijks. Wat er hier en daar uitgaat (of weer bij komt) is klein bier. ‘Het debat over de inhoud van het basispakket is niet erg helder, doordat in de meeste landen basispakketten vrij impliciet zijn geformuleerd’, zegt prof. dr. Frans Rutten, hoogleraar gezondheidseconomie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij sloot kortgeleden een vergelijkend onderzoek af naar de basisverzekeringen in Europa. ‘In Nederland hebben we eigenlijk alleen een positieve lijst met geneesmiddelen die worden vergoed. Voor algemene en zeker voor de acute zorg bestaat zo’n lijst niet. Daar geldt: wat de medische stand gepast en gebruikelijk vindt, wordt vergoed.’ In landen met stelsels die uit belastinggeld worden gefinancierd, zoals Scandinavië en Engeland, is het volgens hem nog minder expliciet. ‘Daar heb je in wezen geen verzekeringsrechten - de staat zorgt voor de gezondheidszorg en bepaalt waar patiënten recht op hebben.’

Maar echte ingrepen in basispakket hebben zich nog nergens voorgedaan, constateert hij. De basiszorg is in heel Europa ongeveer hetzelfde. Er bestaan wel verschillen, maar die treden pas aan het licht, als wordt gekeken naar de kwaliteit van zorg die patiënten krijgen. Rutten: ‘En dan zie je dat mensen in landen als Hongarije en Polen toch een stuk kariger zijn bedeeld.’

‘Wat vindt men eigenlijk essentiële zorg?’, reageert de Vlaming Willy Palm van European Observatory on Health Systems and Policies in Brussel, het onderzoekende oog van de wereldgezondheidsorganisatie WHO op de zorgstelsels in Europa. Het debat dat in diverse landen over die kwestie wordt gevoerd, kwalificeert hij als ‘onvermijdelijk, moeilijk en niet systematisch’. Vaststaat dat ‘tandheelkundige zorg en fysiotherapie voortdurend op de wip zitten’. ‘Ik voorzie dat beide geleidelijk in aanvullende pakketten opgaan.’ Maar ook de basisvergoeding van bepaalde vormen van langdurige zorg, zoals psychiatrische zorg, zijn kwetsbaar. Palms indruk is dat lobbygroepen zich daarvoor onvoldoende sterk maken.

#### RANGLIJST

De Europese landen zijn grosso modo te verdelen in twee categorieën, roept De Gooijer in herinnering. ‘Landen met een centraal aangestuurde, genationaliseerde gezondheidszorg, zoals Groot-Brittannië, de Scandinavische staten, Spanje en Italië versus landen met systemen van gezondheidszorg gefinancierd uit particuliere en/of sociale verzekeringen, zoals Nederland, België, Duitsland en Frankrijk.’

Die verschillende gezondheidssystemen zijn te evalueren in termen van onder meer de financiële doelmatigheid en effectiviteit van zorgverlening, de mate van solidariteit tussen verzekeren, de kwaliteit van zorg en de keuzevrijheid van de burgers.

Welke uitkomstmaat je ook kiest, het levert steeds verschillende resultaten op. Het is daarom niet uit te maken of het ene Europese land een beter stelsel heeft dan het andere. Willy Palm: ‘In het verleden zijn er verscheidene pogingen geweest om tot een soort ranglijst te komen, maar die lijsten werden steeds in twijfel getrokken. Landen die bovenaan stonden, waren daar niet erg gelukkig mee. Hun positie hield de noodzakelijk geachte hervormingen tegen: ze deden het immers al goed.’

Het enige ‘voorbeeldige’ land dat Rutten te binnen wil

### *‘Meer marktwerking betekent niet automatisch minder overheid’*

schieten, is Japan: ‘Dat is een land met lage kosten en een hoge kwalitatieve output. Maar niemand begrijpt precies hoe dat kan, omdat er allerlei methodologische en technische problemen zijn die een goede vergelijking tussen Japan en Europese landen in de weg staan.’

Yvonne van Kemenade constateert dat ondanks die verschillen de Europese stelsels convergeren. ‘Men kijkt meer naar elkaar dan pakweg tien jaar geleden. Voorbeeld: bijna alle Europese landen hebben nu een DRG-systeem (DRG staat voor Diagnosis Related Group, in Nederland: DBC, red.) De systematiek mag dan van land tot land verschillen: het basisidee is hetzelfde. Nederland was één van de laatste landen waar het werd ingevoerd. Overal blijft men er overigens aan sleutelen.’

Volgens Palm worden de ontwikkelingen in Nederland door andere landen met belangstelling gevolgd. Want het Nederlandse publiekprivate verzekeringssysteem is uniek in Europa. Hij meent dat het stelsel niet gemakkelijk te vertalen zal zijn naar andere landen. ‘Meer marktwerking betekent niet automatisch minder overheid. Integendeel: hoe meer private actoren er zijn, hoe meer problemen in de sfeer van kostenbeheersing en solidariteit kunnen ontstaan. De benodigde sturingskracht om een dergelijk stelsel onder controle te houden, zal in de meeste landen ontbreken, vermoed ik.’ Opvallend is dat waar Nederland en Duitsland in de richting gaan van meer marktwerking in de zorg, hervormingen elders vooral worden gerealiseerd door bevoegdheden te decentraliseren, merkt Palm op. De >>



ANY/UTERH



<< overheid blijft de baas, maar dan wel in de vorm van de regionale overheid. Deze 'regionalisering' is kenmerkend voor onder andere Italië en Spanje.

#### COREBUSINESS

'Vooral in die zuidelijke landen,' zegt Rutten, 'is de *compliance* aan richtlijnen lager; dokters worden daartoe ook niet echt geprikkeld. Maar het is onvermijdelijk dat ook die landen hun middelen efficiënter gaan besteden. Artsen zouden het overal tot hun verantwoordelijkheid moeten rekenen om middelen doelmatig in te zetten. Gebeurt dat niet efficiënt en effectief dan gaat dat immers ten koste van de middelen die voor andere patiënten beschikbaar zijn.'

Daarom ook zijn versterking van de eerste lijn en goede ketenzorg zo belangrijk, vindt Van Kemenade. 'De corebusiness van ziekenhuizen zou de zorg voor complexe en acute aandoeningen moeten zijn. Veel chronische zorg kan dan weer terug naar de eerste lijn.' Ketenzorg en een sterke eerste lijn komen echter lang niet overal in Europa van de grond, maar staan wel hoop op de politieke agenda. 'Je treft dat toch vooral

### 'Een Europees gezondheidszorgbeleid zie ik niet van de grond komen'

aan in de noordelijke landen. Wat de eerste lijn betreft: in België en Frankrijk valt een bezoek aan een specialist zonder verwijzing duurder uit voor de patiënt. Dat zijn halfslachtige en niet-verplichtende maatregelen.'

In het noordelijke deel van Europa (Nederland, Scandinavië en Groot-Brittannië vooral) is het criterium van kosteneffectiviteit veel zwaarder ingezet dan elders, weet Rutten. Rutten wijst op het Britse NICE, het bekendste voorbeeld van een instituut dat regelmatig *health technology assessments* uitvoert en op basis daarvan richtlijnen formuleert, waarin ook rekening wordt gehouden met de kosteneffectiviteit van zorg. 'In Nederland hebben we het CVZ: de pakketbeheerder. Die heeft niet alleen de taak om naar de geneesmiddelen te kijken, maar dat uit te breiden naar de gehele zorg, zoals naar DBC's.'

Rutten zou de oprichting van een overkoepelend 'Euro-NICE' toejuichen. 'Daar is ook veel over geschreven. Ik denk dat het goed zou zijn als een gezagwekkend instituut op Europees niveau zou opereren en adviezen zou uitbrengen. Maar bindend zouden die adviezen nooit kunnen zijn. Dat is echt een brug te ver.' Gezondheidszorg blijft een nationale aangelegenheid. 'Een Europees gezondheidszorgbeleid, dat zie ik nog niet zo snel van

de grond komen,' zegt Yvonne van Kemenade. 'Daarvoor zijn de culturele en historische gegroeide verschillen te groot.'

#### MAGIC BULLET

Ondanks alle hervormingen blijft het volgens Willy Palm 'een illusie te denken dat de kosten van gezondheidszorg niet verder zullen stijgen.' 'Dat is het inflatoire karakter van de gezondheidszorg. Mijn indruk is dat er een einde is gekomen aan de grote theorieën: men gelooft niet meer in de *magic bullet* die het systeem beheersbaar en bestuurbaar kan maken. Men is meer dan ooit gericht op niet al te grote aanpassingen die passen binnen de sociaaleconomische en historische orde van een land. En die hervormingen hebben tijd nodig. In de landen van het voormalige Oostblok zag je bijvoorbeeld in het begin van de jaren negentig een gretige omarming van het idee van marktwerking. Tegelijkertijd was en is de politieke instabiliteit in die landen erg groot. Ik bedoel: de "levensverwachting" van een minister van gezondheidszorg was kort, de ene hervormingsagenda volgde op de andere. Hervormingen kregen niet de tijd om hun duurzaamheid en effectiviteit te bewijzen.'

Terwijl de ideeën vaak niet slecht waren. Als voorbeeld noemt Palm de oprichting van één centraal ziekenfonds of één gecentraliseerde bekostigingsinstelling die de uitvoering en de financiering van de inkoop van zorg op zich neemt in landen als Polen. 'Op zichzelf een terechte keus, want concurrentie en marktwerking horen zich in mijn optiek in de eerste plaats af te spelen tussen de zorgverstrekkers, niet tussen verzekeraars.'

#### SOLIDARITEITSDEBAT

Volgens Palm is het goed om te wijzen op het economische belang van een goede volksgezondheid: 'Gezondheidszorg is niet alleen een kostenpost.' Win de Gooijer vindt het onzin dat landen niet meer zouden mogen uitgeven aan gezondheidszorg dan zeg 9 procent van het BNP. 'Die koppeling is hoogst arbitrair. Wat doe je dan in tijden van economische recessie?' Maar hij weet ook dat 'de bomen niet tot in de hemel groeien'. Het principe van algemene toegankelijkheid van de zorg acht hij onverenigbaar met beheersing van de uitgaven. 'Innovaties blijven doorgaan; vergrijzing en toenemende welvaart leiden tot groeiende zorgconsumptie. Dus je houdt het collectieve deel van de stelsels nergens en nooit overeind. Ik hoop dan ook op een Europees solidariteitsdebat. Dat is dringend nodig.' ■

#### Noot:

1. De boeken van Yvonne van Kemenade en Win de Gooijer worden kort besproken in de rubriek Scoop op pagina 1499.

Meer informatie over het onderzoek naar de Europese zorgverzekeringstelsels vindt u via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

