

**V56
1987**

Voorstudies en
achtergronden

Sociale ziektekosten- verzekeringen in Europees perspectief

**C. de Klein
J. Collaris**

**met een voorbeschouwing van
J.M. Dekkers en N.H. Douben**

Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1986

WOORD VOORAF

De financiering en structuur van de gezondheidszorg staan al enkele jaren sterk in de belangstelling. In het in 1982 gepubliceerde rapport 'Herwaardering van welzijnsbeleid' heeft de WRR hieraan ruim aandacht besteed. Als vervolg hierop heeft de Raad aan twee onderzoekers van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen gevraagd een overzicht te geven van de internationale ontwikkelingen op dit gebied. De resultaten hiervan zijn neergelegd in de voorliggende studie. Sinds het uitkomen van voornoemd WRR-rapport zijn verschillende inzichten nader uitgekristalliseerd. Het raadslid prof.dr. N.H. Douben en drs. J.M. Dekkers, medewerker van het bureau van de WRR, hebben hun gedachten hieromtrent op papier gezet in de vorm van een voorbeschouwing bij deze studie. De suggesties die zij doen voor wijzigingen in de institutionele structuur van de gezondheidszorg zijn bijzonder actueel in het licht van de lopende discussie over de financiering en structuur van de gezondheidszorg.

Prof.dr. W. Albeda
Voorzitter WRR

VOORBESCHOUWING: VERANDERING INSTITUTIONELE STRUCTUUR GEZONDHEIDSZORG ONVERMIJDelijk

door J.M. Dekkers en N.H. Douben*

Achtergrond van deze publikatie

Alom in West-Europa groeit het totaal van de uitgaven voor gezondheidszorg reeds geruime tijd sneller dan het bruto nationaal produkt. Omdat de gezondheidszorg in belangrijke mate uit collectieve middelen wordt gefinancierd, maakt de politiek zich bezorgd over die stijging. Het zwaartepunt van deze stijging lag in de jaren tussen 1965 en 1975; daarna is de groei van de uitgaven voor gezondheidszorg als aandeel van het bruto nationaal produkt afgenomen. In ons land is als gevolg van het bezuinigingsbeleid van de overheid sinds kort zelfs sprake van een stabilisatie van het aandeel van de gezondheidszorg in het bruto nationaal produkt. Dit neemt echter geenszins weg dat serieus rekening gehouden moet worden met een hernieuwde stijging in de toekomst¹.

De voorliggende studie van De Klein en Collaris is voortgekomen uit de gedachte dat een internationale vergelijking van de factoren die voor de explosieve kostenontwikkeling verantwoordelijk zijn en van de maatregelen die in verschillende landen zijn genomen en worden overwogen om de kostenontwikkeling te beteugelen, waardevol zou kunnen zijn voor de in ons land lopende discussie over de toekomstige financiering en structuur van de gezondheidszorg. De studie bevat allereerst een beschrijving van de belangrijkste structuurkenmerken van de financiering van de gezondheidszorg in een achttal Westeuropese landen, een beschrijving die verder gaat dan de bekende cijfermatige overzichten. Voorts verschafft zij inzicht in de factoren die volgens de organisaties die zijn aangesloten bij de Association Internationale de la Mutualité (AIM), ten grondslag liggen aan de kostenstijging; de AIM is een samenwerkingsverband van uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen. De gedachten die buiten deze kring leven, komen in deze studie vanzelfsprekend niet (volledig) aan de orde.

De studie bevat tevens een inventarisatie van de oplossingen voor het kostenvraagstuk die door bij de AIM aangesloten organisaties worden nagestreefd. Deze oplossingen blijken in de meeste gevallen niet structureel van aard te zijn, zoals kan worden afgeleid uit de paragrafen 11.2 en 11.3 van de studie. Alleen in Nederland en Zwitserland blijkt intussen een discussie op gang gekomen te zijn over wenselijkheid en mogelijkheden van structurele wijziging van de sociale ziektekostenverzekering. De door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen in april 1986 uitgebrachte discussienota 'Het ziekenfonds op eigen benen' is tekenend voor de richting van deze discussie. De voorstellen die daarin worden gedaan vertonen verwantschap met een aantal aanbevelingen uit het in 1982 uitgebrachte WRR-rapport 'Herwaardering van welzijnsbeleid'².

Sinds de publikatie van dat WRR-rapport zijn verschillende inzichten nader uitgekristalliseerd. Er is in ons land inmiddels een intensieve dis-

* Drs. J.M. Dekkers was tot 1 januari 1987 werkzaam bij het bureau van de WRR; prof. dr. N.H. Douben is lid van de WRR.

¹ L.J.H. Vandermeulen, A.B.M. Wennekers, J.M.G. Frijns, 'De gezondheidszorg in macro-economisch perspectief (I en II)'; *Economisch Statistische Berichten*, 2 juli 1986 en 10 september 1986.

² E.H. Brouwer, J.W.M. Collaris, Ch. Huffmeijer, *Het Ziekenfonds op eigen benen*; Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, 1986. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaardering van welzijnsbeleid*; Rapporten aan de Regering nr. 22, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982, blz. 36-94, 257-261.

cussie op gang gekomen over de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering. Daarom maken wij van deze gelegenheid gebruik om enkele door ons wezenlijk geachte structurele wijzigingen onder de aandacht te brengen. Deze behelzen:

1. invoering van een individuele vaste premie aan de voet in de ziekenfondsverzekering ter verlichting van de collectieve-lastenproblematiek;
2. meer nadruk op sturing van de gezondheidszorg door middel van overeenkomsten tussen financiers (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) en aanbieders van zorg; dit, om de doelmatigheid van de zorg te vergroten;
3. het nemen van maatregelen om risicoselectie door financiers tegen te gaan, zodat zij zich kunnen richten op de bevordering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.

Collectieve lasten

De gezondheidszorg wordt in belangrijke mate collectief gefinancierd, waardoor de expansie van de gezondheidszorg een voorname oorzaak vormt van de toename van de collectieve-lastendruk. De collectieve lasten zijn zowel macro-economisch als micro-economisch van belang. Macro-economisch speelt het financieringstekort van het Rijk een grote rol. De rijksbijdragen aan de gezondheidszorg zijn echter zeer beperkt, zodat bezuinigingen op de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg weinig kunnen bijdragen tot vermindering van het tekort op de rijksbegroting. De gezondheidszorg wordt immers voor het overgrote deel uit sociale premies gefinancierd. Macro-economisch is tevens de mogelijke afwenteling van premieverhogingen ten koste van de winsten van de ondernemingen van belang. Doorgaans wordt dit gevaar alleen genoemd in verband met sociale premies; in de gezondheidszorg betreft dit de ziekenfondspremie en de premie voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het valt evenwel te betwijfelen of het voor de afwenteling wel zo'n wezenlijk verschil maakt of de gezondheidszorg al dan niet collectief wordt gefinancierd. Afwenteling van particuliere ziektekostenverzekeringspremies en eigen bijdragen is immers ook mogelijk. Gezien de grote betekenis die door de burgers aan gezondheid(szorg) wordt toegekend, is het gevaar van afwenteling ook bij particuliere ziektekostenverzekeringspremies en eigen bijdragen nadrukkelijk aanwezig. Illustratief in dit verband is dat veel particulier verzekerden van hun werkgever een bijdrage in de kosten van een ziektekostenverzekering ontvangen. Het is dan ook twijfelachtig of het afwentelingsrisico substantieel kan worden verkleind door (gedeeltelijke) privatisering van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld door uitbreiding van de eigen bijdragen of van het aantal mensen dat een particuliere ziektekostenverzekering moet afsluiten.

Resteert de nadelige invloed van hoge belasting- en premiedruk op het functioneren van de arbeidsmarkt, het micro-economische aspect. Hoge belasting- en premiedruk ontmoedigen extra arbeidsinspanningen, stimuleren het informele circuit en werken gebrekkige flexibiliteit en mobiliteit op de arbeidsmarkt in de hand. Aan vermindering van de microdruk van sociale-ziektekostenverzekeringspremies moet derhalve groot belang worden toegekend. Uitbreiding van de eigen bijdragen voor het gebruik van voorzieningen is de wijze waarop dit tot nu toe in de meeste landen gestalte blijkt te krijgen. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat ook de financieringsverschuiving van f 600 miljoen die het huidige kabinet beoogt, door middel van een uitbreiding van de eigen bijdragen tot stand zal komen³.

Een andere mogelijkheid, de beperking van het verstrekkingenpakket, is tot op heden nauwelijks uitvoerbaar gebleken. Bij de uitbreiding van

³ Ziekenfondsraad, *Advies financieringsverschuivingen volksgezondheid 1987-1990*; Advies nr. 333/1986, Amstelveen, 1986.

de eigen bijdragen worden alle (hoofdcategorieën van) verstrekkingen doorgaans in min of meer gelijke mate door de privatisering getroffen; bij een beperking van het verstrekkingenpakket is hiervan uiteraard geen sprake. Het lijkt er op dat institutioneel gezien ook in de gezondheidszorg de 'kaasschaafmethode' nog domineert. Het is evenwel wenselijk om ook in de gezondheidszorg het privatiseren van bepaalde functies serieus ter hand te gaan nemen. Een verstrekking waarvan privatisering bijvoorbeeld overwogen zou kunnen worden, is volgens ons de tandheelkundige hulp voor volwassenen. De behoefte aan tandheelkundige hulp hangt voor deze groep in belangrijke mate af van de gebitsverzorging. Bij een goede collectieve jeugdandverzorging wordt hiervoor een zodanige basis gelegd, dat de vraag gerechtvaardigd is, of de tandheelkundige zorg voor volwassenen niet hoofdzakelijk een kwestie is waarvoor men zelf verantwoordelijk zou moeten worden gesteld. Volgens opgave van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) is in de ziekenfondsverzekering in ons land met de tandheelkundige hulp voor personen ouder dan 18 jaar thans een bedrag van bijna f 600 miljoen gemoeid. Soortgelijke overwegingen gelden ook voor bepaalde andere verstrekkingen, voor zover niet op strikt medische indicatie toegepast, zoals bijvoorbeeld de anti-conceptiepil voor volwassenen, plastische chirurgie, fertilisatie, sterilisatie en refertilisatie.

Vaste premie aan de voet in de ziekenfondsverzekering

Door de invoering van eigen bijdragen en beperking van het verstrekkingenpakket kunnen zowel de macrodruk als de microdruk van de sociale-ziektekostenverzekeringspremies worden verlaagd. Beide typen maatregelen stuiten doorgaans op breed verzet omdat ze op gespannen voet staan met het solidariteitsbeginsel. Naast deze maatregelen zou echter ook de invoering van een individuele vaste premie aan de voet in de ziekenfondsverzekering kunnen worden overwogen. De procentuele premie kan hierdoor verlaagd worden, en bijgevolg wordt ook het bruto-netto-traject korter. De microdruk gaat dus omlaag. Dit geldt evenwel niet voor de macrodruk. Ook de vaste premie aan de voet geldt als inkomen van de ziekenfondsen en wordt deswege tot de collectieve lasten gerekend, zoals blijkt uit Bijlage 16 van de Miljoenennota 1986.

Aan een vaste premie aan de voet kleven nog verschillende andere voordelen. Zo wordt de huidige overtrokken solidariteit van alleenstaanden en tweeverdieners met alleenverdieners teruggedrongen. Nietwerkende gehuwde partners zijn thans immers gratis meeverzekerd in het ziekenfonds, terwijl ook zij bij de voorgestelde wijziging de vaste basispremie zouden moeten betalen. Ook wordt het afsluiten van kleine arbeidsovereenkomsten met de uitsluitende bedoeling om voor een zeer lage premiebijdrage aanspraak te kunnen maken op het volledige ziekenfondspakket, minder aantrekkelijk. Voorts is, in tegenstelling tot een procentuele premie, ontduiking bij de betaling van een vaste premie niet mogelijk. Een hoofdbezwaar van het huidige stelsel van ziektekostenverzekering is, ten slotte, de onevenwichtige lastenverdeling tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Dit is het gevolg van het grote verschil in premiestructuur tussen de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen. De ziekenfondspremie is een uniforme, loonafhankelijke premie; particuliere ziektekostenverzekeringspremies zijn vaste, individuele, leeftijdsafhankelijke premies. Door de invoering van een individuele, vaste premie aan de voet in de ziekenfondsverzekering zouden de bestaande verschillen in premiestructuur kleiner worden. Beide stelsels zouden nog verder naar elkaar toegroeien wanneer de leeftijdsafhankelijke premies in de particuliere sector aan banden zouden worden gelegd en het draagkrachtprincipe ook in bepaalde mate in de particuliere sector zou worden ingevoerd. Voor de toekomst behoort zo'n aanpassing van de particuliere ziektekostenverzeke-

ring tot de mogelijkheden ⁴. De verschillen in lastenverdeling kunnen daardoor tot aanvaardbare proporties worden teruggebracht.

Invoering van een vaste premie aan de voet kan voor het streven van de regering naar beperking van de collectieve-lastendruk echter alleen soelaas bieden wanneer het begrip 'collectieve lasten voor gezondheidszorg' wordt genuanceerd. Thans worden immers alle premies die worden geheven in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ tot de collectieve lasten gerekend. Bij deze definitie van de collectieve lasten voor gezondheidszorg, draagt de invoering van een vaste premie aan de voet niets bij tot de beoogde vermindering van de collectieve-lastendruk, omdat de totale premie-opbrengst er niet door vermindert. Hiervoor is echter gebleken dat het raadzaam is onderscheid te maken tussen verschillende aspecten van de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg. Gebleken is immers dat, waar het de met de macrodruk samenhangende ongewenste effecten betreft, van privatisering van (een deel van) de gezondheidszorg vermoedelijk weinig verbetering valt te verwachten. Verlichting van de problematiek van de collectieve lasten in de sfeer van de gezondheidszorg lijkt hoofdzakelijk te kunnen worden bereikt met betrekking tot de microdruk. Hierop zou het beleid zich dan ook in het bijzonder moeten richten. De resultaten van het beleid ter vermindering van de collectieve lasten voor gezondheidszorg zouden dan ook vooral moeten worden getoetst op hun bijdrage aan de vermindering van de microdruk. Invoering van een vaste premie aan de voet in de ziekenfondsverzekering zou dan als een duidelijke verbetering gelden.

Ondoelmatigheid

Doelmatigheidsoverwegingen hebben aanvankelijk bij de vormgeving van de institutionele structuur van de gezondheidszorg geen grote rol gespeeld. Zaken als kwaliteitsverbetering, algemene bereikbaarheid en financiering op basis van solidariteit vormden centrale doelstellingen van het gezondheidszorgbeleid. Of de kosten tegen de baten opwogen, was geen punt van discussie. De gezondheidswinst was evident.

Eerst met het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg in 1974 kwam de kostenontwikkeling meer in het centrum van de belangstelling te staan. Gegeven de toenmalige omstandigheden en inzichten was centrale sturing van de gezondheidszorg een voor de hand liggende oplossing. Door centrale planning van de voorzieningen werd een betere capaciteitsbeheersing en onderlinge afstemming van voorzieningen beoogd. Ook werd de overheid een belangrijke rol toegekend bij de beheersing van de ontwikkeling van tarieven en prijzen.

De ervaringen hebben inmiddels uitgewezen dat volume- en prijsbeheersing onvoldoende garanties bieden voor een optimale verhouding van prijs en kwaliteit in de gezondheidszorg. Deze hangt immers uiteindelijk af van de kwaliteit en de doelmatigheid van de produktie, dat wil zeggen van het beroepsmatig handelen van de hulpverleners en de coördinatie daarvan. Volume- en prijsbeheersing zouden afdoende zijn wanneer het zo zou zijn dat de produktie vrijwel uitsluitend zou worden bepaald door de aard van de klacht/ziekte. Aanvankelijk was dit in de gezondheidszorg in grote lijnen wellicht meer het geval dan thans. Dat zo'n exclusieve relatie momenteel in ieder geval niet bestaat, blijkt uit de grote verschillen in produktie op allerlei gebied. Onderzoek wijst uit dat deze niet alleen zijn toe te schrijven aan verschillen in gezondheidsrisico's op basis van leeftijd, geslacht en dergelijke. Na correctie voor dit type factoren, blijven grote verschillen bestaan in zaken als de gemiddelde uitgaven per verzekerde per ziekenfonds, het aantal verwijzingen per verzekerde per huisarts, de opnameduur per behandeling per ziekenhuis,

⁴ Ch.R.J. Laffr e, 'Gezondheidszorg naar Liberaal Recept; Twaalf Jaar Structuurnota is genoeg!' *Liberaal Reveil*, 27e jaargang, maart 1986, blz. 40-43.

het aantal diagnostische verrichtingen per specialist, het gebruik van klinische versus niet-klinische voorzieningen, enzovoort.

Er bestaan sterke aanwijzingen dat er sprake is van ondoelmatigheden in de zorg, met andere woorden dat het mogelijk is om dezelfde kwaliteit met minder produktie en dus ook tegen lagere kosten te leveren. Zo wint in kringen van medici de gedachte terrein dat de zorg wezenlijke ondoelmatigheden bevat. KNMG-voorzitter Bierens sprak tijdens het ledencongres in 1985 van bezuinigingsmogelijkheden van tien tot twintig procent⁵. De in 1986 verschenen KNMG-nota 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' duidt eveneens op het bestaan van ondoelmatigheden in de medische besluitvorming en de organisatie en onderlinge afstemming van de zorg⁶. Voorts blijkt uit verschillende studies en experimenten van ziekenfondsen dat er de nodige ruimte voor besparingen in de gezondheidszorg aanwezig is⁷. Een recente enquête onder ziekenfondsverzekerden wijst eveneens in die richting: het wordt door respondenten mogelijk geacht om tien procent te bezuinigen zonder dat verlies aan kwaliteit optreedt⁸.

Over de oorzaken van de ondoelmatigheden in de zorg is inmiddels het nodige bekend. Planning en financiering liggen thans in de gezondheidszorg niet in één hand⁹. De planning van voorzieningen is de verantwoordelijkheid van de overheid. De financiering gebeurt (voor het overgrote deel) door de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars. De planner is thans dus niet de betaler, terwijl de betaler niet kan plannen. Voor een goede beheersing van de gezondheidszorg is integratie van planning en financiering onontbeerlijk. De ene mogelijkheid is dat de overheid ook de financiering voor haar rekening gaat nemen. Het produktieproces in de gezondheidszorg is echter dermate complex dat effectieve centrale of territoriaal gedecentraliseerde overheidssturing door steeds meer ingewijden uitgesloten wordt geacht. Meer invloed van de huidige financiers op de planning is de andere mogelijkheid. Zij staan veel dichterbij de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg en kunnen hierdoor in beginsel de kennis ontwikkelen die nodig is om het aanbod zo goed mogelijk op de vraag af te stemmen.

Een andere fundamentele oorzaak van de ondoelmatigheden in de zorg is dat het hulpverleners en verzekerden thans geheel ontbreekt aan geschikte financiële prikkels om kosten en baten systematisch tegen elkaar af te wegen¹⁰. De bestaande prikkels werken ondoelmatigheden eerder in de hand dan tegen. Een bekend voorbeeld is de wisselwerking tussen het abonnementshonorarium van de huisarts (voor ziekenfondsverzekerden) en de betaling per verrichting voor specialisten, waardoor onnodige doorverwijzingen in de hand worden gewerkt. Wanneer een patiënt wordt doorverwezen van de ene specialist naar de andere, krijgt laatstgenoemde de herhaling van onderzoeken volledig vergoed. Zou hij of zij ter beperking van het aantal herhalingsonderzoeken de doorverwijzende specialist raadplegen, dan komen de doorgaans veel lagere kosten daarvan over het algemeen niet voor vergoeding in aanmerking. Van de sinds 1983 toegepaste budgetfinanciering voor algemene ziekenhuizen

⁵ F.N.M. Bierens, 'Doelmatigheid en doeltreffendheid in de gezondheidszorg'; *Medisch Contact*, nr. 40, 1985, blz. 1317-1318.

⁶ 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen; KNMG-commissie rapporteert'; *Medisch Contact*, nr. 12, 1986, blz. 357-373.

⁷ J.M. Dekkers, *Projectvoorstel Vernieuwing Ziekenfondsbestel*; Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, september 1986.

G.M.W.M. Keijzer, *Experiment Gezonde Konkurrentie*, Regionaal Ziekenfonds Salland, Deventer, 17 april 1986.

⁸ J. Spek, J.W.M. Collaris, R.M. Lapré, 'Verzekerden pleiten voor handhaving pakket'; *Inzet*, nr. 9, 1984.

⁹ Adviescommissie Sanering Planprocedures, *Carnavalsoptocht der planprocedures; Eindrapport*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, juni 1985, blz. 120-159.

¹⁰ F.F.H. Rutten, W.P.M.M. van de Ven, 'Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg'; *Economisch Statistische Berichten*, 25 mei 1985, blz. 521-525. Wynand van de Ven, *Studies in health insurance and health economics*; Alblasterdam, Kanters, 1984.

gaat weliswaar een prikkel tot doelmatigheid uit, maar in de praktijk treden ook diverse 'ontsnappingsmechanismen' aan het licht, zoals meer doorverwijzingen naar (veel duurder) academische ziekenhuizen of kwaliteitsvermindering. Bovendien beschikt het management van de algemene ziekenhuizen doorgaans niet over adequate instrumenten om de medische productie te beheersen, met name die van specialisten.

Het is echter alles behalve eenvoudig, een beter systeem van financiële prikkels te ontwerpen. Bij elk systeem moet men bedacht zijn op ongewenste neveneffecten. Verrichtingenhonorering van huisartsen zou kunnen leiden tot te late doorverwijzing; beloning van tijd besteed aan overleg, kan het ontstaan van een ondoelmatige vergadercultuur tot gevolg hebben. Ter verdere verfijning van het budgetinstrument wordt wel gepleit voor normering van het aantal verpleegdagen per behandeling; naast doelmatigheidsbevordering zou hierdoor tevens een toename kunnen optreden van het aantal diagnoses van aandoeningen waarvan de behandeling een lange ligduur vergt. Ook de invoering van een dienstverband voor beoefenaars van medische beroepen biedt niet automatisch soelaas, omdat rekening moet worden gehouden met een daling van de arbeidsproductiviteit. Het voorgaande pleit er volgens ons voor, de financiers de nodige beleidsvrijheid te verschaffen om betere prikkels te ontwikkelen dan de huidige. Per ziekenfonds en per particuliere ziektekostenverzekeraar moeten daarbij verschillen in aanpak mogelijk zijn. Zo kunnen mogelijkheden ontstaan voor experimenten, voor een flexibele aanpassing aan zich wijzigende omstandigheden en voor een onderlinge vergelijking van verschillende wijzen van aanpak. Dit alles kan betere perspectieven bieden dan de uniforme landelijke aanpak die tot op heden domineert.

Het bovenstaande houdt in dat de rol van de (sociale en particuliere) ziektekostenverzekeraars ingrijpend zou moeten veranderen. Zij kunnen deze nieuwe rol alleen met succes vervullen indien de financieringsstructuur aan een aantal voorwaarden voldoet. Mede met het oog op de in ons land thans lopende discussie vragen wij in het bijzonder aandacht voor het volgende.

Sturing via overeenkomsten tussen financiers en aanbieders van zorg

Het zal duidelijk zijn dat een stelsel van overeenkomsten tussen financiers en hulpverleners een belangrijke sleutel tot doelmatigheidsbevordering vormt. De planning van voorzieningen en de sturing van de productie door de financiers krijgen hun beslag in de overeenkomsten die zij met de artsen en de instellingen afsluiten. Binnen het ziekenfondswezen is thans weliswaar reeds sprake van een overeenkomstensysteem, maar de beleidsruimte van ziekenfondsen is vergaand aan banden gelegd door wetgeving en voorschriften van de Ziekenfondsraad (ZFR) en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Ingrijpende wijzigingen zijn hier vereist. In de particuliere ziektekostenverzekering is thans alleen sprake van overeenkomsten tussen de verzekeringsmaatschappij en de verzekerde. Invoering van het beoogde stelsel van overeenkomsten met de hulpverleners betekent derhalve ook in dit segment van de ziektekostenverzekeringmarkt een ingrijpende verandering.

Zoals gezegd, bestaat in de ziekenfondssector reeds een overeenkomstenstelsel. Dit vertoont echter belangrijke gebreken. Allereerst geldt voor ziekenfondsen op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ een contracteerplicht met iedere erkende instelling of hulpverlener die zich in hun werkgebied wil vestigen, behoudens voor tandartsen en fysiotherapeuten. Het weigeren of beëindigen van een contract is alleen mogelijk bij zeer uitzonderlijke omstandigheden. Door deze contracteerplicht zijn ziekenfondsen ten aanzien van afspraken over de doelmatigheid van de zorg geheel afhankelijk van de bereidwilligheid van de aanbieders. De mogelijkheid om ondoelmatig werkende artsen of instellingen onder druk te zetten of de samenwerking met hen op te zeggen, ontbreekt vol-

ledig. Dit ontkracht het instrument van de overeenkomst in hoge mate. Contracteervrijheid voor ziekenfondsen is een eerste vereiste.

In de tweede plaats beperkt de wetgeving in hoge mate de beleidsvrijheid van ziekenfondsen. Ingevolge de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) gelden momenteel in ons land uniforme tarieven. Prijsvorming komt thans dus niet tot stand in onderhandelingen tussen financiers en aanbieders. De mogelijkheid om door tariefdifferentiatie de doelmatigheid van de zorg te bevorderen, ontbeekt hierdoor. Zo is het nu bijvoorbeeld ongeoorloofd, huisartsen die alles in het werk stellen om het aantal doorverwijzingen te beperken, hiervoor een extra beloning toe te kennen. In de beoogde sturing door een stelsel van overeenkomsten hoort het aspect van de prijsvorming nadrukkelijk thuis. De WTG zal dienovereenkomstig moeten worden aangepast. In samenhang hiermee kan ook gedacht worden aan de opheffing van het verbod in de Ziekenfondswet en de AWBZ om zelf instellingen te exploiteren en hulpverleners in dienst te nemen.

Ook de planningswetgeving biedt de ziekenfondsen onvoldoende speelruimte. Zo hebben zij thans niet de mogelijkheid overcapaciteit weg te werken. Wanneer bijvoorbeeld de totale overcapaciteit van de ziekenhuizen in hun werkgebied zodanig is dat in beginsel één ziekenhuis volledig zou kunnen worden gemist, hebben zij niet de bevoegdheid deze doelmatigheidsbevorderende maatregel te treffen. De contracteervrijheid zou wat ons betreft in de toekomst zo ver moeten gaan dat ziekenfondsen bij overcapaciteit de overeenkomst met een ziekenhuis kunnen opzeggen. Het gevolg hiervan is ook dat verzekerden vanaf dat moment niet meer van dat ziekenhuis gebruik kunnen maken. Of het ziekenhuis daadwerkelijk moet worden gesloten, is uiteraard geen zaak van het ziekenfonds. Hieruit blijkt dat de planningswetgeving weliswaar voorziet in de beheersing van de uitbreiding van het voorzieningenniveau, maar niet in de substitutie van een bestaande voorziening door een nieuwe. Bij toepassing van het overeenkomstenstelsel zijn de financiers in beginsel in de gelegenheid om bij de invoering van een nieuwe techniek tegelijkertijd de contracten op te zeggen met hulpverleners en (onderdelen van) instellingen die er overbodig door worden. Deze benadering houdt in dat de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) kunnen worden vereenvoudigd. De overheid blijft uiteraard verantwoordelijk voor de kwaliteit van het voorzieningenniveau. De planningswetgeving behoudt aldus de functie om de kwaliteit van de voorzieningenstructuur te waarborgen, maar heeft geen functie meer in het kader van de kostenbeheersing. Het huidige vestigingsbeleid voor huisartsen verdraagt zich eveneens slecht met de hier bepleite wijze van sturing, omdat de lagere overheden nu volledig bepalen welke huisartsen zich op hun grondgebied mogen vestigen. Ook het vestigingsbeleid zou in onze ogen dus plaats moeten maken voor het instrument van de overeenkomst tussen financiers en aanbieders van zorg.

De Ziekenfondswet en de AWBZ bevatten een limitatieve opsomming van de verstrekkingen waarop de verzekerden aanspraak kunnen maken. Het vermoeden bestaat dat soms goedkopere alternatieven denkbaar zijn, bijvoorbeeld het betalen van gezinsverzorging om ziekenhuisopname uit te stellen of de duur ervan te bekorten. Genoemde wetten staan zo'n substitutie thans niet toe. Het is van groot belang dat voor dergelijke substituties in de toekomst voldoende ruimte wordt geboden.

Hoewel de particuliere ziektekostenverzekeraars thans geen overeenkomsten met aanbieders van zorg afsluiten, hebben zij met minder wettelijke belemmeringen te maken dan de ziekenfondsen. Een belangrijke belemmering betreft ook voor hen de WTG, waardoor geen tariefdifferentiatie mogelijk is. Voorts beperkt de huidige planningswetgeving eveneens de vrijheid van particuliere ziektekostenverzekeraars. Dit geldt in het bijzonder voor het vestigingsbeleid, maar ook waar de overheid de invoering van nieuwe technologieën afremt. Particuliere maatschappijen kennen evenwel geen contracteerplicht en zijn veel vrijer dan de zieken-

fondsen in de bepaling van het verstrekkingenpakket. Desondanks staat ook bij de particuliere verzekeraars de bevordering van de doelmatigheid van de zorg nog in de kinderschoenen. Hiervoor zijn diverse oorzaken aan te geven. Eén hiervan is voor de lopende discussie van bijzonder belang, zoals hierna blijkt.

Risicoselectie dreigt bij concurrentie

Van verschillende kanten wordt de laatste tijd nogal eens gepleit voor concurrentie tussen ziekenfondsen. Verzekerden zijn dan vrij in de keuze van hun ziekenfonds en de premies hoeven niet langer voor alle ziekenfondsen gelijk te zijn, bijvoorbeeld doordat de uniforme procentuele premie van nu gedeeltelijk vervangen wordt door een per ziekenfonds verschillende vaste premie. Het is onmiskenbaar juist dat dit de keuzevrijheid van verzekerden ten goede zou komen. Voorts kan de prikkel die ziekenfondsen hiervan ondervinden de doelmatigheid van de organisatie en de klantgerichtheid ten goede komen. Desondanks valt te betwijfelen of deze belangrijke voordelen opwegen tegen het gevaar van risicoselectie dat dreigt.

Ook wanneer voorwaarden als een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie naar gezondheidsrisico zouden worden ingevoerd, blijft de verleiding om zo veel mogelijk gunstige risico's (jongeren) aan te trekken immers aanwezig. Selectie en premiedifferentiatie zijn niet de enige methoden waarmee gunstige risico's kunnen worden aangetrokken. Selectieve marketing is een mogelijkheid waarvan in de literatuur nogal eens melding wordt gemaakt. Een indirecte vorm van risicoselectie zou voorts kunnen ontstaan wanneer werkgevers - al of niet per cao - een collectief contract voor hun werknemers afsluiten. Dit kan ertoe leiden dat, net als in de Verenigde Staten, de premies van individuele verzekeringscontracten aanzienlijk hoger worden dan de premies van collectieve verzekeringen. Kleine zelfstandigen, werklozen, arbeidsongeschikten en bejaarden kunnen hiervan de dupe worden.

Het grote voordeel van het huidige ziekenfondsstelsel is dat risicoselectie volstrekt onmogelijk is en dat dit wordt bereikt met behulp van regelgeving die eenvoudig uitvoerbaar is. De ontwikkelingen in de particuliere sector tonen aan dat, zolang er mogelijkheden zijn tot risicoselectie, de verleiding groot is de verbetering van de concurrentiepositie vooral in deze sfeer te zoeken. Ondanks hun veel grotere beleidsvrijheid hebben particuliere maatschappijen tot op heden op het gebied van de doelmatigheidsbevordering van de zorg immers niet meer bereikt dan ziekenfondsen. Hun energie is hoofdzakelijk gericht op het binnenhalen van de goede risico's. In het verlengde van de concurrentie tussen ziekenfondsen onderling ligt de concurrentie tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Indien met het oog op de door de regering gewenst geachte financieringsverschuiving, substantiële eigen bijdragen in het ziekenfondspakket zouden worden ingevoerd, dient laatstgenoemde vorm van concurrentie zich reeds op korte termijn aan, en wel in het kader van de herverzekering van de eigen bijdragen. Het gevaar van risicoselectie is dan levensgroot aanwezig, zoals kan worden afgeleid uit de recente ontwikkelingen in de particuliere sector. De indirecte selectie via collectieve contracten voor werknemers ligt ook reeds in het verschiet. Vakbonden hebben namelijk aangekondigd te zullen streven naar collectieve herverzekering van de eigen bijdragen per cao.

Ten slotte zouden particuliere maatschappijen zich ook buiten onze landsgrenzen kunnen gaan vestigen en aldus een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie naar leeftijd en/of gezondheidsrisico ontlopen. De strijd om de jonge verzekerde zou dan onverdroten voortgaan.

Het solidariteitskarakter van de ziekenfondsverzekering omvat naast premieheffing naar draagkracht ook de absolute uitschakeling van risicoselectie. Indien men dit aspect van de solidariteit ook voor de toekomst

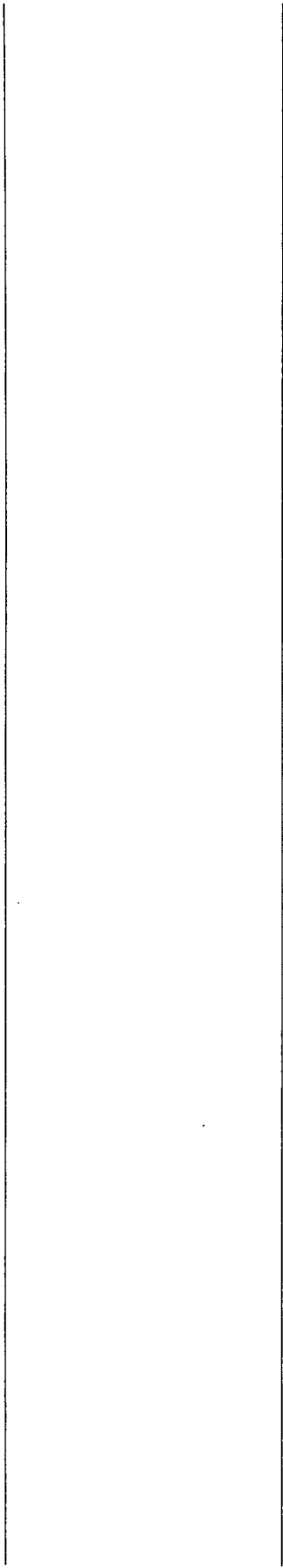
veilig wil stellen, valt concurrentie tussen ziekenfondsen onderling en tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars slechts aan te bevelen indien zodanige voorwaarden aan de markt kunnen worden opgelegd dat ook de zojuist genoemde vormen van indirecte risicoselectie worden uitgeschakeld. Versterking van de marktwerking in de gezondheidszorg moet ertoe leiden dat de financiers hun aandacht volledig richten op de bevordering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en niet op de strijd om de goede risico's. Omdat het gevaar van risicoselectie minder zwaar weegt naarmate het inkomen hoger is, valt handhaving van het bestaande waterdichte schot tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars - met andere woorden handhaving van de loongrens - zeker te overwegen. Door de eerder bepleite convergentie van de premiestructuur van de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering wordt bovendien de huidige onevenwichtige lastenverdeling teruggedrongen.

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | ACHTERGRONDEN, PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET | |
| 1.1 | Uitgaven en financiering in de gezondheidszorg in Nederland | 15 |
| 1.2 | Uitgaven voor de gezondheidszorg in andere westerse landen | 17 |
| 1.3 | Probleemstelling | 18 |
| 1.4 | Onderzoeksopzet | 19 |
| 1.5 | De posities van de verschillende AIM-leden | 20 |
| 2. | DE ONDERZOCHE LANDEN IN VOGELVLUCHT | |
| 2.1 | Inleiding | 23 |
| 2.2 | Sociale zekerheid | 23 |
| 2.3 | Gezondheidszorg | 24 |
| 2.3.1 | <i>De kosten van gezondheidszorg</i> | 25 |
| 2.3.2 | <i>Schets van enkele ontwikkelingen</i> | 27 |
| 3. | NEDERLAND | |
| 3.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 31 |
| 3.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 32 |
| 3.3 | De sociale ziektekostenverzekering | 33 |
| 3.3.1 | <i>De organisatie</i> | 33 |
| 3.3.2 | <i>De financiering</i> | 34 |
| 3.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 34 |
| 3.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 36 |
| 3.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 37 |
| 3.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 39 |
| 3.7 | Mogelijke oplossingen | 40 |
| 4. | BELGIË | |
| 4.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 42 |
| 4.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 43 |
| 4.3 | De sociale ziektekostenverzekering | 43 |
| 4.3.1 | <i>De organisatie</i> | 43 |
| 4.3.2 | <i>De financiering</i> | 44 |
| 4.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 44 |
| 4.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 46 |
| 4.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 46 |
| 4.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 48 |
| 4.7 | Mogelijke oplossingen | 48 |
| 5. | ENGELAND | |
| 5.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 50 |
| 5.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 50 |
| 5.3 | De National Health Service | 51 |
| 5.3.1 | <i>De organisatie</i> | 51 |
| 5.3.2 | <i>De financiering</i> | 51 |
| 5.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 52 |
| 5.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 53 |
| 5.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 54 |
| 5.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 55 |
| 5.7 | Mogelijke oplossingen | 55 |
| 6. | FRANKRIJK | |
| 6.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 57 |
| 6.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 57 |

| | | |
|--------|--|----|
| 6.3 | De sociale ziektekostenverzekering | 58 |
| 6.3.1 | <i>De organisatie</i> | 58 |
| 6.3.2 | <i>De financiering</i> | 58 |
| 6.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 59 |
| 6.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 60 |
| 6.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 61 |
| 6.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 62 |
| 6.7 | Mogelijke oplossingen | 63 |
| 7. | IERLAND | |
| 7.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 65 |
| 7.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 65 |
| 7.3 | De Public Health Services | 66 |
| 7.3.1 | <i>De organisatie</i> | 66 |
| 7.3.2 | <i>De financiering</i> | 66 |
| 7.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 66 |
| 7.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 67 |
| 7.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 68 |
| 7.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 68 |
| 7.7 | Mogelijke oplossingen | 69 |
| 8. | LUXEMBURG | |
| 8.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 70 |
| 8.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 70 |
| 8.3 | De sociale ziektekostenverzekering | 71 |
| 8.3.1 | <i>De organisatie</i> | 71 |
| 8.3.2 | <i>De financiering</i> | 71 |
| 8.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 72 |
| 8.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 73 |
| 8.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 74 |
| 8.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 74 |
| 8.7 | Mogelijke oplossingen | 75 |
| 9. | WEST-DUISSLAND | |
| 9.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 76 |
| 9.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 76 |
| 9.3 | De sociale ziektekostenverzekering | 77 |
| 9.3.1 | <i>De organisatie</i> | 77 |
| 9.3.2 | <i>De financiering</i> | 77 |
| 9.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 78 |
| 9.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 79 |
| 9.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 79 |
| 9.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 81 |
| 9.7 | Mogelijke oplossingen | 81 |
| 10. | ZWITSERLAND | |
| 10.1 | De kosten van de gezondheidszorg | 83 |
| 10.2 | De financiering van de gezondheidszorg | 84 |
| 10.3 | De sociale ziektekostenverzekering | 84 |
| 10.3.1 | <i>De organisatie</i> | 84 |
| 10.3.2 | <i>De financiering</i> | 85 |
| 10.3.3 | <i>Het verstrekkingenpakket</i> | 87 |
| 10.4 | Particuliere bijdragen en verzekeringen | 87 |
| 10.5 | De belangrijkste gesignaleerde problemen | 88 |
| 10.6 | Maatregelen in de afgelopen jaren | 89 |
| 10.7 | Mogelijke oplossingen | 89 |
| 11. | PROBLEMEN EN OPLOSSINGEN? | |
| 11.1 | Inleiding | 93 |
| 11.2 | De gesignaleerde problemen | 93 |
| 11.2.1 | <i>Stijgende uitgaven</i> | 93 |

| | | |
|----------------|--|-----|
| 11.2.2 | <i>Achterblijvende inkomsten</i> | 96 |
| 11.3 | Getroffen maatregelen | 97 |
| 11.3.1 | <i>Kostenbeheersing</i> | 98 |
| 11.3.2 | <i>Financiering</i> | 99 |
| 11.4 | Positie van de uitvoeringsorganisaties | 100 |
| 11.4.1 | <i>Uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen</i> | 101 |
| 11.4.2 | <i>Uitvoeringsorganisaties van non-profit particuliere ziektekostenverzekeringen</i> | 104 |
| 11.5 | Voorgestelde oplossingen | 105 |
| 11.5.1 | <i>Oplossingen in de sfeer van financiering en kostenbeheersing</i> | 105 |
| 11.5.2 | <i>Naar oplossingen van meer structurele aard</i> | 107 |
| BIJLAGE | | |
| | Lijst van belangrijkste geraadpleegde literatuur | 110 |

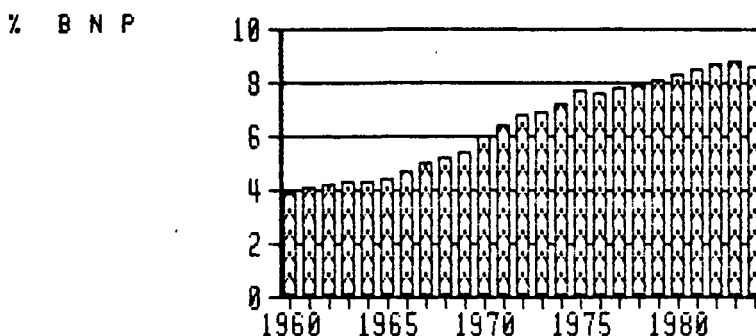


1. ACHTERGRONDEN, PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKS- OPZET

1.1 Uitgaven en financiering in de gezondheidszorg in Nederland

De uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland zijn in de afgelopen vijftientig jaar sterk gestegen. Deze stijging blijkt uit grafiek 1.1 waarin de uitgaven voor gezondheidszorg worden uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal produkt.

Grafiek 1.1 Uitgaven voor de gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal produkt, 1960 - 1984

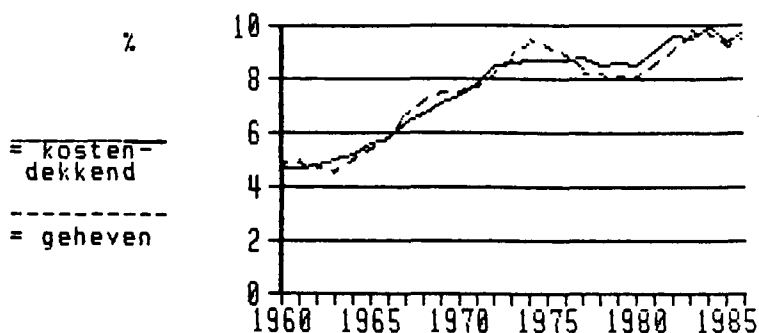


Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 - 1983*, Parijs, 1985, voor de gegevens over de periode 1960 - 1983; Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn*, Rijswijk, 1986 en Centraal Bureau voor de Statistiek, *Statistisch Zakboek 1985*, Voorburg, 1986, voor de gegevens over 1984.

Uit de grafiek is af te lezen dat het percentage van het bruto nationaal produkt dat aan gezondheidszorg wordt besteed tussen 1960 en 1984 meer dan verdubbeld is: van bijna 4 % naar bijna 9 %. In absolute termen zijn de uitgaven voor gezondheidszorg gestegen van 1.731 miljoen gulden in 1960 naar 34.085 miljoen gulden in 1984.

De financiering van deze stijgende uitgaven voor gezondheidszorg is in de laatste jaren een steeds groter probleem gaan vormen. De noodzakelijke uitbreiding van financiële middelen heeft onder meer plaats gevonden door middel van voortdurende verhogingen van de premies voor ziektekostenverzekeringen. Grafiek 1.2 laat ter illustratie de ontwikkeling van het premiepercentage voor de verplichte ziekenfondsverzekering zien. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen het werkelijk geheven premiepercentage en het percentage dat kostendekkend geweest zou zijn.

Grafiek 1.2 Ontwikkeling van het premiepercentage voor de verplichte ziekenfondsverzekering, 1960 – 1986



Bron: Jaarverslagen van de Ziekenfondsraad, Amstelveen.

De grafiek laat zien dat het werkelijk geheven premiepercentage in ruim vijftientig jaar verdubbeld is. Verder is af te lezen dat het werkelijk geheven premiepercentage met name in de periode 1977 – 1983 lager is geweest dan het kostendeckende percentage. Dit heeft geleid tot een dekkingstekort dat aan het einde van 1985 ongeveer 800 miljoen gulden bedroeg.

De stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg en de groeiende problemen rond de financiering ervan hebben geleid tot een toenemende vraag naar een betere beheersing van de kostenontwikkeling binnen de gezondheidszorg. Deze vraag werd nog nadrukkelijker gesteld naarmate de gevolgen van de economische recessie zich meer deden gelden. In het kader van het streven naar kostenbeheersing werden met name door de overheid verschillende maatregelen genomen, waaronder de invoering van een budgetteringsstelsel voor ziekenhuizen, de invoering respectievelijk uitbreiding van eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden en het verlenen van ontheffing van de contracteerplicht van ziekenfondsen voor bepaalde beroepsgroepen.

De laatste jaren werd en wordt echter van verschillende kanten met name de wijze van financiering en dan vooral het stelsel van ziektekostenverzekeringen ter discussie gesteld. Voor de overheid, die een belangrijke rol speelt in deze discussie, is een belangrijke overweging de door haar uit bezuinigingsoverwegingen noodzakelijk geachte verschuiving van een deel van de collectieve lasten, waartoe de sociale ziektekostenverzekeringen gerekend worden, naar de particuliere sector. De meest recente maatregel in dit kader betreft de per 1 april 1986 doorgevoerde wetswijziging waarmee een deel van de sociale ziektekostenverzekeringen is overgeheveld naar de particuliere sector en waarmee tevens beoogd werd het resterende deel van de sociale ziektekostenverzekering te vereenvoudigen.

Van de zijde van de vakbeweging en, met name, van de ziekenfondsen zijn tegen deze vorm van overheidsbezuinigingen grote bezwaren gemaakt omdat er feitelijk geen kostenvermindering, maar slechts een verschuiving van de lasten plaats vindt in de richting van de individuele burger. Voorts vreest men dat deze verschuivingsoperatie tot gevolg heeft dat de totale kosten van de gezondheidszorg nog zullen toenemen, omdat de beheersingsmogelijkheden zoals die bij de ziekenfondsen bestaan voor een deel van de bevolking wegvallen én omdat de beheers- en administratiekosten mogelijk zullen toenemen.

1.2 Uitgaven voor de gezondheidszorg in andere westerse landen

Niet alleen in Nederland kan een sterke stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg geconstateerd worden. Vrijwel alle Westeuropese landen hebben met deze problematiek te kampen. In tabel 1.1 is een overzicht opgenomen van de uitgaven voor gezondheidszorg, zowel absoluut (in miljoenen van de nationale munteenheid) als uitgedrukt in een percentage van het bruto nationaal produkt, in een aantal West-Europese landen in 1960 en 1983.

Tabel 1.1 Uitgaven voor gezondheidszorg, absoluut (in miljoenen van de nationale munteenheid) en als percentage van het bruto nationaal produkt, in 1960 en 1983

| | 1960 | | 1983 | |
|-----------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | abs. (in mln.) | % van BNP | abs. (in mln.) | % van BNP |
| België | 19.150 | 3,4 | 264.200 | 6,5 |
| Denemarken | 1.500 | 3,6 | 34.167 | 6,6 |
| Engeland ¹ | 1.010 | 3,9 | 18.547 | 6,2 |
| Frankrijk | 12.742 | 4,3 | 367.500 | 9,3 |
| Griekenland | 3.036 | 2,9 | 141.730 | 4,7 |
| Ierland | 25 | 4,0 | 1.070 a) | 8,2 |
| Italië | 895.000 | 3,9 | 39.434.000 | 7,4 |
| Nederland | 1.731 | 3,9 | 33.066 | 8,8 |
| Noorwegen | 1.093 | 3,3 | 27.835 | 6,9 |
| Oostenrijk | 7.200 | 4,4 | 83.300 | 7,3 |
| West-Duitsland | 14.530 | 4,8 | 130.710 | 8,2 |
| Zweden | 3.396 | 4,7 | 67.738 | 9,6 |
| Zwitserland | 1.223 | 3,3 | 15.200 a) | 7,8 |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960-1983*, Parijs, 1985.

a) Betreft 1982.

In alle genoemde landen is sprake van een sterke stijging van de kosten van gezondheidszorg. Nederland blijkt niet het enige land te zijn waar in een tijdsbestek van iets meer dan twee decennia het deel van het bruto nationaal produkt dat aan gezondheidszorg besteed wordt meer dan verdubbeld is. Ook in Frankrijk, Ierland, Noorwegen, Zweden en Zwitserland is dat het geval.

Verskillende ontwikkelingen, die in vrijwel alle westerse landen in meerdere of mindere mate optreden, leiden tot de gesignaleerde sterke stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg. Genoemd kunnen worden²:

- de grote ontwikkelingen op het gebied van de medische technologie;
- de uitbreiding van ziektekostenverzekeringen, zowel in aantal verzekerden als in verstrekkingen;
- de veroudering van de bevolking;
- de toenemende overlevingskansen van chronisch zieken en ernstig gehandicapten;
- de vergroting van het aanbod van voorzieningen, deels door een toename van het aantal beroepsbeoefenaren binnen de traditionele medische beroepen, deels door de opkomst van nieuwe beroepsgroepen;

¹ Waar in dit rapport Engeland wordt vermeld, wordt in feite bedoeld Engeland en Wales. De British United Provident Association (BUPA), de instantie die aan het onderzoek heeft meegewerkt, is daarnaast ook werkzaam in Schotland en Noord-Ierland.

² International Labour Organization, *Into the Twenty-First Century: the Development of Social Security*, Geneva, 1984.

- een hogere waardering van de bevolking voor gezondheid en toenemende verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg;
- een relatief prijseffect als gevolg van de arbeidsintensiviteit van de gezondheidszorg;
- een gebrek aan concurrentie met betrekking tot de prijzen in de gezondheidszorg.

Ieder voor zich hebben deze ontwikkelingen bijgedragen aan de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Het resultaat van deze ontwikkelingen is onder meer dat de sociale ziektekostenverzekeringen, die in de meeste landen één van de belangrijkste financieringsbronnen van de gezondheidszorg vormen, sterk onder druk staan. Deze druk heeft net als in Nederland geleid tot plannen voor een betere beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. In veel gevallen werd of wordt een (gedeeltelijke) herziening van het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen noodzakelijk geacht.

1.3 Probleemstelling

Over de richting, waarin een herziening van het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen plaats zou moeten vinden, wordt uiteenlopend gedacht.

Zo wordt door sommigen gepleit voor een uitbreiding van de overheidsregulering, waarbij diverse gradaties in de mate van regulering mogelijk zijn. Te denken valt aan overheidsmaatregelen ten aanzien van prijscontrole, planning van het voorzieningenaanbod, controle op de honoraria, budgettering, ontwikkeling van professionele normen, etc. Een vergaande vorm van overheidsregulering is de vorm waarin de overheid zowel de financiering als de verstrekking van (bepaalde) voorzieningen voor haar rekening neemt. Aan de andere kant wordt gepleit voor een sterkere privatisering van de gezondheidszorg met de nadruk op een versterking van het marktmechanisme. Soms wordt gepoogd beide benaderingen te combineren.

De hier in algemene termen geformuleerde benaderingswijzen spelen ook in Nederland een belangrijke rol in de discussie over mogelijke oplossingen voor de financieringsproblematiek.

Voor wat betreft de uitbreiding van de overheidsregulering kunnen genoemd worden de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (welke overigens beide nog niet volledig functioneren), die gericht zijn op planning van het aanbod, alsmede de Wet Tarieven Gezondheidszorg (en de Wet Tijdelijke Normering Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren), gericht op de regulering van tarieven.

Met betrekking tot de sociale ziektekostenverzekering streeft de overheid voor bepaalde onderdelen een privatisering na, terwijl zij anderzijds poogt haar greep op het stelsel van ziektekostenverzekeringen in het algemeen en de sociale ziektekostenverzekeringen in het bijzonder te versterken. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) ontraadt in zijn algemeenheid een principiële keuze tussen beide hiervoor geschetste benaderingen. De Raad pleit voor een versterking van de rol van het marktmechanisme, waarbij overheidsregulering vooral gericht zou moeten zijn op het creëren van marktvoorwaarden, die gelijke toegankelijkheid garanderen, efficiency bevorderen en de kwaliteit van de zorg optimaliseren³.

³ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaardering van Welzijnsbeleid*, Den Haag, 1982.

Voortbordurend hierop vraagt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid zich af hoe uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen tegen de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg aankijken, welke problemen zij signaleren en welke ideeën zij hebben omtrent mogelijke oplossingen. Een internationale vergelijking zou wat meer zicht kunnen geven op de mogelijke richtingen waarin een herziening van het (sociale) ziektekostenverzekeringsstelsel plaats zou kunnen vinden.

In het kader van een nader onderzoek heeft de Raad de medewerking van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) ingeroepen. De afdeling Beleidsadvisering/Onderzoek werd verzocht nader te inventariseren hoe uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen dit soort vragen feitelijk beantwoorden. Dit zou kunnen geschieden via l'Association Internationale de la Mutualité (AIM), een samenwerkingsverband op min of meer Europees niveau (alleen Israël is "buiten-Europees" lid) waarin een aantal uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen, waaronder de VNZ, zich heeft verenigd. Via deze organisatie zou het mogelijk zijn verschillende uitvoeringsorganisaties een aantal vragen met betrekking tot de gezondheidszorg en met name met betrekking tot sociale ziektekostenverzekeringen voor te leggen.

De onderhavige rapportage over een inventarisatie van ontwikkelingen, problemen en mogelijke oplossingen rond ziektekostenverzekeringen in het buitenland plaatst de Nederlandse problematiek in een wat meer internationaal perspectief.

1.4 Onderzoeksopzet

In de eerste plaats is getracht inzicht te verkrijgen in de wijze waarop het stelsel van sociale zekerheid in de verschillende te onderzoeken landen geregeld is, de plaats van de gezondheidszorg daarbinnen en de wijze waarop in het bijzonder deze laatste gefinancierd wordt. Dit is gebeurd door middel van het raadplegen van literatuur. Voorts is aan één of meer organisaties, die een land in de AIM vertegenwoordigen, gevraagd de genoemde elementen te beschrijven vanuit hun optiek.

Er hebben ook andere vormen van gegevensverzameling in het kader van dit onderzoek plaatsgevonden. Naast literatuurstudie zijn gesprekken gevoerd met enkele Belgische en Duitse vertegenwoordigers van bij de AIM aangesloten organisaties teneinde het zicht op de te bestuderen problematiek te verruimen. Op grond van de uit de literatuur verkregen inzichten, in relatie met de via genoemde gesprekken verkregen aanvullingen, is vervolgens een vragenlijst opgesteld die het mogelijk maakt aan elk van de AIM-organisaties een aantal vragen te stellen, zodanig dat een enigszins vergelijkbare beschrijving plaats kan vinden.

In juni 1985 zijn deze vragenlijsten aan alle AIM-landen toegestuurd. Waar mogelijk aan een overkoepelende organisatie op het gebied van sociale ziektekostenverzekeringen die het betreffende land in de AIM vertegenwoordigt, waar nodig aan meerdere organisaties. Eind augustus is aan de organisaties, die gevraagd waren de vragenlijsten te beantwoorden een rappel toegestuurd, terwijl eind oktober op een AIM-bijeenkomst enkele vertegenwoordigers nogmaals gevraagd is voor beantwoording zorg te dragen.

De inzending van de vragenlijsten is redelijk te noemen. In tabel 1.2 is per AIM-land aangegeven hoeveel vragenlijsten in het betreffende land zijn uitgezet en hoeveel ingevulde vragenlijsten zijn geretourneerd. Na ontvangst van de vragenlijsten hebben in eerste instantie nog enkele gesprekken met respondenten plaatsgevonden waarin de op basis van de

vragenlijsten verkregen inzichten en opvattingen getoetst en deels verder uitgewerkt zijn.

Op basis van het verzamelde materiaal is een eerste concept-rapport samengesteld, dat met de vertegenwoordigers van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid is besproken. Naar aanleiding van dit gesprek is een aanvullend onderzoek verricht, waarbij de nadruk meer is gelegd op de ideeën, die de uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen hebben omtrent de richting van toekomstige ontwikkelingen. Daartoe werden enkele voorlopige konklusies uit het eerste deel van het onderzoek, tesamen met enkele aanvullende vragen aan de uitvoeringsorganisaties voorgelegd. Tevens werd een en ander ook voorgelegd aan enkele deskundigen op het gebied van de gezondheidseconomie.

Tabel 1.2 Aantal verzonden en aantal geretourneerde vragenlijsten per AIM-land

| | verzonden | geretourneerd |
|-------------|-----------|---------------|
| België | 3 | 2 a) |
| Duitsland | 3 | 2 |
| Engeland | 1 | 1 |
| Frankrijk | 1 | 1 |
| Ierland | 1 | 1 |
| Israël | 1 | 1 |
| Italië | 1 | |
| Luxemburg | 1 | 1 b) |
| Nederland | 1 | 1 |
| Portugal | | |
| Spanje | 1 | |
| Zwitserland | 1 | 1 |

Bron: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, 1986.

a) Op grond van additionele gesprekken.

b) Geen beantwoorde vragenlijst ontvangen, wel informatie over de structuur van het ziektekostenverzekeringsstelsel.

De opzet van het onderhavige rapport is als volgt:

In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de positie van de organisaties, die lid zijn van de AIM.

In hoofdstuk 2 wordt ten behoeve van een eerste indruk in vogelvlucht een kort overzicht gegeven van de in het onderzoek betrokken landen. In de daaropvolgende hoofdstukken worden deze landen stuk voor stuk nader beschreven, te beginnen met Nederland. Bij de beschrijving wordt, zo mogelijk, eerst aangegeven hoe de financiële structuur van de gezondheidszorg er uit ziet. Vervolgens wordt aangegeven welke problemen in het betreffende land centraal staan en welke maatregelen genomen zijn respectievelijk (mogelijk) genomen zullen worden. Ten slotte is waar mogelijk aangegeven welke specifieke ideeën er bij de uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen leven ten aanzien van mogelijke oplossingen voor de door hen ervaren problemen op het gebied van de gezondheidszorg en de financiering ervan. Hoofdstuk 11 tenslotte bevat een thematische weergave van de gesignaleerde problemen en de oplossingen, zoals die door de AIM-leden worden aangedragen.

1.5 De posities van de verschillende AIM-leden

Alvorens tot een nadere beschrijving van de resultaten van het onderzoek over te gaan is het in aansluiting op de voorgaande paragraaf van belang op te merken dat binnen de Association Internationale de la

Mutualité organisaties zijn verenigd, die zich weliswaar allemaal vanuit een "sociale verzekerings-gedachte" met ziektekostenverzekeringen bezig houden, maar die elk voor zich een "eigen markt" bestrijken. Omdat verwacht mag worden dat ideeën over problemen en mogelijke oplossingen op het terrein van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen mede bepaald zullen worden door de positie die de organisatie in haar eigen omgeving inneemt, wordt in deze paragraaf nader ingegaan op de positie van de verschillende bij het onderzoek betrokken AIM-leden.

De Belgische AIM-leden zijn de verschillende landsbonden der mutualiteiten. Dit zijn de overkoepelende organisaties van de mutualiteiten oftewel de ziekenfondsen⁴. De ziekenfondsen voeren tesamen met de zogeheten Hulpkas de wettelijk verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering uit. Praktisch de gehele bevolking is verzekerd bij één van de ziekenfondsen.

Engeland kent eigenlijk geen sociale ziektekostenverzekering, maar een nationale gezondheidsdienst (National Health Service) voor alle inwoners, welke vrijwel geheel uit de algemene middelen wordt gefinancierd. Daarnaast is er een beperkte ruimte voor particulier initiatief. Het is dit particulier initiatief, dat vanuit Engeland in de AIM vertegenwoordigd is in de vorm van de British United Provident Association (BUPA), de grootste particuliere non-profit verzekeringsmaatschappij op het gebied van ziektekostenverzekeringen in Engeland. De BUPA exploiteert ook een beperkt aantal eigen (particuliere) gezondheidszorgvoorzieningen.

In Frankrijk is de gehele bevolking wettelijk verplicht verzekerd tegen ziektekosten. Mede als gevolg van de relatief hoge eigen bijdragen in de wettelijke ziektekostenverzekering is er een vrij grote ruimte voor (aanvullende) particuliere verzekeringen. De in dit kader opererende non-profit organisaties worden aangeduid met mutualiteiten (onderlinge verzekeringsmaatschappijen). Het overkoepelende orgaan van deze mutualiteiten, de Federation Nationale de la Mutualité Française, is de Franse vertegenwoordiger in de AIM.

Israël, het enige "buiten-Europese" lid van de AIM, kent geen wettelijk geregelde sociale ziektekostenverzekering. De enige wettelijke regeling op dit gebied betreft een door de werkgever te betalen premiebijdrage ten behoeve van een ziektekostenverzekering. De Israëliische vertegenwoordiger in de AIM is de Kupat Holim, de grootste sociale ziektekostenverzekeraar in Israël, opgericht door de grootste vakbond, de Histadruth. De Kupat Holim exploiteert tevens een groot aantal gezondheidszorgvoorzieningen.

Luxemburg is in de AIM vertegenwoordigd door de Conseil Supérieur de la Mutualité en de daaronder ressorterende Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise. De Luxemburgse mutualiteiten hebben een (beperkte) aanvullende functie ten aanzien van de algemene wettelijk verplichte ziektekostenverzekering.

De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen is als overkoepelend orgaan van de ziekenfondsen de Nederlandse vertegenwoordiger in de AIM. Wellicht ten overvloede zij vermeld dat de ziekenfondsen de wettelijk verplichte ziekenfondsverzekering uitvoeren. Daarnaast voeren zij doorgaans ook een aanvullende verzekering uit.

⁴ De Vlaamse term mutualiteiten komt in het Frans voor als mutualité's, maar heeft dan meer de betekenis van onderlinge verzekeringsmaatschappij. In dit rapport wordt de term ziekenfondsen gereserveerd voor uitvoeringsorganisaties van wettelijke ziektekostenverzekeringen. De term mutualiteiten wordt gehanteerd ter aanduiding van uitvoeringsorganisaties van niet-wettelijke non-profit ziektekostenverzekeringen.

Voor West-Duitsland zijn verschillende overkoepelende organisaties van ziekenfondsen in de AIM aanwezig. De sociale ziektekostenverzekering wordt uitgevoerd door plaatselijke ziekenfondsen, bedrijfsziekenfondsen, onderlinge en vrijwillige ziekenfondsen. Deze zijn via hun federaties (Verbände) in de AIM vertegenwoordigd.

Zwitserland is in de AIM vertegenwoordigd via het Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, het overkoepelend orgaan van de ziekenfondsen, die de sociale ziektekostenverzekering uitvoeren.

Uit de voorgaande beschrijving van de posities van de respondenten kan een onderscheid in grofweg twee posities gedestilleerd worden. Ofwel het gaat om organisaties, die een wettelijk geregelde ziektekostenverzekering uitvoeren (België, Nederland, West-Duitsland en Zwitserland) ofwel het gaat om particuliere non-profit organisaties die in meerdere of mindere mate een aanvullende functie vervullen ten aanzien van wettelijke regelingen (Engeland, Frankrijk, Israël en Luxemburg).

Het zijn de bovengenoemde organisaties, die de ten behoeve van dit onderzoek opgestelde vragenlijst hebben beantwoord. Dat de positie van deze organisaties binnen hun eigen omgeving een rol kan spelen bij de beantwoording, moge duidelijk zijn. Een en ander zal, waar mogelijk en waar nodig, nader aangeduid worden in de volgende hoofdstukken.

2. DE ONDERZOCHE LANDEN IN VOGELVLUCHT

2.1 Inleiding

Teneinde een eerste indruk te verkrijgen van de situatie in de onderzochte landen worden in dit hoofdstuk enkele relevante gegevens omtrent het stelsel van sociale verzekeringen, de gezondheidszorg en de collectieve uitgaven in elk land weergegeven.

Gekozen is voor het gebruik van drie bronnen. Voor wat betreft het stelsel van sociale verzekeringen is gebruik gemaakt van "Vergelijkende tabellen van de stelsels van sociale zekerheid, van toepassing in de Lid-Staten van de Europese Gemeenschappen", uitgegeven in juli 1982. Hierin wordt een beschrijving gegeven van de sociale verzekeringen in de lid-staten in het "algemene stelsel" (werknemers in industrie en handel). De cijfers omtrent de uitgaven voor de sociale zekerheid zijn afkomstig van Eurostat. Voor wat betreft gegevens over de gezondheidszorg en de financiering daarvan is gekozen voor "Measuring Health Care 1960 - 1983", gepubliceerd door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) in 1985.

Deze werkwijze heeft het voordeel dat de gepresenteerde gegevens over de verschillende landen in grote lijnen vergelijkbaar zijn, zowel inhoudelijk als wat betreft het referentiejaar. In de beschrijvingen per land zijn soms meer gedetailleerde en/of recentere gegevens opgenomen. Deze zijn dan uit andere bronnen beschikbaar gekomen. Een nadeel van het hanteren van de genoemde EEG-publicaties is dat deze alleen betrekking hebben op de bij de EEG aangesloten landen, waardoor Zwitserland niet opgenomen is.

2.2 Sociale zekerheid

De totale kosten van de sociale zekerheid in de verschillende onderzochte landen lopen sterk uiteen. De grote overeenkomst tussen de landen is de sterke stijging van die kosten. In tabel 2.1 worden de uitgaven voor de sociale zekerheid, zoals die over een aantal jaren in de verschillende landen gedaan werden, als percentage van het bruto nationaal produkt weergegeven.

De tabel laat zien dat in 1970 West-Duitsland de hoogste uitgaven voor sociale zekerheid heeft in termen van een percentage van het bruto nationaal

Tabel 2.1 Uitgaven voor sociale zekerheid als percentage van het bruto nationaal produkt

| | 1970 | 1975 | 1980 | 1983 |
|----------------|------|------|------|------|
| België | 18,5 | 24,5 | 27,6 | 31,9 |
| Engeland | 15,9 | 19,5 | 21,4 | 23,7 |
| Frankrijk | 19,2 | 22,9 | 25,9 | 28,8 |
| Ierland | 13,2 | 19,4 | 22,2 | 24,6 |
| Luxemburg | 16,4 | 22,4 | 25,6 | 29,3 |
| Nederland | 20,8 | 28,1 | 30,5 | 34,0 |
| West-Duitsland | 21,4 | 28,0 | 28,7 | 28,9 |

Bron: Eurostat, ESSOBS, zoals aangehaald in Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *Inkomsten - uitgaven ziekteverzekering*, Brussel, 1985.

naal produkt. In 1975 is dat Nederland; ook in 1980 en 1983 neemt Nederland wat dit betreft de eerste plaats in. Duidelijk blijkt dat de uitgaven voor sociale zekerheid in de betrokken landen het sterkst stijgen in de periode 1970 – 1975. Na 1975 wordt de stijging wat minder sterk.

De stelsels van sociale zekerheid in de onderzochte landen stemmen in grote lijnen overeen wat betreft de te dekken risico's. De volgende onderdelen komen in alle onderzochte landen in een of andere vorm voor:

- uitkeringen en verstrekkingen bij ziekte
- uitkeringen en verstrekkingen bij bevallingen
- uitkeringen en verstrekkingen bij invaliditeit
- uitkeringen en verstrekkingen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten
- uitkeringen bij ouderdom en aan nabestaanden
- uitkeringen bij werkloosheid
- kinderbijslagen

Hoewel de te dekken risico's in grote lijnen hetzelfde zijn, bestaan er grote verschillen wat betreft reikwijdte (aantal deelnemers), omvang van verstrekkingen en uitkeringen, financiering en organisatie.

In tabel 2.2 wordt aangegeven hoe de totale kosten van de sociale zekerheid in 1983 procentueel gezien verdeeld zijn over de verschillende onderdelen van de sociale zekerheid in de onderzochte landen. Bij de onderdelen ziekte, invaliditeit, arbeidsongevallen/beroepsziekten en moederschap gaat het zowel om uitkeringen als verstrekkingen.

Uit de tabel blijkt dat de verdeling van de totale kosten over de verschillende onderdelen van sociale zekerheid in de onderzochte landen nogal uiteen loopt. Zo is bijvoorbeeld in België 14,2 % van de totale kosten van sociale zekerheid afkomstig van werkloosheidsuitkeringen, terwijl dat percentage in het buurland Luxemburg slechts 3,1 is. In Engeland wordt ruim 40 % van de totale kosten van de sociale zekerheid besteed aan ouderdomspensioenen, terwijl dat in Ierland nog geen 25 % is.

Tabel 2.2 Procentuele verdeling van de totale kosten van sociale zekerheid over verschillende onderdelen, 1983

| | B | E | F | I | L | N | WD |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ziekte | 21,9 | 20,3 | 24,9 | 29,0 | 22,8 | 25,6 | 27,0 |
| invaliditeit | 8,9 | 8,8 | 5,6 | 6,7 | 16,6 | 18,5 | 8,4 |
| arbeidsongevallen/ beroepsziekten | 2,5 | 0,9 | 2,9 | 0,5 | 4,0 | a) | 3,0 |
| ouderdom | 27,0 | 40,5 | 34,0 | 24,9 | 26,7 | 27,0 | 29,8 |
| nabestaanden | 12,1 | 1,8 | 6,9 | 6,9 | 17,4 | 4,5 | 13,8 |
| bevallingen | 0,4 | 1,4 | 1,8 | 2,7 | 1,5 | 0,3 | 0,9 |
| gezinsbijslagen | 9,9 | 10,6 | 9,5 | 9,4 | 7,6 | 8,1 | 6,5 |
| werkloosheid | 14,2 | 10,1 | 9,8 | 13,1 | 3,1 | 12,7 | 7,1 |
| overige | 3,1 | 5,6 | 4,6 | 6,8 | 0,3 | 3,3 | 3,5 |
| totaal | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Bron: Eurostat, ESSOBS, zoals aangehaald in Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *Inkomsten – uitgaven ziekteverzekering*, Brussel, 1985.

a) Begrepen onder invaliditeit.

2.3 Gezondheidszorg

Alvorens over te gaan tot een gedetailleerde beschrijving per land van de sociale ziektekostenverzekering en van de problemen en voorgestelde oplossingen op het terrein van de gezondheidszorg worden in deze paragraaf enkele gegevens gepresenteerd, die een eerste indruk kunnen geven

van de gezondheidszorg in de betreffende landen en het mogelijk maken de betreffende landen tot op zekere hoogte te vergelijken¹.

2.3.1 De kosten van gezondheidszorg

In tabel 2.3 zijn de totale uitgaven voor gezondheidszorg in de onderzochte landen weergegeven voor verschillende jaren. Onder de totale uitgaven voor gezondheidszorg worden begrepen de "household final consumption on medical care and health expenses" plus "government final consumption on health".

De tabel laat zien dat in de onderzochte landen de absolute uitgaven ten behoeve van de gezondheidszorg in 1983 (respectievelijk 1982) tien tot dertig maal hoger zijn dan in 1960. In alle betrokken landen zijn de uitgaven voor gezondheidszorg sneller gestegen dan het bruto nationaal product. Dat is met name het geval in Frankrijk, Nederland en Zwitserland waar de percentages tussen 1960 en het begin van de jaren tachtig meer dan verdubbeld zijn.

Tabel 2.3 Totale uitgaven voor gezondheidszorg, absoluut (in miljoenen van de nationale munteenheid) en als percentage van het bruto nationaal product, 1960 – 1983

| | 1960 | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1983 |
|-----------------------|--------|--------|--------|---------|---------|------------|
| België | | | | | | |
| absoluut | 19.150 | 32.700 | 51.496 | 125.061 | 215.031 | 264.200 |
| % BNP | 3,4 | 3,9 | 4,1 | 5,5 | 6,3 | 6,5 |
| Engeland | | | | | | |
| absoluut | 1.010 | 1.458 | 2.323 | 5.877 | 13.268 | 18.547 |
| % BNP | 3,9 | 4,1 | 4,5 | 5,5 | 5,8 | 6,2 |
| Frankrijk | | | | | | |
| absoluut | 12.742 | 25.568 | 47.395 | 110.627 | 236.206 | 367.500 |
| % BNP | 4,3 | 5,3 | 6,1 | 7,6 | 8,5 | 9,3 |
| Ierland | | | | | | |
| absoluut | 25 | 42 | 90 | 291 | 800 | 1.180 |
| % BNP | 4,0 | 4,4 | 5,6 | 7,7 | 8,7 | 8,2 |
| Luxemburg | | | | | | |
| absoluut | .. | .. | 2.623 | 5.072 | 8.897 | 10.054 a) |
| % BNP | .. | .. | 4,9 | 5,9 | 6,6 | 6,5 |
| Nederland | | | | | | |
| absoluut | 1.731 | 3.154 | 7.255 | 16.969 | 27.815 | 33.066 |
| % BNP | 3,9 | 4,4 | 6,0 | 7,7 | 8,3 | 8,8 |
| West-Duitsland | | | | | | |
| absoluut | 14.530 | 23.520 | 34.190 | 83.400 | 119.380 | 130.710 a) |
| % BNP | 4,8 | 5,1 | 5,1 | 8,1 | 8,1 | 8,2 |
| Zwitserland | | | | | | |
| absoluut | 1.223 | 2.301 | 4.697 | 9.900 | 12.284 | 15.200 a) |
| % BNP | 3,3 | 3,8 | 5,2 | 7,1 | 7,2 | 7,8 |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

a) Betreft 1982.

De sterkste stijging vindt plaats in de periode 1970 – 1975, de periode waarin in alle weergegeven landen het percentage van het bruto nationaal product, dat aan gezondheidszorg besteed wordt, met één tot drie hele procenten stijgt. Een dergelijk sterke stijging doet zich in Nederland en Zwitserland ook in de daaraan voorafgaande periode, 1965 – 1970, voor.

¹ De betreffende gegevens zijn ontleend aan de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985, met name in verband met de vergelijkbaarheid van gegevens waaraan in deze publicatie veel aandacht besteed is.

Na 1975 wordt de stijging van het percentage wat minder sterk. Met name in West-Duitsland lijkt een stabilisatie op te treden. Ierland en (in mindere mate) Luxemburg zijn de eerste landen waar het percentage afneemt.

In 1983 wordt in Frankrijk het hoogste percentage van het bruto nationaal produkt aan gezondheidszorg besteed (9,3 %). Nederland komt met 8,8 % op de tweede plaats. Van de weergegeven landen geeft Engeland het laagste percentage (6,5) uit aan gezondheidszorg.

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de collectieve uitgaven ten behoeve van de gezondheidszorg. Onder collectieve uitgaven verstaat de OESO het totaal van de overheidsuitgaven ten behoeve van gezondheidszorg en de uitgaven in het kader van de sociale zekerheid ten behoeve van de gezondheidszorg.

Tabel 2.4 Collectieve uitgaven voor gezondheidszorg, absoluut (in miljoenen van de nationale munteenheid) en als percentage van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, 1960 – 1983

| | 1960 | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1983 |
|----------------|--------|--------|--------|---------|---------|-----------|
| België | | | | | | |
| absoluut | 11.800 | 24.629 | 44.777 | 101.210 | 187.873 | 243.800 |
| % | 62 | 75 | 87 | 81 | 87 | 92 |
| Engeland | | | | | | |
| absoluut | 861 | 1.274 | 2.020 | 5.308 | 11.909 | 16.402 |
| % | 81 | 85 | 87 | 90 | 90 | 88 |
| Frankrijk | | | | | | |
| absoluut | 7.361 | 17.414 | 33.964 | 79.892 | 169.974 | 261.800 |
| % | 58 | 68 | 72 | 72 | 72 | 71 |
| Luxemburg | | | | | | |
| absoluut | .. | .. | .. | 4.809 | 8.945 | 11.353 a) |
| % | .. | .. | .. | 95 | .. b) | .. b) |
| Nederland c) | | | | | | |
| absoluut | 576 | 2.166 | 6.113 | 12.974 | 21.761 | 26.070 |
| % | 33 | 69 | 84 | 76 | 78 | 79 |
| West-Duitsland | | | | | | |
| absoluut | 9.600 | 16.660 | 28.630 | 67.590 | 96.670 | 105.370 |
| % | 66 | 71 | 84 | 81 | 81 | 81 a) |
| Zwitserland | | | | | | |
| absoluut | .. | 1.400 | .. | 6.579 | 8.035 | .. |
| % | .. | 61 | .. | 66 | 65 | .. |

Bron: OESO, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

a) Betreft 1982.

b) Mogelijk als gevolg van het gebruik van verschillende bronnen door de OESO zijn de collectieve uitgaven in Luxemburg groter dan de totale uitgaven. De OESO geeft hiervoor geen verklaring.

c) De Nederlandse gegevens zijn inclusief uitgaven van de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars.

Hierbij moet het volgende worden opgemerkt: Wat de Nederlandse cijfers betreft heeft de definitie van collectieve uitgaven voor de gezondheidszorg, zoals die door de OESO wordt gehanteerd, tot gevolg dat de uitgaven ten behoeve van de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen tot de collectieve uitgaven gerekend worden. Hoewel deze uitgaven in Nederland over het algemeen tot de particuliere uitgaven gerekend worden, wordt terwille van de vergelijkbaarheid met andere landen in dit hoofdstuk de toerekeningsmethodiek van de OESO gehandhaafd.

Ondanks het feit dat de tabel enkele niet direct verklaarbare schommelingen laat zien van het aandeel van de collectieve uitgaven in het totaal van de uitgaven voor gezondheidszorg, is er over het geheel wel een tendens waar te nemen. In de landen waarover volledige gegevens beschikbaar zijn is te zien dat het aandeel van de collectieve uitgaven in het totaal van de uitgaven voor gezondheidszorg tussen 1960 en 1970 stijgt. Na 1970

vindt veelal een daling of stabilisering van het aandeel van de collectieve uitgaven plaats.

2.3.2 Schets van enkele ontwikkelingen

Uit de literatuur² zijn diverse factoren bekend, die een invloed uitoefenen op de kosten van de gezondheidszorg. Om een idee te geven van de snelheid waarmee en de omvang waarin ontwikkelingen in de gezondheidszorg plaats vinden wordt hier de ontwikkeling van enkele meer kwantitatieve factoren in de betrokken landen beschreven. Allereerst twee factoren die te maken hebben met de vraag naar gezondheidszorg.

Eén van die factoren kan een wijziging zijn in het *aantal mensen dat onder de sociale ziektekostenverzekering valt*. Hierbij moet echter onmiddellijk worden opgemerkt dat een wijziging hierin niet noodzakelijkerwijs hoeft te leiden tot een wijziging in de kosten. Verschillende aspecten spelen hierbij een rol, zoals eventuele consumptieverschillen, te betalen eigen bijdragen, aanvullende particuliere verzekeringen, etc. In tabel 2.5. is aangegeven hoeveel procent van de bevolking via een wettelijke ziektekostenverzekering is verzekerd tegen de kosten van ziekenhuisopname, inclusief de vrijwillig aangeslotenen. Hierbij moet opgemerkt worden dat in de tabel geen rekening wordt gehouden met eventuele dekkingsverschillen tussen de wettelijke ziektekostenverzekering en particuliere verzekeringen. Zo wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met eventueel te betalen eigen bijdragen.

Tabel 2.5 Percentage van de bevolking dat middels een wettelijke ziektekostenverzekering is verzekerd tegen de kosten van ziekenhuisopname, 1960 – 1983

| | 1960 | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1983 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
| België | 58 | 86 | 98 | 98 | 98 | 98 |
| Engeland | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Frankrijk | 85 | 88 | 96 | 98 | 100 | 100 |
| Ierland | 85 | 85 | 85 | 85 | 100 | 100 |
| Luxemburg | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Nederland a) | 73 | 72 | 69 | 69 | 68 | 67 |
| West-Duitsland | 86 | 87 | 93 | 95 | 95 | 95 |
| Zwitserland | 72 | 82 | 89 | 94 | 97 | 97 |

Bron: OESO, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

a) Sinds 1967 kent men in Nederland de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, waarmee de gehele bevolking verzekerd is tegen bijzondere ziektekosten, waaronder het verblijf langer dan één jaar in een instelling voor intramurale gezondheidszorg.

Een tweetal landen, Luxemburg en Engeland, had al in 1960 voor de gehele bevolking een wettelijke ziektekostenverzekering respectievelijk een nationale gezondheidsdienst. In de overige landen, met uitzondering van Nederland, heeft een uitbreiding van de wettelijke ziektekostenverzekering plaats gevonden naar 95 % of meer van de bevolking. Nederland is het enige land waar het percentage van de bevolking, dat via een sociale ziektekostenverzekering (wettelijk of vrijwillig) verzekerd is, in de betreffende periode is afgenomen. Na de wetswijziging van 1 april 1986 is dit percentage gedaald naar ongeveer 62.

² Bijvoorbeeld B. Abel-Smith en A. Maynard, *De organisatie, financiering en kosten van de gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap*, Brussel, 1978; de International Labour Organization, *Into the Twenty-First Century: the Development of Social Security*, Geneve, 1984; en de International Social Security Organization, *Improving Cost Effectiveness in Health Care*, Geneve, 1984.

Een belangrijke factor aan de vraagzijde wordt gevormd door demografische ontwikkelingen. Met name de veroudering van de bevolking wordt als een belangrijke kostenverhogende factor gezien. In Engeland is berekend dat een jaarlijkse toename van de uitgaven voor gezondheidszorg van iets meer dan een half procent nodig is om hetzelfde niveau van dienstverlening voor verschillende leeftijdsgroepen te kunnen handhaven³. Tabel 2.6 geeft een overzicht van de ontwikkeling van het percentage van de bevolking dat 65 jaar of ouder is in de afgelopen jaren alsmede een vooruitberekening voor het jaar 2000 voor verschillende in het onderzoek betrokken landen.

Tabel 2.6 Percentage van de bevolking dat 65 jaar of ouder is

| | 1960 | 1970 | 1980 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|
| België | 12,0 | 13,4 | 14,3 | 16,4 |
| Engeland | 11,7 | 12,8 | 14,8 | 15,2 |
| Frankrijk | 11,6 | 12,8 | 13,7 | 15,5 |
| Ierland | - | - | 11,1 | 9,6 |
| Luxemburg | 10,8 | 12,7 | 14,0 | 16,1 |
| Nederland | 9,0 | 10,2 | 11,5 | 14,5 |
| West-Duitsland | 10,9 | 13,3 | 15,0 | 17,0 |

Bron: United Nations *World Population Prospects – Estimates and Projections as Assessed in 1982*, New York, 1985.

Ontwikkelingen in het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen kunnen een grote invloed hebben op de kostenontwikkeling. Ter illustratie van ontwikkelingen in het aanbod worden in het navolgende de ontwikkeling van het aantal artsen (zowel huisartsen als specialisten) en van het aantal bedden in intramurale instellingen geschetst. Tabel 2.7 geeft een overzicht van de toename van het aantal actieve artsen in de verschillende landen.

³ B. Abel-Smith, *Curbing the Cost of Health Care*; lezing ter gelegenheid van het congres "The future of social security in the European community" van de Trans European Policy Studies Association, Brussel, 1985.

Tabel 2.7 Aantal actieve artsen per 10.000 inwoners, 1960 – 1983

| | | 1960 | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1983 |
|----------------|-------|------|------|---------|------|------|---------|
| België | abs | 12,4 | 14,3 | 15,6 | 18,9 | 24,9 | 27,0 b) |
| | index | 100 | 115 | 126 | 152 | 201 | 218 |
| Engeland | abs | .. | .. | 9,9 a) | 11,1 | 12,6 | .. |
| | index | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Frankrijk | abs | 9,8 | 11,3 | 12,8 | 15,4 | 19,4 | 21,7 |
| | index | 100 | 115 | 131 | 157 | 198 | 221 |
| Ierland | abs | 10,5 | 10,4 | 12,0 a) | 11,8 | .. | .. |
| | index | 100 | 99 | 114 | 112 | .. | .. |
| Luxemburg | abs | 10,1 | 10,2 | 11,3 | 12,6 | 17,1 | 17,1 |
| | index | 100 | 101 | 112 | 125 | 169 | 169 |
| Nederland | abs | 11,2 | 11,7 | 12,5 | 16,0 | 19,1 | 20,9 |
| | index | 100 | 104 | 112 | 143 | 171 | 187 |
| West-Duitsland | abs | 14,3 | 14,6 | 16,4 | 19,2 | 22,6 | 23,8 b) |
| | index | 100 | 102 | 115 | 134 | 158 | 166 |
| Zwitserland | abs | 10,5 | 10,3 | 10,7 | 12,4 | 15,1 | .. |
| | index | 100 | 98 | 102 | 118 | 144 | .. |

Bron: OESO, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

a) 1971 b) 1982

De tabel laat zien dat het aantal actieve artsen in alle landen sterk toeneemt. Voorop lopen België en Frankrijk, waar het aantal actieve artsen per 10.000 inwoners in twintig jaar tijd verdubbelt. In Zwitserland is de stijging het minst sterk: 44 % in twintig jaar tijd.

Als tweede factor is genoemd de ontwikkeling van het aantal bedden in instellingen voor intramurale gezondheidszorg, welke te zien is in tabel 2.8. De ontwikkeling van het aantal bedden per 1.000 inwoners is niet voor alle landen gelijk. Er zijn landen, zoals België en Frankrijk, waar het aantal bedden ook in de laatste jaren nog toeneemt. In andere landen, zoals West-Duitsland en Nederland, is vooral de laatste jaren een afname van het aantal bedden te zien. In Zwitserland bijvoorbeeld vindt de daling vooral tussen 1960 en 1970 plaats en is er de laatste jaren sprake van een betrekkelijk stabiele situatie. Het aantal bedden per 1.000 inwoners is in 1983 het laagst in België, waar het aantal overigens tot dat jaar het sterkst gestegen is. Het hoogste aantal bedden per 1.000 inwoners is te vinden in Luxemburg, waar, in ieder geval tot 1983, ook nog steeds een stijging plaats vindt.

Tabel 2.8 Aantal bedden in intramurale instellingen per 1.000 inwoners, 1960 – 1983

| | | 1960 | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1983 |
|----------------|-------|--------|--------|------|------|------|---------|
| België | abs | 6,1 | 6,4 | 8,3 | 8,9 | 9,4 | 9,5 a) |
| | index | 100 | 105 | 136 | 146 | 154 | 156 |
| Engeland | abs | 10,3 | 9,9 | 9,4 | 8,7 | 8,1 | .. |
| | index | 100 | 96 | 91 | 84 | 79 | .. |
| Frankrijk | abs | 9,6 b) | 9,8 c) | 10,4 | 10,4 | 11,1 | 11,6 |
| | index | 100 | 102 | 108 | 108 | 116 | 121 |
| Ierland | abs | .. | .. | 12,6 | 10,6 | 9,7 | .. |
| | index | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Luxemburg | abs | 11,9 | 12,4 | 12,6 | 11,6 | 12,8 | 13,0 |
| | index | 100 | 104 | 106 | 97 | 108 | 109 |
| Nederland | abs | 11,0 | 11,1 | 11,4 | 12,2 | 12,3 | 12,0 |
| | index | 100 | 101 | 104 | 111 | 112 | 109 |
| West-Duitsland | abs | 10,5 | 10,8 | 11,3 | 11,8 | 11,5 | 11,1 a) |
| | index | 100 | 103 | 108 | 112 | 110 | 106 |
| Zwitserland | abs | 12,6 | 12,1 | 11,2 | 11,3 | 11,3 | 11,5 a) |
| | index | 100 | 96 | 89 | 90 | 90 | 91 |

Bron: OESO, *Measuring Health Care, 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

a) 1982 b) 1962 c) 1967

3. NEDERLAND

3.1 De kosten van de gezondheidszorg

De ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg in Nederland is weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Nederland, 1960 – 1983

| jaar | kosten van gezondheidszorg in miljoenen guldens | als percentage van het bruto nationaal produkt |
|------|--|---|
| 1960 | 1.731 | 3,9 % |
| 1965 | 3.154 | 4,4 % |
| 1970 | 7.255 | 6,0 % |
| 1975 | 16.969 | 7,7 % |
| 1980 | 27.815 | 8,3 % |
| 1983 | 33.066 | 8,8 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

Nederland is een van de onderzochte landen waar de kosten van gezondheidszorg, uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal produkt, in ruim twintig jaar meer dan verdubbeld zijn. Met name in de periode 1965 – 1975 heeft een sterke stijging plaats gevonden. Toch is er ook tussen 1980 en 1983 nog sprake van een snellere groei van de kosten van gezondheidszorg dan van het bruto nationaal produkt. Van de onderzochte landen gaf Nederland na Frankrijk in de jaren 1982 / 1983 het hoogste percentage van het bruto nationaal produkt aan gezondheidszorg uit. Overigens wijzen recentere cijfers¹ er op dat het percentage van het bruto nationaal produkt, dat in Nederland aan gezondheidszorg besteed wordt, inmiddels licht gedaald is.

Tabel 3.2 laat zien hoe de kosten verdeeld zijn over de verschillende sectoren in de gezondheidszorg.

¹ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (FOGM) 1986* Den Haag, 1985.
De (definitieve) kosten in 1983 bedroegen 33.090 miljoen gulden, de (voorlopige) kosten in 1984 bedroegen 34.085 miljoen gulden ofwel 8,6 % van het bruto nationaal produkt.

Tabel 3.2 De kosten van gezondheidszorg naar verschillende sectoren, 1984

| sector | kosten in miljoenen guldens | kosten in procenten |
|---|--------------------------------|------------------------|
| intramurale gezondheidszorg | 20.093 | 59 % |
| specialistische hulp | 1.953 | 6 % |
| geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen | 3.480 | 10 % |
| extramurale gezondheidszorg | 5.465 | 16 % |
| collectieve preventieve zorg | 755 | 2 % |
| beleid, administratie, beheer, ambulancediensten en overige gezondheidszorg | 2.339 | 7 % |
| totaal | 34.085 | 100 % |

Bron: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn 1986*, Den Haag, 1985.

3.2 De financiering van de gezondheidszorg

Volgens het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn 1986 was de directe financiering van de gezondheidszorg in 1984 als volgt over de verschillende bronnen verdeeld:

43,0 % via de ziekenfondsverzekeringen
27,6 % via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
24,0 % uit particuliere bijdragen en verzekeringen
4,4 % uit subsidies van de overheid
1,0 % overige

Hierbij zijn de publiekrechtelijke verzekeringen begrepen onder de particuliere verzekeringen; "overige" betreft nog te verrekenen kosten, waarvan ongeveer 0,8 % nog ten laste van de sociale ziektekostenverzekering zal gaan komen.

Van de totale kosten van gezondheidszorg werd 70 % gefinancierd via de sociale verzekeringen, te weten de ziekenfondsverzekeringen en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Tien jaar eerder, in 1974, was de verdeling als volgt²:

42,0 % via de ziekenfondsverzekeringen
22,8 % via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
27,6 % uit particuliere bijdragen en verzekeringen
6,6 % uit subsidies van de overheid
1,0 % overige

Een vergelijking van beide jaren laat zien dat er geen grote wijzigingen zijn opgetreden in de directe financiering. In 1984 is het aandeel van de sociale ziektekostenverzekeringen (ziekenfondsverzekering en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) ongeveer 6 % hoger dan in 1974. Dit ging ten gunste van de particuliere bijdragen en verzekeringen, die circa 4 % minder werden, en de subsidies van de overheid, die met 2 % omlaag gingen.

De uiteindelijke financiering geeft een iets ander beeld. In 1984 werd 88,6 % van de kosten gefinancierd door gezinnen, 10,6 % door de over-

² Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (FOGM) 1981*, Den Haag, 1981.

heid en 0,8 % door bedrijven³. Hierbij moet opgemerkt worden dat de door de werkgevers betaalde premiebijdragen tot de financiering door gezinnen gerekend wordt. In 1974 was de verdeling: 83,4 % door gezinnen, 15,0 % door de overheid en 1,6 % door bedrijven⁴.

Uit een vergelijking van deze cijfers blijkt dat de uiteindelijke bijdrage van de overheid in de kosten van de gezondheidszorg beduidend sterker is teruggelopen dan het geval is bij de rechtstreekse financiering. Ook het aandeel van bedrijven is afgenomen en wel met de helft. Dat betekent dat in 1984 een aanzienlijk groter deel van de kosten van gezondheidszorg uiteindelijk door de gezinnen wordt gefinancierd dan in 1974 het geval was.

3.3 De sociale ziektekostenverzekering

3.3.1 De organisatie

De sociale ziektekostenverzekering in Nederland bestaat uit twee onderdelen, die hiervoor al genoemd werden: de (wettelijke) ziekenfondsverzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De verstrekkingenpakketten van deze twee onderdelen vormen een aanvulling op elkaar (zie paragraaf 3.3.3.). De verzekeringen verschillen op een aantal andere wezenlijke punten, zoals verzekerde personen en uitvoeringsorganisaties, sterk van elkaar.

Het oudste van de twee genoemde onderdelen is de wettelijke ziekenfondsverzekering. Deze wordt uitgevoerd door 49 ziekenfondsen met als overkoepelend orgaan de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. De ziekenfondsen staan onder toezicht van de Ziekenfondsraad. Deze Raad heeft als belangrijkste taken het toezicht houden op beheer en administratie door de ziekenfondsen, het adviseren van de overheid i.c. de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, alsmede het beheren van de Algemene Kas, waarin de premiebijdragen van de verzekerden worden gestort welke jaarlijks naar de ziekenfondsen worden doorgesluisd. De Raad bestaat uit door de overheid aangewezen leden en uit vertegenwoordigers van werknemers, werkgevers, ziekenfondsen en hulpverleners c.q. hulpverlenende instellingen.

Verzekerd via het ziekenfonds zijn de volgende groepen: werknemers met een inkomen dat lager is dan de loongrens (per 1-1-1986 f 48.500 per jaar), bejaarden die voorafgaand aan het bereiken van de 65-jarige leeftijd verplicht bij een ziekenfonds verzekerd waren en uitkeringsgerechtigden, waarbij voor de laatste groep een aantal categorieën ontheffing kan krijgen van de verplichting tot verzekering bij een inkomen boven de loongrens. Gratis medeverzekerd zijn echtgeno(o)t(e) indien de (hoofd)verzekerde kostwinner is, kinderen tot 16 jaar en bepaalde groepen kinderen boven 16 jaar (bijvoorbeeld scholieren). Momenteel is ongeveer 62 % van de bevolking via het ziekenfonds verzekerd.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt uitgevoerd door verschillende soorten organisaties, te weten de ziekenfondsen, de door de overheid als verzekeringsinstelling toegelaten (particuliere) ziektekostenverzekeraars en uitvoeringsorganisaties van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Deze organisaties (in 1984 waren dat er 151) kunnen een ziekenfonds als regionaal verbindingskantoor kiezen, dat zorg draagt voor de betaling van verstrekkingen. Ook wat betreft dit onderdeel

³ Voorlopige cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

⁴ Centraal Bureau voor de Statistiek, *Statistisch Zakboek 1977*, Voorburg, 1977.

van de sociale ziektekostenverzekeringen fungeert de Ziekenfondsraad als toezichhoudend orgaan.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is een volksverzekering, dat wil zeggen dat in principe elke ingezetene van Nederland tegen bijzondere ziektekosten verzekerd is.

3.3.2 *De financiering*

Na de zogenoemde "kleine stelselwijziging" per 1 april 1986, waarbij de vrijwillige en de bejaarden-ziekenfondsverzekering werden opgeheven en de kring van verzekerden in de verplichte ziekenfondsverzekering enigszins werd uitgebreid, is ook de financieringswijze van de ziekenfondsverzekering gewijzigd. Momenteel is nog niet geheel duidelijk hoe de aandelen van de verschillende financieringsbronnen zich ten opzichte van elkaar zullen gaan verhouden. De volgende beschrijving is gebaseerd op schattingen van de Ziekenfondsraad en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.

Ongeveer 86 % van de kosten van de ziekenfondsverzekering wordt gefinancierd uit verzekeringspremies. De premie, welke in 1986 9,6 % bedroeg, wordt voor de helft door de (hoofd)verzekerde zelf en voor de helft door de werkgever c.q. de uitkerende instantie betaald. Bejaarde verzekerden en vervroegd gepensioneerde verzekerden zijn een premie van 2,9 % verschuldigd welke wordt ingehouden door de uitkerende instantie. Medeverzekerden betalen geen premie. De hoogte van de premie, de loongrens en de premie-inkomensgrens worden vastgesteld door de overheid op advies van de Ziekenfondsraad.

Circa 13 % van de kosten zal gefinancierd worden uit bijdragen van de overheid. Tenslotte zal ongeveer 1 % gefinancierd worden door het uitvoeringsorgaan van de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden. Deze wet is bedoeld om de financiële gevolgen van de oververtegenwoordiging van oudere ziekenfondsverzekerden te verhalen op de particuliere ziektekostenverzekeraars. De wet wordt nader beschreven in paragraaf 3.6.

De kosten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten werden in 1984 als volgt gefinancierd:

86,6 % via premiebijdragen
2,7 % via bijdragen van de overheid
10,3 % door eigen bijdragen van verzekerden
0,4 % overige (onder meer rente-inkomsten).

Momenteel bedraagt de te betalen premie 4,25 %. De premie komt voor rekening van de werkgever respectievelijk de uitvoeringsorganisaties van de sociale verzekeringen; zelfstandigen betalen de premie zelf. De hoogte van de premie en de premie-inkomensgrens (welke per 1-1-1986 f 63.750,- bedraagt) worden vastgesteld door de overheid op advies van de Ziekenfondsraad. De door verzekerden te betalen eigen bijdragen komen in de volgende paragraaf aan de orde.

3.3.3 *Het verstrekkingspakket*

Zoals al eerder werd gesteld, vormen de verstrekkingspakketten van de twee sociale ziektekostenverzekeringen in Nederland een aanvulling op elkaar. Het verschil tussen beide is gelegen in de zwaarte van de risico's die gedekt worden. Beide verstrekkingspakketten worden vastgesteld door de overheid.

In de verplichte ziekenfondsverzekering bestaat het verstrekkingenpakket uit: huisartsenhulp, farmaceutische hulp, specialistische hulp, tandheelkundige hulp, verloskundige hulp, ziekenhuisverpleging, paramedische hulp, kunst- en hulpmiddelen, ziekenvervoer, psychiatrische dag- of nachtbehandeling, revalidatiedagbehandeling, sanatoriumverpleging, kraamzorg.

Voor wat betreft verpleging in een ziekenhuis geldt een beperking in tijdsduur van de verstrekking. Verpleging wordt door het ziekenfonds vergoed over een aaneengesloten periode van ten hoogste 365 dagen.

Het verstrekkingenpakket is in principe een pakket in natura. Voor een aantal verstrekkingen is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd. Het betreft de volgende verstrekkingen. Bij farmaceutische hulp moet per voorgeschreven geneesmiddel een eigen bijdrage van f 2,50 betaald worden tot een maximum van f 125,- per jaar per hoofdverzekerde. Bij tandheelkundige hulp moeten met name nadat de verzekerde de leeftijd van negentien jaar bereikt heeft, afhankelijk van de soort behandeling, eigen bijdragen betaald worden. Voorts moeten verzekerden tot op zekere hoogte zelf bijdragen in de kosten van kunst- en hulpmiddelen (de hoogte is afhankelijk van het middel), ziekenvervoer (maximaal f 115,- per jaar) en kraamzorg (de eigen bijdrage is afhankelijk van de soort kraamzorg).

De uitgaven in het kader van de ziekenfondsverzekeringen in 1984 zijn opgenomen in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Uitgaven in het kader van de totale ziekenfondsverzekering naar verstrekking, 1984

| verstrekking | kosten (x 1.000,-) | in procenten |
|---------------------------------|--------------------|--------------|
| huisartsenhulp | 984.556 | 6,7 |
| farmaceutische hulp | 1.753.930 | 12,0 |
| specialistische hulp | 2.188.467 | 15,0 |
| tandheelkundige hulp | 772.424 | 5,3 |
| verloskundige hulp | 60.113 | 0,4 |
| ziekenhuisverpleging | 6.692.901 | 45,8 |
| paramedische hulp | 655.653 | 4,5 |
| kunst- en hulpmiddelen | 197.207 | 1,4 |
| ziekenvervoer | 271.487 | 1,9 |
| dag- of nachtbehandeling | 115.909 | 0,8 |
| sanatoriumverpleging | 2.078 | 0,0 |
| kraamzorg | 163.451 | 1,1 |
| overige verstrekkingen | 11.399 | 0,1 |
| verrekeningen oude jaren | - 1.491 | - 0,0 |
| beheerskosten ziekenfondsen | 685.522 | 4,7 |
| heffing en inning premie | 23.986 | 0,2 |
| Ziekenfondsraad en secretariaat | 20.384 | 0,1 |
| bijzondere kosten | - 26.115 | - 0,2 |
| saldo buitenland | 19.037 | 0,1 |
| overige | 746.894 | 5,1 |
| totaal | 14.602.938 | 100,0 |

Bron: Ziekenfondsraad, *Financieel Jaarverslag 1984*, Amstelveen, 1985.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is met name bedoeld om zware, onverzekerbare risico's te dekken zoals langdurige verpleging en behandeling in een instelling voor intramurale gezondheidszorg. Het verstrekkingenpakket omvat onder meer opneming en verblijf in de volgende instellingen:

- inrichtingen voor zwakzinnigen, blinden en slechtienden en doven en slechthorenden
- verpleeginrichtingen voor somatische en/of psycho-geriatrische patiënten

- psychiatrische ziekenhuizen
- overige ziekenhuizen (vanaf 365 dagen, i.c. aansluitend op de ziekenfondsverstrekking)
- medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven
- dagverblijven voor gehandicapten
- gezinsvervangende tehuizen

Voorts omvat het verstrekkingenpakket onder meer kruiswerk, hulp door een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, vaccinatieprogramma's en dergelijke.

Verzekerden van 18 jaar en ouder, die ten laste van de AWBZ in een instelling verblijven, zijn na een verblijf van zes maanden een eigen bijdrage verschuldigd. De eigen bijdrage is afhankelijk van de burgerlijke staat van de verzekerde. De ongehuwde verzekerde en de gehuwde mannelijke verzekerde van wie de echtgenote ook in een AWBZ-inrichting verblijft zijn een eigen bijdrage verschuldigd, die inkomensafhankelijk is en momenteel maximaal f 1.350,- per maand bedraagt. De gehuwde verzekerde wiens echtgeno(o)t(e) niet in een AWBZ-inrichting verblijft is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van f 180,- per maand verschuldigd.

Voor wat betreft verstrekkingen in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn de uitgaven in 1984 weergegeven in tabel 3.4.

Tabel 3.4 Uitgaven in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 1984

| verstrekking | kosten (x 1.000,-) | in procenten |
|---|--------------------|--------------|
| inrichtingen | | |
| . zwakzinnigen | 2.024.131 | 22,4 |
| . blinden en slechtzienden | 28.221 | 0,3 |
| . doven en slechthorenden | 47.136 | 0,5 |
| verpleeginrichtingen voor | | |
| . somatisch zieken | 1.114.423 | 12,3 |
| . psycho-geriatrische patienten | 811.910 | 9,0 |
| . gekombineerd | 1.499.451 | 16,6 |
| psychiatrische ziekenhuizen | 1.205.047 | 13,3 |
| overige ziekenhuizen | 140.047 | 1,5 |
| tehuizen (niet-erkend) | 100.781 | 1,1 |
| medische kindertehuizen | 42.135 | 0,5 |
| medische kleuterdagverblijven | 82.371 | 0,9 |
| Het Dorp | 27.567 | 0,3 |
| dagverblijven voor gehandicapten | 367.153 | 4,1 |
| gezinsvervangende tehuizen | 455.956 | 5,0 |
| dagbehandeling in verpleeg- inrichtingen | 64.877 | 0,7 |
| justitiepatienten | 102.472 | 1,1 |
| kruiswerk | 527.404 | 5,8 |
| RIAGG | 372.042 | 4,1 |
| vaccinatie en PKU/CHT-onderzoek | 24.106 | 0,3 |
| tandheeskundige hulp in AWBZ- inrichtingen | 7.266 | 0,1 |
| totaal | 9.044.496 | 100,0 |

Bron: Ziekenfondsraad, *Financieel Jaarverslag 1984*, Amstelveen, 1985.

3.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

Doordat 62 % van de Nederlandse bevolking via het ziekenfonds is verzekerd tegen ziektekosten, is er betrekkelijk veel ruimte voor particuliere verzekeringen binnen het financieringssysteem van de gezondheidszorg. Zoals al eerder werd gesteld wordt ongeveer 24 % van de totale

kosten van de gezondheidszorg gefinancierd door middel van particuliere bijdragen en verzekeringen. Particuliere bijdragen betreffen dan vooral de door particuliere verzekerden te betalen eigen risico's.

Ook in Nederland wordt een onderscheid gemaakt tussen profit en non-profit ziektekostenverzekeringen. Een belangrijke groep non-profit ziektekostenverzekeraars wordt gevormd door de zogenoemde "bovenbouwmaatschappijen". Dat zijn particuliere maatschappijen, opgericht door en ondergebracht bij ziekenfondsen ten behoeve van mensen die bij overschrijding van de loongrens de ziekenfondsverzekering dienen te verlaten.

Men heeft op de particuliere markt een ruime keuze uit een groot aantal verzekeringen en een groot aantal mogelijkheden met betrekking tot de hoogte van een eigen risico en de samenstelling van het verzekerde pakket. De particuliere markt is, met name als gevolg van de "kleine stelselwijziging", aan regelgeving onderworpen. Per 1 april 1986 is de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) van kracht, waarin regelgeving betreffende een acceptatieplicht, gekoppeld aan een standaardpakket, en een verbod op leeftijdstoelagen is opgenomen. De acceptatieplicht betreft alle ingezetenen die voorheen verzekerd waren in het kader van de Ziekenfondswet of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling danwel nog niet verzekerd waren. De acceptatieplicht is uitsluitend gekoppeld aan een standaardpakket, dat in grote lijnen overeenkomt met het verstrekkingspakket van de ziekenfondsverzekering, tegen een standaardpremie. Zowel de samenstelling van het pakket als de maximum premie worden wettelijk vastgesteld. Voor wat betreft het genoemde standaardpakket mogen geen leeftijdstoelagen geheven worden. Dit laatste geldt evenwel niet voor ingezetenen die voorheen niet verzekerd waren.

Voorts zijn twee wetten van kracht geworden, die ten doel hebben leeftijdsafhankelijke premiedifferentiatie tegen te gaan. Het gaat om de Wet Interne Lastenverevening Particuliere Ziektekostenverzekeringsbedrijf (ILPZ), die voorziet in een verevening van de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de particuliere ziektekostenverzekeraars onderling, en de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ), waarmee de uitgaven in de verplichte ziekenfondsverzekering voorzover die het gevolg zijn van de oververtegenwoordiging van bejaarden ten laste worden gebracht van de gezamenlijke overige ziektekostenverzekeraars.

3.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen

De voortdurende stijging van de kosten van gezondheidszorg wordt als het hoofdprobleem aangeduid. Hoewel ook in Nederland de veroudering van de bevolking, het grote aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen, de groei van de medische technologie als belangrijke oorzaken voor deze kostenstijging en daarmee als deelproblemen gezien worden, ligt de nadruk vooral op problemen met betrekking tot de financiering van de kosten van gezondheidszorg.

Een belangrijke oorzaak voor deze nadruk op de financieringsproblematiek is gelegen in maatregelen van de overheid. In pogingen de gevolgen van de economische recessie te bestrijden streeft de overheid naar een verkleining van het financieringstekort en naar een lastenverlichting voor het bedrijfsleven. Dit gebeurt vooral door middel van bezuinigingen op de collectieve lasten, waartoe ook de kosten in het kader van de sociale verzekeringen gerekend worden. Benadrukt moet worden dat het in feite niet gaat om een vermindering van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, maar om verschuivingen van de collectieve naar de particuliere sector.

De meest recente maatregel in dit kader, de "kleine stelselwijziging" (waarover meer in paragraaf 3.6), zal voorlopig niet de laatste zijn. De regering heeft bij verschillende daarvoor in aanmerking komende instanties een adviesaanvraag gedaan inzake een herstructurering van de ziekenfondsverzekering. Door de ziekenfondsen wordt gesteld dat deze herstructurering niet aangegrepen mag worden voor verdere bezuinigingen in de collectieve sector, bijvoorbeeld door een verdere beperking van de kring van verzekerden.

In het regeerakkoord 1986 wordt een verdere bezuiniging van 1,2 miljard gulden voorgesteld. Hiervan dient ongeveer 600 miljoen gulden gerealiseerd te worden door een vermindering van de kosten. De overige 600 miljoen gulden moeten bezuinigd worden binnen de sociale ziektekostenverzekeringen door middel van privatisering.

De problemen, zoals die door de ziekenfondsen gesignaleerd worden, hebben betrekking op de volgende punten.

De overheidsbijdragen aan de ziekenfondsverzekering "oude stijl" en aan de AWBZ zijn in de afgelopen jaren sterk verminderd. Het aandeel de overheidsbijdrage in de totale inkomsten van de ziekenfondsverzekering is gedaald van 17,1 % in 1980 naar 12,4 % in 1984. De verwachting is dat de overheidsbijdrage in de kosten van de ziekenfondsverzekering na de "kleine stelselwijziging" niet hoger zal zijn dan 13 %. Het aandeel van de overheidsbijdrage in de inkomsten van de AWBZ is tussen 1980 en 1984 gedaald van 22,7 % naar 2,7 %.

Hoewel de financiële inbreng van de overheid in de sociale ziektekostenverzekeringen sterk is afgenomen, is daarentegen de regulering door de overheid sterk toegenomen. Het pakket en de premie van de sociale ziektekostenverzekeringen werden vanouds al door de overheid vastgesteld, waarbij de invloed van verzekerden praktisch nihil is. De toenemende overheidsregulering op het gebied van tarieven en overeenkomsten, waarbij de financiers lang niet altijd betrokken worden, verzwakt nu ook de onderhandelingspositie van de ziekenfondsen in dit opzicht. De ongedifferentieerdheid van een centrale aanpak lijkt over het algemeen weinig effectief te zijn en geeft bovendien weinig ruimte voor invloed vanuit het veld.

Een en ander leidt er toe dat de ziekenfondsen steeds minder mogelijkheden hebben om invloed uit te oefenen op de kosten van de gezondheidszorg. Integendeel, de vrees bestaat dat de ziekenfondsen steeds meer als pure uitvoeringsorganisaties zullen gaan functioneren; er is weinig ruimte meer voor eigen beleid en eigen verantwoordelijkheid.

Een tweede belangrijk probleem is het huidige honoreringssysteem, dat economisch handelen door de hulpverleners c.q. hulpverlenende instellingen niet stimuleert. In feite bevat het systeem met name voor huisartsen en specialisten prikkels om te verwijzen en om onderzoek en behandeling te maximaliseren. Voorts werden de in het verleden minder economisch functionerende intramurale instellingen door het systeem van budgettering tot op heden in feite beloofd voor dat functioneren.

Een gebrek aan concurrentie tussen hulpverleners c.q. hulpverlenende instellingen, als gevolg van de Wet Tarieven Gezondheidszorg en als gevolg van het plannings- en vestigingsbeleid en de contracteerplicht van ziekenfondsen, leidt tot hogere tarieven dan strikt noodzakelijk, tarieven die bovendien geen indicatie vormen voor al dan niet doelmatig handelen.

Ten aanzien van het toenemende gebruik van voorzieningen wordt regelmatig de vraag gesteld of er geen sprake is van "overconsumptie", mede als gevolg van het feit dat het stelsel weinig prikkels bevat voor doelmatig gebruik. In principe behoeft de verzekerde in het geheel geen afweging te maken tussen kosten en baten, hetgeen het kostenbewustzijn van de verzekerde niet doet toenemen. Een complicerende factor hierbij is dat de al bestaande oververtegenwoordiging van ongunstige risico's in

de ziekenfondsverzekering na de kleine stelselwijziging nog toegenomen is.

3.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

In pogingen de hiervoor geschetste problemen op te lossen of in ieder geval te minimaliseren, zijn in de afgelopen jaren verschillende maatregelen genomen door zowel de overheid als de ziekenfondsen. De belangrijkste worden hier gememoreerd.

In 1982 werd voor de eerste keer door de overheid gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de ziekenfondsen ontheffing te verlenen van de verplichting om met bepaalde categorieën hulpverlenende personen en instellingen overeenkomsten af te sluiten. Het betrof in dit geval fysiotherapeuten. In 1984 werd een dergelijke ontheffing ook verleend ten aanzien van tandartsen.

In 1982 werd een zogeheten "negatieve lijst" voor geneesmiddelen ingevoerd: een aantal geneesmiddelen kwam op economische en/of farmacotherapeutische gronden niet langer voor vergoeding door het ziekenfonds in aanmerking.

Tenslotte werd in dit jaar een stelsel van omzetsdegressie voor specialisten van kracht: boven een bepaalde omzet aan verrichtingen wordt een degressief tarief gehanteerd.

1983 was het jaar van de eigen bijdragen en de budgettering. Voor geneesmiddelen werd een eigen bijdrage van f 2,50 per voorschrift tot een maximum van f 125,- per hoofdverzekerde per jaar ingevoerd. Voorts werd de maximum eigen bijdrage voor verpleging en behandeling in het kader van de AWBZ verhoogd van f 928,- naar f 1.350,- per maand.

In dit jaar werd tevens begonnen met een budgetteringsbeleid voor algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Deze budgettering werd in 1984 uitgebreid tot praktisch de gehele intramurale sector. De budgetten werden in principe gebaseerd op de zogenoemde "aanvaardbare" kosten in 1982, waarbij voor wat betreft de algemene ziekenhuizen rekening gehouden wordt met productie-afspraken tussen ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars. Met behulp van de budgettering werden bezuinigingen in de intramurale sector ingevoerd.

Inmiddels is voor het eerst ook een vorm van budgettering buiten de intramurale sector ingevoerd. Het betreft de tandheelkundige zorg aan jeugdige ziekenfondsverzekerden, waarvoor in overleg tussen ziekenfondsen en tandartsen eveneens een jaarlijks budget is vastgesteld. Ook voor de ziekenfondsen zelf is met ingang van 1984 een vorm van budgettering ingevoerd en wel met betrekking tot de beheerskosten.

De meest recente en ingrijpende maatregel betreft de zogenoemde "kleine stelselwijziging" per 1 april 1986. In dit kader werden twee onderdelen van de ziekenfondsverzekering, te weten de vrijwillige en de bejaardenverzekering, opgeheven.

De bejaarden die voor 1 april via de bejaardenverzekering ziekenfondsverzekerd waren, zijn vanaf 1 april overgeheveld naar de verplichte ziekenfondsverzekering. Degenen die na 1 april 65 jaar worden, blijven verzekerd in de ziektekostenverzekering, waarin zij voor hun 65ste jaar verzekerd waren. Voor de verplichte ziekenfondsverzekering wordt daarbij de voorwaarde gesteld dat men in de voorafgaande vijf jaar tenminste drie jaar verplicht verzekerd is geweest. Na opheffing van de vrijwillige verzekering zijn gehuwde vrijwillig verzekerde bejaarden met recht op premiereductie en groepen uitkeringsgerechtigden naar de verplichte verzekering overgegaan. De resterende vrijwillig verzekerden (bejaarden

zonder recht op premiereductie, ambtenaren en zelfstandigen) zijn aangewezen op de particuliere markt.

De verplichte ziekenfondsverzekering omvat nu werknemers met een jaarloon beneden f 48.500,- (de loongrens), ex-bejaard verzekerden, ex-vrijwillig verzekerde premie-reductiegerechtigde bejaarden en uitkeringsgerechtigden.

Vanwege het feit dat de verplichte ziekenfondsverzekering een oververtegenwoordiging van bejaarde verzekerden kent in vergelijking met de opbouw van de Nederlandse bevolking is de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekering (MOOZ) van kracht geworden. Deze wet maakt het mogelijk de financiële gevolgen van de oververtegenwoordiging te verhalen op de particuliere ziektekostenverzekeraars via een omslagstelsel, waarbij de financiële gevolgen worden doorberekend aan de verzekerden.

Voor ziekenfondsverzekerden, die als gevolg van de kleine stelselwijziging aangewezen zijn op een particuliere ziektekostenverzekering, is wettelijk vastgelegd dat particuliere verzekeraars hen op verzoek een ziektekostenverzekering moeten aanbieden waarvan het pakket alsmede de maximum te betalen premiebijdrage door de overheid zijn vastgesteld (de zogenoemde standaardpolis).

3.7 Mogelijke oplossingen

Uit het regeerakkoord, dat werd gesloten voor de periode 1986 – 1990, blijkt dat er in de komende vier jaar (dat wil zeggen tot 1990) 1,2 miljard gulden bezuinigd zal moeten worden op de gezondheidszorg. Hoewel de bezuinigingsvoorstellen nog niet concreet uitgewerkt zijn (er is een commissie geïnstalleerd, die moet adviseren over de structuur en de financiering van de gezondheidszorg alsmede over de mogelijkheden tot bezuinigingen), is wel ongeveer bekend in welke richting de bezuinigingen door de overheid gezocht zullen worden.

Ongeveer de helft van het genoemde bedrag zal moeten bestaan uit directe bezuinigingen zoals het verlagen van specialisteninkomens en het korten op budgetten van instellingen voor intramurale gezondheidszorg. De andere helft zal gezocht worden in opnieuw een verschuiving van de collectieve lasten naar de particuliere sector. Het zal dan met name gaan om de introductie van een eigen risico en/of eigen bijdragen (bijvoorbeeld voor een verwijskaart naar de specialist) of bijvoorbeeld een inkringing van het verstrekkingspakket. Al eerder is de mogelijkheid genoemd dat de overheid de overwogen herstructurering van de verplichte ziekenfondsverzekering zal aangrijpen voor een verdere verlaging van de collectieve lasten door de kring van verzekerden te beperken.

De ziekenfondsen zoeken de oplossingen in een iets andere richting. Zij gaan uit van het zoveel mogelijk handhaven van de huidige kring van verzekerden. De oplossingen zouden meer gezocht moeten worden in de richting van een meer marktgeoriënteerde benadering om het kosteneffectief handelen van zowel verzekerden, hulpverlening als ziekenfondsen te stimuleren.

Concrete voorstellen in deze richting worden gedaan in de nota "Het ziekenfonds op eigen benen", een discussienota van de VNZ over het stelsel van ziektekostenverzekeringen⁵. De belangrijkste punten worden hier genoemd.

⁵ *Het ziekenfonds op eigen benen*. Een discussienota vanuit het secretariaat van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist 1986.

Het huidige verstrekkingenpakket zou een breed basispakket moeten worden met een over de verstrekkingen gespreid stelsel van eigen bijdragen. Deze eigen bijdragen, tesamen met eventueel uit het basispakket geschoonde "franje", zouden in een aanvullingsfonds, op in principe vrijwillige basis, verzekerd kunnen worden.

Om het doelmatig handelen van ziekenfondsen te stimuleren zou de financiële zelfstandigheid van ziekenfondsen vergroot moeten worden met in het verlengde daarvan een competitie-element. Dit geeft de verzekerden de mogelijkheid te kiezen in zaken als dienstverlening, pakket en premie.

Een en ander zou bereikt kunnen worden via een budgettering van de uitgaven, waarbij gewerkt zou moeten worden met een soort risico-afhankelijke bijdrage (naar draagkracht) van de verzekerde. De budgettering van de uitgaven voor het basispakket zou moeten geschieden via de Algemene Kas. Voor wat betreft de aanvullende verzekering zou sprake moeten zijn van een rechtstreekse relatie met de verzekerde, die voor de verstrekkingen in de aanvullende verzekering een nominale premie zou moeten betalen. Tekorten of overschotten in de basisverzekering zouden tot uitdrukking moeten komen in de hoogte van de premie voor de aanvullende verzekering.

De huidige kring van verzekerden in de verplichte ziekenfondsverzekering zou in principe gehandhaafd moeten worden. De lastenverdeling van de premie over werknemer en werkgever blijft in principe gehandhaafd. De eventuele verlaging van de procentuele premie voor het basispakket komt geheel ten goede aan de werknemer, die zelf de eventuele eigen bijdragen of de premie voor de aanvullende verzekering betaalt.

Door de contracteerplicht van ziekenfondsen op te heffen, zullen de ziekenfondsen beter afspraken kunnen maken over prestatie en prijs met de aanbieders van zorg. De Wet Tarieven Gezondheidszorg zou dan nog slechts globale richtlijnen moeten aangeven en zich beperken tot marginale toetsing voor wat betreft de hoofdverzekering en de AWBZ.

4. BELGIË

4.1 De kosten van de gezondheidszorg

De ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg in België is weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in België, 1960 - 1983

| jaar | kosten van de gezondheidszorg in miljoenen Bfrs. | als percentage van het bruto nationaal produkt |
|------|---|---|
| 1960 | 19.150 | 3,4 % |
| 1965 | 32.700 | 3,9 % |
| 1970 | 51.496 | 4,1 % |
| 1975 | 125.061 | 5,5 % |
| 1980 | 215.031 | 6,3 % |
| 1983 | 264.200 | 6,5 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 - 1983*, Parijs, 1985

Een recent onderzoek van Kesenne toont evenwel aan dat de werkelijke kosten van gezondheidszorg in België hoger zijn: in de publicatie van de OESO zijn de kosten, die gefinancierd worden door provinciale en gemeentelijke overheden, voor een groot deel buiten beschouwing gelaten¹. Kesenne komt in dit onderzoek voor wat het jaar 1980 betreft op een bedrag van 262.280 miljoen Belgische franken, ofwel 7,5 % van het bruto nationaal produkt.

Tabel 4.2 laat zien hoe deze kosten zijn verdeeld over de verschillende sectoren van de gezondheidszorg.

Tabel 4.2 De kosten van de gezondheidszorg naar verschillende sectoren in 1980

| sectoren | kosten in miljoenen Bfr | kosten in procenten |
|--|----------------------------|------------------------|
| intramuraal | 79.950 | 30 % |
| specialistische hulp | 48.660 | 19 % |
| geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen | 46.420 | 18 % |
| extramuraal | 40.830 | 15 % |
| collectieve preventie | 20.750 | 8 % |
| overige kosten | 25.680 | 10 % |
| totaal | 262.280 | 100 % |

Bron: J. Heesters en J. Kesenne, "Financiering van de gezondheidszorg in Nederland en België" in: R.F. Peeters, F.C.J. Stevens en J. van der Zee (red.), *Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit*, Deventer, 1985.

¹ Bron: J. Heesters en J. Kesenne, "Financiering van de gezondheidszorg in Nederland en België" in: R.F. Peeters, F.C.J. Stevens en J. van der Zee (red.), *Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit*, Deventer 1985.

4.2 De financiering van de gezondheidszorg

In 1980 werden de kosten van de gezondheidszorg als volgt gefinancierd ²:

- 57 % via de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering
- 25 % uit rechtstreekse bijdragen van centrale en lagere overheden
- 18 % uit eigen bijdragen van verzekerden en via aanvullende verzekeringen

De overheid draagt ook op indirecte wijze bij aan de kosten van de gezondheidszorg door subsidies aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering (zie paragraaf 4.3.2).

De wettelijk verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering is in loop der jaren dusdanig uitgebreid dat vanaf 1970 praktisch de gehele bevolking verplicht verzekerd is.

4.3 De sociale ziektekostenverzekering

4.3.1 De organisatie

De wettelijk verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt beheerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), dat verantwoordelijk is voor het beheer, de controle en het financieel beleid van de verzekering. Het RIZIV fungeert tevens als een soort algemene kas: het ontvangt de premiebijdragen van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (die de bijdragen op haar beurt ontvangt van de werkgevers) en de overheidssubsidies. De ontvangen gelden worden volgens het principe van een algemene kas, doorgesluisd naar de ziekenfondsen naar rato van de uitgaven die de ziekenfondsen voor hun verzekerden gedaan hebben.

Het "ziekengeld", dat in België een onderdeel vormt van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en als een aparte tak van deze verzekering wordt behandeld, blijft hier verder buiten beschouwing.

In de tak van geneeskundige verzorging worden twee stelsels onderscheiden:

1. het algemene stelsel, bestemd voor de volgende categorieën personen: werknemers in de particuliere sector, werknemers in openbare dienst, minder-validen, bezoldigde geestelijken, dienstbodes, studenten en tenslotte (sinds juni 1969) personen die tot op dat moment nog geen recht op verzekering hadden;
 2. het stelsel voor zelfstandigen, bestemd voor zelfstandigen en leden van kloostergemeenschappen.
- Werklozen, invaliden en gepensioneerden blijven verzekerd in het stelsel waarin ze in hun actieve periode verzekerd waren.

De ziekenfondsen zijn verenigd in een vijftal landsbonden, te weten de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, de Landsbond der Neutrale Mutualiteitsverbonden, het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten, de Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatieën en de

² J. Heesters en J. Kesenne, "Financiering van de gezondheidszorg in Nederland en België" in: R.F. Peeters, F.C.J. Stevens en J. van der Zee (red.), *Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit*, Deventer 1985.

De eigen bijdragen van verzekerden zijn berekend op basis van de veronderstellingen dat hulpverleners zich houden aan de overeengekomen tarieven. Vermoedelijk gebeurt dat niet altijd als gevolg waarvan de eigen bijdragen waarschijnlijk onderschat zijn.

Landsbond van de Verbonden der Beroepsziekenfondsen. Naast de landsbonden bestaat er een door de overheid ingestelde Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bestemd voor mensen die zich niet bij een ziekenfonds willen aansluiten.

4.3.2 *De financiering*

De uitgaven voor de verplichte ziektekostenverzekering (als onderdeel van de wettelijke ziekte- en invaliditeitsverzekering) worden in hoofdzaak gefinancierd uit premiebijdragen van de verzekerden en uit bijdragen van de overheid.

De uitgaven in het algemene stelsel werden in 1984 voor 60 % gefinancierd uit premiebijdragen. Werknemers en werkgevers betalen een premie van 2,55 respectievelijk 3,80 % van het brutoloon. Sinds 1975 bestaat er geen loongrens meer. De overige categorieën verzekerden in het algemene stelsel betalen een nominale premie, die per categorie verschillend is. Gepensioneerden boven een bepaald minimum pensioeninkomen betalen een premie van 2,55 %.

De uitgaven in het stelsel voor zelfstandigen worden voor 66 % gefinancierd uit premiebijdragen van verzekerden. Het premiepercentage bedroeg in 1984 3,30 %, waarbij een inkomensplafond van 1.569.247 Bfr. gold.

Alle premies worden vastgesteld door de Minister van Sociale Zaken op advies van het RIZIV, waarin ook de ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn.

De overige 40 % van de uitgaven in het algemene stelsel en 34 % van de uitgaven in het stelsel voor zelfstandigen worden voornamelijk gefinancierd middels overheidsbijdragen.

Tot 1982 bedroegen de overheidsbijdragen 27 % van de totale uitgaven in de ziektekostenverzekering. Daarnaast bestond een speciale overheids-subsidie ter vervanging van de premiebijdragen van werklozen. Vanaf 1982 subsidieert de centrale overheid 30 % van de uitgaven voor weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (deze groep wordt WIGW's genoemd). Voorts subsidieert de overheid 25 % van de ligdagprijzen in ziekenhuizen.

Dit betekent dat de actieve verzekerden worden verondersteld via hun premiebijdragen hun eigen uitgaven en die van de hen ten laste komende personen te financieren, alsmede het resterende deel van de uitgaven voor weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen. De sociale ziektekostenverzekering kon in 1983 en 1984 nog een bijdrage ontvangen uit het Speciale Fonds voor het Evenwicht van de Sociale Zekerheid. Deze bijdrage werd elk jaar opnieuw vastgesteld, afhankelijk van de resultaten van de verzekering. Er is echter geen wettelijke garantie dat dit elk jaar zal gebeuren.

Tenslotte zijn er nog enkele kleinere financieringsbronnen voor de sociale ziektekostenverzekering, met name de 10 % bijdrage op de premie van de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

4.3.3 *Het verstrekkingenpakket*

Een belangrijk onderscheid tussen het algemene stelsel en het stelsel voor zelfstandigen wordt gevormd door de omvang van het verstrekkingenpakket: het verstrekkingenpakket voor verzekerden in het stelsel voor

zelfstandigen is kleiner in omvang dan voor verzekerden in het algemene stelsel.

In het stelsel voor zelfstandigen zijn alleen de zogeheten "grote risico's" verzekerd, hetgeen betekent dat alleen ziekenhuisverpleging en specialistische geneeskundige hulp verzekerd zijn.

In het algemene stelsel zijn daarnaast ook gewone geneeskundige hulp en geneesmiddelen verzekerd. Gewone geneeskundige hulp omvat met name bezoeken en consulten van huisartsen en specialisten, bepaalde technische diagnostische en therapeutische verstrekkingen, waarvoor niet de kennis van een specialist vereist is, individuele hulp van verpleegkundigen en ziekenverzoekers, fysiotherapeutische hulp, preventieve en curatieve tandheelkundige verzorging en hulp van bandagisten, opticiens en gehoorsprothesisten.

De Belgische sociale ziektekostenverzekering is gebaseerd op het principe van restitutie. De verzekerde betaalt de gemaakte ziektekosten in eerste instantie zelf en ontvangt vervolgens op vertoon van een betalingsbewijs (een deel van) de gemaakte kosten terug van het ziekenfonds. In de praktijk wordt met name voor wat betreft poliklinische en intramurale behandeling vaak een zogeheten "derde betaler-regeling" getroffen tussen de instelling en het ziekenfonds. De instelling kan zich dan rechtstreeks tot het ziekenfonds wenden en de verzekerde behoeft alleen een eventuele eigen bijdrage te betalen.

Voor een aantal verstrekkingen is "remgeld" verschuldigd, hetgeen wil zeggen dat de verzekerde een deel van de kosten voor eigen rekening moet nemen. Deze bijdragen worden vastgesteld door de Minister van Sociale Zaken. De belangrijkste bijdragen zijn:

- voor gewone geneeskundige hulp, voor tandheelkundige hulp en voor ambulante verpleegkundige hulp een bijdrage van 25 % van de kosten en voor fysiotherapie een bijdrage van 40 %;
- voor geneesmiddelen een bijdrage van 0, 25, 50 of 100 %, afhankelijk van de categorie waarin het geneesmiddel valt (de indeling is gebaseerd op de sociale en therapeutische waarde van een geneesmiddel), waarbij voor de zogeheten WIGW's (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen) een gemaximeerde nominale bijdrage geldt;
- bij ziekenhuisverpleging een vast bedrag per ligdag als bijdrage in de verblijfs- en verplegingskosten van 95 Bfr. voor de WIGW's en 203 Bfr. voor de overige verzekerden alsmede een vast bedrag per dag voor geneesmiddelen;

Tabel 4.3 De uitgaven in het kader van de verplichte ziekteverzekering in 1984 (voorlopige cijfers).

| verstrekkingen | uitgaven in miljoenen Bfr | in procenten |
|--|---------------------------|--------------|
| honoraria voor geneesheren, verpleegkundigen en tandheelkundigen | 35.854 | 18,9 |
| farmaceutische verstrekkingen | 26.896 | 14,2 |
| paramedische verstrekkingen | 8.910 | 4,7 |
| speciale verstrekkingen | 45.945 | 24,2 |
| heelkunde en anaesthesiologie | 8.569 | 4,5 |
| verloskunde en gynaecologie | 1.291 | 0,7 |
| ziekenhuisverpleging en rust- en verzorgingstehuizen | 60.882 | 32,1 |
| revalidatie en herscholing | 930 | 0,5 |
| plaatsing, reiskosten | 495 | 0,3 |
| overige | 90 | 0,0 |
| totaal | 189.682 | 100,0 |

Bron: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *Inkomsten - uitgaven ziekteverzekering*, Brussel, 1985.

- voorts zijn eigen bijdragen verschuldigd voor brillen en orthopedisch schoeisel.

Deze eigen bijdragen, of met een in dit geval betere (Belgische) term "remgelden", zijn bedoeld om het gebruik van deze verstrekkingen enigzins af te remmen. De bijdrage per ligdag in het ziekenhuis is gebaseerd op de gedachte dat de verzekerde thuis ook kosten maakt; een deel van deze kosten is in de eigen bijdrage per ligdag opgenomen.

De uitgaven in de sociale ziektekostenverzekering (exclusief de door verzekerden betaalde remgelden) in 1984 zijn vermeld in tabel 4.3. Met deze totale uitgaven zijn de vastgestelde budgetten voor het algemene stelsel en voor het stelsel voor zelfstandigen in 1984 met 2.338 miljoen Bfr. overschreden.

4.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

Uit het voorgaande is al gebleken dat er voor particuliere ziektekostenverzekeringen weinig ruimte is, aangezien praktisch de gehele bevolking onder de wettelijk verplichte sociale ziektekostenverzekering valt. De wel beschikbare ruimte is gelegen in het verzekeren van de nog niet verzekerde "kleine risico's" voor zelfstandigen en van de door verzekerden te betalen "remgelden".

Particuliere verzekeringsmaatschappijen namen in 1980 zo'n 5 % van deze ruimte voor hun rekening in de vorm van premie-inkomsten voor aanvullende verzekeringen.

De ziekenfondsen spelen op deze beperkte markt een grotere rol. Voor zelfstandigen organiseren zij een vrijwillige verzekering voor de kleine risico's (gewone geneeskundige verzorging en geneesmiddelen). Deze herverzekering wordt deels gefinancierd uit bijdragen van de verzekerden en deels uit overheidssubsidies (in 1980 was de verhouding tussen deze twee ongeveer 70 : 30). In totaal ging het in 1980 om zo'n 10 % van de "particuliere uitgaven" voor gezondheidszorg.

Daarnaast organiseren de ziekenfondsen aanvullende "vrije" verzekeringen op het gebied van welzijns- en gezondheidszorg. De ziekenfondsen zijn vrij in het samenstellen van deze aanvullende verzekeringen. Op het gebied van gezondheidszorg kunnen verstrekkingen aangeboden worden in de vorm van de dienst voor herstellenden, de dienst ziekenvervoer en dergelijke en in sommige gevallen de terugbetaling van remgelden. De aanvullende verzekeringen worden met name gebruikt ter profilering van de ziekenfondsen. Zo zijn er ziekenfondsen, die bij opname in het ziekenhuis een kostenvergoeding in geld uitkeren. Deze "verstrekking" wordt mede uit overwegingen van concurrentie met de particuliere verzekeringsmaatschappijen opgenomen. De financiering van de aanvullende verzekeringen geschiedt door middel van nominale bijdragen van de verzekerden en overheidssubsidies. De overheidssubsidies worden echter de laatste jaren sterk teruggeschroefd.

4.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen

De twee belangrijkste problemen met betrekking tot de financiering van de gezondheidszorg zijn gelegen op economisch en demografisch gebied.

Als gevolg van de economische recessie en de stijgende werkloosheid nemen de premie-inkomsten van de sociale ziektekostenverzekering af. Was in 1974 2,3 % van de totale beroepsbevolking werkloos, in 1982

was dat percentage gestegen tot 11,2 %³. Werklozen blijven verzekerd in het stelsel waarin zij in hun actieve periode verzekerd waren, maar betalen geen premie. Voor hen staan er geen rechtstreekse premiebijdragen tegenover de uitgaven ten behoeve van de verstrekkingen.

De speciale overheidssubsidie ter vervanging van deze bijdragen werd in 1982 bij een wijziging van de financieringsmethodiek door de overheid afgeschaft en vervangen door een (wisselende) bijdrage uit het Speciaal Fonds voor het Evenwicht van de Sociale Zekerheid.

Het tweede grote probleem wordt gevormd door de veroudering van de bevolking. In 1960 was 12,0 % van de Belgische bevolking 65 jaar of ouder, in 1970 was dat 13,4 % en in 1982 was het 14,1 %. Voor het jaar 2000 wordt een percentage van 16,4 verwacht⁴.

De structurele veroudering van de bevolking leidt enerzijds tot een stijging van de uitgaven vanwege een verhoogde medische consumptie en anderzijds tot een daling van de premie-inkomsten doordat gepensioneerden slechts een beperkte premie betalen. De premiebijdragen van de gepensioneerden vormen slechts 4% van de uitgaven voor deze verzekerde groep. Het grootste deel van deze uitgaven (80%) wordt door de overheid gesubsidieerd.

Bijkomende problemen omtrent de financiering van de gezondheidszorg hebben vooral betrekking op de stijgende kosten als gevolg van de ontwikkelingen aan de aanbodkant, met name de sterke ontwikkeling van de medische technologie en de groei van het aantal hulpverleners in de gezondheidszorg.

Nieuwe medische technologieën worden toegepast (en aarzelend ver-
goed) zonder dat veel aandacht wordt besteed aan de financiële consequenties van de introductie van die technologie. Vooral problematisch is dat nieuwe medische technieken vaak niet als vervanging, maar als aanvulling op bestaande technieken worden gebruikt hetgeen een kostenverhogend effect heeft.

Het aantal hulpverleners is sterk toegenomen. Dat geldt eigenlijk voor alle beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Zo is het aantal artsen in België gestegen van 11.380 in 1960 naar 26.593 in 1983, ofwel van 12,5 artsen per 10.000 inwoners naar 26,9 artsen per 10.000 inwoners. Overigens is momenteel sprake van een spontane afname van het aantal studenten geneeskunde, hetgeen echter pas op langere termijn effect zal hebben.

Naast de hierboven geschetste problemen kent de Belgische gezondheidszorg nog twee problemen, die nauw samenhangen met de maatschappelijke structuur.

Allereerst is er de taalkwestie, die tot een opsplitsing in een drietal vrij autonome deelgebieden heeft geleid. Voor wat betreft de structuur van de gezondheidszorg betekent dit dat, ongeacht het capaciteitsvraagstuk, de invoering van nieuwe complexe technologieën steeds in elk van de drie gebieden plaats moet vinden met als gevolg een stijging van de kosten. Voorts betekent de gesignaleerde autonomie dat binnen elk van de drie gebieden andere accenten in de gezondheidszorg gelegd kunnen worden. Zo wordt in het Nederlandstalig gebied het accent sterk gelegd op de eerstelijnsgezondheidszorg, terwijl in het Franstalige gebied de geïnstitutionaliseerde zorgverlening meer benadrukt wordt.

In de tweede plaats speelt ook de sterke verzuiling van de Belgische samenleving een rol in de gezondheidszorg. Naast de vijf landsbonden met elk hun eigen ideologische achtergrond zijn binnen de structuur van de gezondheidszorg vooral de instellingen herkenbaar door hun ideologische signatuur. Ook met betrekking tot deze zuilenstructuur geldt dat er een

³ Studiedienst van de Christelijke Mutualiteiten, *De Z.I.V. in cijfers*, Brussel, 1985.

⁴ Bron: United Nations, *World Population Prospects - Estimations and Projections as Assessed in 1982*, New York, 1985.

kostenverhogend effect van uit gaat doordat elke zuil streeft naar volledigheid in het aan te bieden voorzieningenpakket.

4.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

In het voorgaande paragraaf is al beschreven dat de financieringsmethode van de overheid met betrekking tot de sociale ziektekostenverzekering in 1982 gewijzigd is.

Tot 1982 subsidieerde de overheid ongeveer 27 % van de uitgaven van de verplichte ziektekostenverzekering, met daarboven op een subsidie ter vervanging van de premiebijdragen van werkloze verzekerden. Momenteel subsidieert de overheid 80 % van de uitgaven ten behoeve van weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen. Daarnaast subsidieert de overheid 25 % van de ligdagprijs in ziekenhuizen. Tot 1980 betaalden gepensioneerde verzekerden geen premie. Sinds 1980 betalen zij boven een bepaald minimum pensioeninkomen een premie van 2,55 %. Overigens dekken deze premiebijdragen slechts 4 % van de uitgaven voor deze groep verzekerden.

De door de centrale overheid gekozen oplossingen hebben er toe geleid dat de ziekenfondsen de afgelopen jaren geconfronteerd zijn met financiële tekorten. Tabel 4.4 geeft een overzicht van de financiële toestand van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de geneeskundige verzorging. De ziekenfondsen trachten de tekorten weg te werken door de door instellingen ingediende rekeningen zeer vertraagd te betalen. Het gevolg hiervan is dat de instellingen in toenemende mate een beroep moeten doen op jaar tekort de (dure) kapitaalmarkt, hetgeen weer een opwaartse druk op de tarieven veroorzaakt.

Tabel 4.4 Tekorten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (in miljarden Bfr)

| jaar | tekort |
|------|--------|
| 1981 | 10,2 |
| 1982 | 3,6 a) |
| 1983 | 5,2 a) |
| 1984 | 1,9 a) |
| 1985 | 6,4 a) |

Bron: Studiedienst der Christelijke Mutualiteiten, *De Z.I.V. in cijfers*, Brussel 1985.

a) voorlopige cijfers

Voor wat betreft de ontwikkelingen in de medische technologie beslist een technische raad van het RIZIV welke verstrekkingen in het pakket worden opgenomen. In 1983 is een nieuwe nomenclatuur ontwikkeld waardoor een aantal verstrekkingen, die het gevolg zijn van nieuwe technologische ontwikkelingen, in het pakket is opgenomen.

Niet onvermeld mag blijven dat de overheid met enige regelmaat nieuwe verhogingen c.q. uitbreidingen van de door verzekerden te betalen remgelden invoert.

4.7 Mogelijke oplossingen

Voor wat betreft de geschetste financieringsproblemen in de sociale ziektekostenverzekering denken de ziekenfondsen vooral aan een uitbrei-

ding van de middelen. Omdat voor werkloze verzekerden geen en voor gepensioneerde verzekerden slechts zeer beperkte premie-inkomsten staan tegenover de uitgaven ten behoeve van deze groepen verzekerden, zoeken de ziekenfondsen de oplossing voor dit probleem in een verhoging van de premies.

Voorts wordt ook wel gedacht aan uitbreiding en/of verhoging van de remgelden hoewel de ziekenfondsen van mening zijn dat de remgelden op dit moment hoog genoeg zijn. Enerzijds twijfelt men aan het "remmend effect" van de remgelden; anderzijds vreest men dat remgelden op den duur een te hoge drempel voor het gebruik van voorzieningen gaan vormen.

Voor wat betreft de stijgende uitgaven als gevolg van ontwikkelingen in de medische technologie wordt door de ziekenfondsen met name gedacht aan nieuwe financieringsmethoden, zodanig dat alleen die technologieën ingevoerd worden die ook daadwerkelijk besparingen mogelijk maken.

Verder wordt ook gedacht aan financiering in de vorm van budgetten. Zo wordt voor wat betreft de klinische biologie in de eerste lijn gedacht aan een vast bedrag per arts – patiëntcontact. Een dergelijke financieringsmethode zou ook bij bijvoorbeeld röntgenologie gebruikt kunnen worden.

Met betrekking tot de groei van het aantal hulpverleners in de gezondheidszorg hopen de ziekenfondsen dat de spontane afname van het aantal studenten geneeskunde, zoals die momenteel zichtbaar is, verder door zal zetten.

Reeds vermeld is de overwogen mogelijkheid van uitbreiding en/of verhoging van de remgelden. De ziekenfondsen zijn echter van mening dat de remgelden hoog genoeg zijn. Eén van de argumenten tegen uitbreiding en/of verhoging is dat een en ander in sociaal opzicht niet of nauwelijks acceptabel is. Bij de ziekenfondsen bestaat ook de angst dat zo'n uitbreiding of verhoging de markt voor particuliere verzekeringsmaatschappijen zal vergroten.

Vanuit de commerciële verzekeringswereld wordt in België in toenemende mate de mogelijkheid geboden zich te verzekeren tegen remgelden. Het antwoord van de ziekenfondsen daarop wordt gevormd door het aanbieden van een verzekering tegen wat men noemt "geldelijke gevolgen van ziekenhuisopname"; een dergelijke verzekering biedt een dagelijkse uitkering bij ziekenhuisopname. Opvallend hierbij is dat de socialistische ziekenfondsen een voor alle plaatselijke fondsen gelijke mogelijkheid hebben gecreëerd, terwijl de christelijke ziekenfondsen ieder voor zich met aparte verzekeringsmogelijkheden zijn gekomen.

Tot slot noemen de ziekenfondsen ook een meer inhoudelijke oplossing. De Belgische ziekenfondsen hebben de mogelijkheid geopperd en gekregen om ook niet-medische hulp te vergoeden als deze medische hulpverlening substitueert. Het komt hierbij in feite neer op een vergoeding in financiële zin van hulp en zorg verleend door de omgeving van de verzekerde, hulp die anders door medisch-professionele hulpverleners had moeten worden verstrekt. Over de effecten van deze oplossing is nog niet veel bekend gezien de korte looptijd.

5. ENGELAND¹

5.1 De kosten van de gezondheidszorg

De kosten van de gezondheidszorg zijn ook in Engeland sterker gestegen dan het bruto nationaal produkt. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling.

Tabel 5.1 Ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Engeland, 1960 – 1983

| jaar | kosten van de gezondheidszorg in miljoenen ponden | als percentage van het bruto nationaal produkt |
|------|--|---|
| 1960 | 1.010 | 3,9 % |
| 1965 | 1.485 | 4,1 % |
| 1970 | 2.323 | 4,5 % |
| 1975 | 5.877 | 5,5 % |
| 1980 | 13.268 | 5,8 % |
| 1983 | 18.547 | 6,2 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

Hoewel de tabel laat zien dat ook in Engeland de kosten van de gezondheidszorg sterk stijgen, is de stijging van de kosten, uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal produkt, één van de laagste in de onderzochte landen (zie ook tabel 3.3).

5.2 De financiering van de gezondheidszorg

In Engeland kan de gehele bevolking gebruik maken van een nationale gezondheidsdienst, de National Health Service (NHS), hetgeen de overheid tot de belangrijkste verstrekker van de gezondheidszorg maakt. Naast de National Health Service is er ruimte voor een relatief kleine particuliere gezondheidszorgsector, waar ook particuliere ziektekostenverzekeringen mogelijk zijn. De financiering van de NHS en de particuliere sector is duidelijk verschillend.

De uitgaven ten behoeve van de National Health Service werden in 1983 als volgt gefinancierd:

- 87 % via algemene belastingheffing door de overheid;
- 10 % via premiebijdragen van werknemer en werkgever;
- 3 % via eigen bijdragen van de consumenten.

De uitgaven door particuliere verzekeringsmaatschappijen worden uitsluitend gefinancierd uit premiebijdragen van de verzekerden. Over de omvang van deze uitgaven zijn weinig gegevens beschikbaar. Door de British United Provident Association wordt over 1983 een bedrag van 500

¹ Waar in dit rapport Engeland wordt vermeld, wordt in feite bedoeld Engeland en Wales. De British United Provident Association (BUPA), de instantie die aan het onderzoek heeft meegewerkt, is daarnaast ook werkzaam in Schotland en Noord-Ierland.

miljoen pond genoemd². Gegevens van de OESO wijzen in de richting van een bedrag van 2.000 miljoen pond³.

5.3 De National Health Service

5.3.1 De organisatie⁴

De National Health Service is tot stand gekomen in 1948 en biedt een uitgebreid verstrekkingenpakket aan alle inwoners van Engeland.

Alle voorzieningen van de National Health Service binnen een bepaald gebied vallen onder verantwoordelijkheid van één autoriteit. Deze autoriteit is tevens verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de inwoners binnen haar gebied. Organisatorisch zijn sinds 1974 vier niveaus te onderscheiden:

- het Ministerie van Gezondheidszorg en Sociale Zekerheid;
- 14 regionale gezondheidsautoriteiten;
- 90 area gezondheidsautoriteiten;
- 205 districten.

Het bestuur van het district wordt gevormd door het districtmanagementteam, dat verantwoordelijk is voor het adequaat functioneren van het gezondheidszorgsysteem en dat voor een belangrijk deel de beschikbare gelden verdeelt over de voorzieningen.

Vanuit de jaarlijkse overheidsbegroting worden via de genoemde niveaus gelden toegewezen aan de gezondheidsautoriteiten voor het komende financiële jaar. Dit systeem van toewijzen van budgetten geeft de overheid een sterke controle op de kosten van de National Health Service.

5.3.2 De financiering

De National Health Service wordt, zoals hiervoor duidelijk werd, hoofdzakelijk (voor 87 %) gefinancierd uit de algemene middelen.

Daarnaast wordt 10 % gefinancierd uit sociale premies van werknemers en werkgevers aan de National Insurance. Uit de National Insurance worden overigens ook de andere sociale verzekeringen betaald. De te betalen premies zijn afhankelijk van het inkomen en worden berekend over de bruto bedragen. De bijdragen zijn onderverdeeld in drie klassen, te weten een standaardbijdrage, een gereduceerde bijdrage voor bepaalde groepen getrouwde vrouwen en weduwen en een bijdrage voor zelfstandigen. De hoogte van de premiebijdragen wordt vastgesteld door het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid en wordt jaarlijks herzien.

In 1982 bedroeg de standaardpremie 18,95 %, waarvan 8,75 % te betalen door de werknemer en 10,20 % door de werkgever. De maximale

² British United Provident Association, *Independent Health Care in Britain: the Facts*, Londen, 1985.

³ Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 - 1983*, Parijs, 1985.

⁴ Gegevens omtrent de organisatie zijn grotendeels ontleend aan G. Schrijvers, *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*, Lochem, 1980.

bijdrage bedraagt 220 pond per week ⁵. Werknemers betalen premiebijdragen vanaf de leeftijd van 16 jaar en de betaling eindigt op het moment dat de werknemer niet meer werkt, de pensioengerechtigde leeftijd bereikt danwel overlijdt.

De overheidsfinanciering (via de belastingheffing en de premiebijdragen aan de National Insurance) wordt, zoals gesteld, jaarlijks door de overheid in de begroting vastgelegd. Op basis hiervan worden budgetten toegekend aan de regionale en districtsautoriteiten.

Naast de overheidsfinanciering wordt ongeveer 3 % van de kosten van de National Health Service gefinancierd door de consumenten zelf middels eigen bijdragen op het moment van gebruik. Deze eigen bijdragen hebben betrekking op geneesmiddelen, tandheeskunde en het verstrekken van brillen.

5.3.3 *Het verstrekkingenpakket*

Het verstrekkingenpakket van de National Health Service omvat voor wat betreft de eerstelijns gezondheidszorg onder meer hulp van huisartsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, opticiëns en wijkverpleegkundigen. Voorts omvat de National Health Service verpleging en behandeling in algemene en psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen. Verblijf in een verpleeghuis vormt voor een deel een verstrekking van de National Health Service, voor een deel valt dit onder maatschappelijke dienstverlening (social services).

De meeste verstrekkingen van de National Health Service zijn gratis, maar voor de volgende verstrekkingen moet in principe een eigen bijdrage betaald worden:

- voor geneesmiddelen 2 pond per voorschrift;
- voor tandheeskundige behandeling maximaal 17 pond voor een basisbehandeling plus 40 pond van de bijkomende kosten tot een maximum van 115 pond (exclusief kronen en dergelijke);
- voor de aanschaf van brillen moeten de volledige kosten zelf betaald worden.

Overigens wordt een groot aantal uitzonderingen gemaakt met betrekking tot het betalen van eigen bijdragen: kinderen onder 16 jaar, schoolgaande kinderen onder 19 jaar, schoolverlaters tussen 16 en 18 jaar en gezinnen die een bijstandsuitkering genieten. Met betrekking tot de eigen bijdrage voor tandheeskundige hulp wordt ook een uitzondering gemaakt voor zwangere vrouwen en vrouwen die korter dan een jaar geleden bevallen zijn.

De verdeling van de uitgaven van de National Health Service over de verschillende verstrekkingen in 1983/1984 (het Engelse begrotingsjaar loopt van 1 april tot 31 maart) zijn weergegeven in tabel 5.2.

⁵ Commissie van de Europese Gemeenschappen, *Vergelijkende tabellen van de stelsels van sociale zekerheid van toepassing in de lid-staten van de Europese Gemeenschappen*, Luxemburg, 1982.

Uit de genoemde premiebijdragen worden ook sociale verzekeringen als werkloosheidsverzekering e.d. gefinancierd.

Tabel 5.2 De uitgaven van de National Health Service naar sectoren van de gezondheidszorg 1983/1984 a)

| verstrekkingen | in miljoenen ponden | in procenten |
|--|------------------------|--------------|
| ziekenhuizen en lokale gezondheidsdiensten eerstelijnsvoorzieningen | 10.305 | 65 % |
| – medische hulpverlening | 1.055 | 7 % |
| – farmaceutische hulpverlening | 1.769 | 11 % |
| – tandheelkundige hulpverlening | 692 | 4 % |
| – oogheelkundige hulpverlening | 192 | 1 % |
| – administratie | 513 | 3 % |
| departementale administratie | 144 | 1 % |
| overige | 226 | 1 % |
| kapitaaluitgaven (centrale overheid) | 944 | 6 % |
| minder betalingen door patiënten | – 464 | |
| totaal | 15.376 | |

Bron: British United Provident Association in antwoorden op de vragenlijst.

a) De hier weergegeven cijfers zijn niet direct vergelijkbaar met de eerder genoemde cijfers, omdat het hier gaat om een begrotingsjaar en niet om een kalenderjaar.

5.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

De particuliere sector is eigenlijk enigszins voortgekomen uit wat wel het falen van de National Health Service wordt genoemd. Bij de National Health Service is sprake van wachtlijsten voor bepaalde chirurgische ingrepen en soms zijn nieuwe medische technologieën via de National Health Service (nog) niet beschikbaar⁶. Deze problemen scheppen ruimte voor een particuliere sector.

Degenen, die een particuliere ziektekostenverzekering afsluiten, moeten blijven bijdragen aan de National Health Service door middel van belastingbetaling en premiebijdrage aan de National Insurance. Ongeveer 5 miljoen mensen (dat is ongeveer 9 % van de bevolking) hebben een particuliere ziektekostenverzekering afgesloten. In de meeste gevallen is dat bij een non-profit verzekeringsmaatschappij: de commerciële maatschappijen bestrijken slechts 10% van de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen.

De particuliere ziektekostenverzekeringen hebben met name ten doel de kosten te dekken van particuliere specialistische behandeling van niet-acute ziekten en aandoeningen. Dit doel komt vooral voort uit het bestaan van wachtlijsten bij de National Health Service voor niet-acute ingrepen; in 1985 hadden die wachtlijsten betrekking op zo'n 700.000 mensen. Hiertoe zijn in de particuliere sector zo'n 41.000 bedden waarvan 9.000 in "acute" ziekenhuizen en 32.000 voor oudere, gehandicapte en psychiatrische patiënten, beschikbaar plus ongeveer 3.000 particuliere bedden in ziekenhuizen van de National Health Service. Sommige particuliere verzekeringsmaatschappijen bezitten en exploiteren zelf ziekenhuizen. Zo is de British United Provident Association (BUPA), de grootste non-profit particuliere ziektekostenverzekeraar, eigenaar van ongeveer 600 bedden.

Overigens kan de verzekerde beslissen bijvoorbeeld deels van zijn particuliere verzekering en deels van de National Health Service gebruik te maken, aangezien bij een particuliere verzekering de toegang tot de National Health Service blijft bestaan.

⁶ J. Hallet, *The Place of Mutual Benefit Societies in the Current Conception of Social Security*, International Social Security Association, Geneve, 1985.

Over het algemeen worden de kosten van huisarts en andere niet-specialistische hulp, alsmede van plastische chirurgie en normale bevallingen, niet gedekt door de particuliere verzekering. Evenmin is er sprake van restitutie van eventueel onder de National Health Service betaalde eigen bijdragen. Wel is het mogelijk dat een verzekerde een kleine contante bijdrage ontvangt wanneer hij zich op laat nemen in een ziekenhuis van de National Health Service en geen gebruik maakt van zijn particuliere rechten, althans bij de BUPA.

De uitgaven van de particuliere ziektekostenverzekeraars worden volledig gefinancierd uit de premiebijdragen van de verzekerden. De hoogte van de te betalen premie is afhankelijk van de gewenste dekking, de leeftijd van de verzekerde en het aantal te verzekeren personen. Er worden over het algemeen hoge kortingen (15 tot 40 %) gegeven bij collectieve verzekeringen (bijvoorbeeld via bedrijf of vakbond).

5.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen ⁷

Voor wat betreft de National Health Service is het belangrijkste probleem gelegen in de financiële beperkingen, waarbinnen de National Health Service dient te werken.

De overheid heeft middels de wijze van financiering een vrij sterke greep op de uitgaven van de National Health Service. Tussen 1978/1979 en 1982/1983 was de gemiddelde groei van de budgetten voor de National Health Service slechts 1 % per jaar. De budgetten voor 1983/1984 zouden op het niveau van 1982/1983 moeten blijven. Voor de komende tien jaar is een gemiddelde jaarlijkse groei van de budgetten van 0,5 % gepland. Echter, een dergelijke groei zou onvoldoende zijn om tegemoet te kunnen komen aan de eisen die de veroudering van de bevolking en de introductie van nieuwe medische technologie met zich meebrengen. Een en ander legt een zeer sterke druk op de National Health Service.

Ondanks de financiële beperkingen zijn er nog geen verstrekkingen uitgesloten onder de National Health Service, met uitzondering van geneesmiddelen waarvoor sinds april 1985 een "negatieve lijst" bestaat.

Wel is er sprake van een beperktere dienstverlening en van wachtlijsten. Er zijn onvoldoende gelden beschikbaar om nieuwe technologieën te introduceren en zelfs om verouderde apparatuur te vervangen. Om te besparen op personeels- en onderhoudskosten zijn hier en daar afdelingen en zelfs hele ziekenhuizen gesloten, hetgeen leidt tot langere wachtlijsten. Tussen 1978 en 1982 werden zo'n 100 voornamelijk kleinere ziekenhuizen gesloten.

Een en ander betekent in feite dat voor veel mensen, uitgezonderd mensen in levensbedreigende situaties, het steeds moeilijker wordt binnen een redelijke termijn toegang te krijgen tot het totale verstrekkingenpakket van de National Health Service.

⁷ Omdat de BUPA als AIM-lid nauwelijks uitspraken doet over de financieringsproblemen van de NHS en in het geheel geen uitspraken doet over eigen ideeën ten aanzien van de oplossing van deze problemen, zijn de hier weergegeven problemen en oplossingen vooral uit andere bronnen afkomstig. Met name kunnen genoemd worden de antwoorden van Engelse organisaties op een Duitse enquête *Die Auswirkungen staatlicher Haushaltsgesetze auf die Krankenversicherung* alsmede B. Abel-Smith, *Cost Containment in Health Care: the Experience of Twelve European Countries (1977 - 1983)*, Brussel, 1985.

5.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

Voor wat betreft de financiering van de National Health Service is er in de afgelopen jaren nauwelijks iets gewijzigd. De belangrijkste verandering die plaatsvond is de afschaffing in oktober 1984 van een extra bijdrage aan de National Insurance van 1 % voor werkgevers (de zogeheten National Insurance Surcharge) als aanvulling op de normale bijdrage. Overigens hebben maatregelen in de sfeer van premiebijdragen geen groot effect op de financiering, omdat slechts 10 % van de kosten van de National Health Service via premiebijdragen gefinancierd wordt.

In een poging om de kostenstijging binnen de National Health Service te beperken, heeft de overheid in april 1985 een aantal eigen bijdragen gewijzigd. Met betrekking tot tandheelkundige hulp dienen patiënten een eigen bijdrage van 17 pond te betalen voor een basisbehandeling en sinds april 1985 dient de patiënt 40 % van de kosten boven de "basis eigen bijdrage" zelf te betalen; voorheen gold dit alleen voor de kosten van kronen e.d. Moest vroeger voor brillen een eigen bijdrage betaald worden, nu worden brillen niet langer vergoed door de National Health Service. Het oogonderzoek via de National Health Service is echter nog steeds gratis. Met betrekking tot geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage van twee pond per voorschrift. Overigens wordt er met betrekking tot deze eigen bijdragen een groot aantal uitzonderingen gemaakt (zie paragraaf 5.3.).

De overheid tracht de gezondheidszorginstanties onder het motto "value for money" te stimuleren de beschikbare budgetten zo efficiënt mogelijk te besteden. Ze tracht hieraan zelf bij te dragen door de administratieve kant van de National Health Service enigszins te stroomlijnen. Zo werden in 1982 90 Area Health Authorities en 208 District Health Authorities vervangen door 192 District Health Authorities onder 14 Regional Health Authorities. Naast decentralisatie en vereenvoudiging van de administratie heeft deze wijziging mede ten doel de budgetten voor administratie en beheer met zo'n 10 % te verminderen. Deze 10 % zou in 1984/1985 bereikt moeten worden.

Verder probeert de overheid samenwerking tussen de collectieve en de particuliere sector op alle niveaus te stimuleren, vanuit de veronderstelling dat bepaalde diensten van de National Health Service beter en economischer door de particuliere sector verricht kunnen worden, bijvoorbeeld wasserijen, voedselvoorzieningen en schoonmaak. Deze samenwerking strekt zich uit tot de particuliere ziektekostenverzekeraars, eveneens op aandrang van de overheid. Het gaat daarbij met name om technologische ontwikkelingen. Zo heeft de British United Provident Association onder meer een niersteenvergruizer en een nuclear magnetic resonance imager aangeschaft, welke ook door de National Health Service gebruikt wordt.

Zoals al eerder werd gesteld, zijn tussen 1978 en 1982 zo'n 100, vooral kleinere, ziekenhuizen door de overheid gesloten. De overheid tracht verder te stimuleren dat bepaalde, met name oudere en herstellende patiënten, overgebracht worden naar particuliere verpleeghuizen op basis van overeenkomsten; dit mede vanwege het feit dat zo'n 50 % van de acute National Health Service-bedden wordt bezet door patiënten van 65 jaar en ouder.

5.7 Mogelijke oplossingen

De oplossingen die de overheid zoekt variëren rond dezelfde thema's als de maatregelen die de afgelopen jaren genomen zijn.

In de eerste plaats oefent de overheid een sterke controle uit over de uitgaven ten behoeve van de National Health Service door het beschikbaar

stellen van (beperkte) budgetten. Er wordt in dit opzicht wel gezegd dat de National Health Service kost wat de overheid toestaat het te kosten. Voorlopig wordt een gemiddelde jaarlijkse stijging van de uitgaven toegestaan van 0,5 %.

Een tweede belangrijk thema, eveneens al eerder genoemd, betreft de bevordering van de samenwerking tussen de National Health Service en de particuliere sector. Ook hier is de richting al aangegeven: het inschakelen van particuliere bedrijven voor bepaalde diensten, het samenwerken met particuliere ziekenhuizen en het samenwerken met particuliere ziektekostenverzekeraars. Het ruimte geven aan de particuliere sector is in eerste instantie bedoeld om de bestaande druk op de National Health Service enigszins te verlichten. Verder komt een discussie op gang, waarin gepraat wordt over mogelijkheden om het financieringssysteem van de National Health Service zodanig te veranderen dat meer ruimte beschikbaar komt voor het principe van verzekeren. Deze discussie verkeert nog in een beginstadium.

6. FRANKRIJK

6.1 De kosten van de gezondheidszorg

Van alle in dit rapport beschreven landen besteedt Frankrijk het hoogste percentage van het bruto nationaal produkt aan gezondheidszorg. Tabel 6.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in de periode 1960 – 1983.

Tabel 6.1 Ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Frankrijk, 1960 – 1983

| jaar | kosten van de gezondheidszorg in miljoenen francs | als percentage van het bruto nationaal produkt |
|------|--|---|
| 1960 | 12.742 | 4,3 % |
| 1965 | 25.568 | 5,3 % |
| 1970 | 47.395 | 6,1 % |
| 1975 | 110.627 | 7,6 % |
| 1980 | 236.206 | 8,5 % |
| 1983 | 367.500 | 9,3 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

De tabel laat zien dat de absolute kosten van gezondheidszorg in 1983 bijna dertig keer zo hoog zijn als in 1960. Veelzeggender is echter dat het percentage van het bruto nationaal produkt, dat aan gezondheidszorg besteed wordt, in deze periode meer dan verdubbeld is.

6.2 De financiering van de gezondheidszorg

De medische consumptie in Frankrijk werd in 1981 uit de volgende bronnen gefinancierd¹:

- 73,3 % via de sociale ziektekostenverzekering;
- 2,3 % door de staat en lagere overheden;
- 24,4 % door particuliere bijdragen en particuliere verzekeringen.

Sinds de Tweede Wereldoorlog zijn de bronnen van financiering in belangrijke mate verschoven in de richting van de sociale ziektekostenverzekering: het aandeel van de sociale zekerheid is gestegen van 44 % tot 73 %, het aandeel van overheid is gedaald van 14 % naar 2 % en het "particuliere" aandeel is gedaald van 40 % naar 24 %.

¹ D.O. Lambert, "Faudra-t-il étendre le recours à l'assurance privée", in: *Journal d'Economie Médicale*, 1983, nr. 1.

6.3 De sociale ziektekostenverzekering

6.3.1 De organisatie

De sociale zekerheid in Frankrijk is gebouwd op een aantal wettelijke stelsels. Onderscheiden worden onder meer:

- het algemene stelsel, waarin werknemers in handel en industrie verzekerd zijn en de meeste uitkeringsgerechtigden;
- het stelsel voor zelfstandigen, voorzover deze niet in de landbouw werkzaam zijn;
- het stelsel voor landbouw, waarin werknemers en zelfstandigen in de landbouw verzekerd zijn.

Naast de drie bovengenoemde stelsels bestaat er nog een aantal kleinere stelsels, bestemd voor specifieke groepen, bijvoorbeeld werknemers in mijnen respectievelijk spoorwegen, studenten, artiesten, oorlogsinvaliden, etc. Deze stelsels worden beheerd door de uitvoeringsorganisaties die ook het eerder genoemde algemene stelsel beheren.

Via deze stelsels zijn praktisch alle Fransen verzekerd tegen de risico's van ziekte, arbeidsongeschiktheid en ouderdom. Voorzover men niet verplicht verzekerd is, kan men zich vrijwillig bij het algemene stelsel aansluiten. De verdere beschrijving heeft vooral betrekking op het algemene stelsel, dat ongeveer 80 % van de bevolking dekt.

In het kader van het algemene stelsel geschiedt het beheer van de verzekering van ziekte, moederschap, invaliditeit en overlijden enerzijds en de verzekering van arbeidsongevallen en beroepsziekten anderzijds door het nationale fonds voor ziektekostenverzekering. Het nationale fonds berust op lokaal niveau op de regionale en primaire (lokale) ziekenfondsen. Momenteel zijn er 129 primaire ziekenfondsen, die elk een eigen "département" verzorgen. Deze ziekenfondsen worden bestuurd door werknemers en werkgevers². Daarbij moet aangetekend worden dat in 1982 het principe van paritaire vertegenwoordiging is afgeschaft en vervangen door een overheersende vertegenwoordiging van de verzekerden.

Het nationale fonds is verantwoordelijk voor de coördinatie tussen de lokale ziekenfondsen en voert de onderhandelingen met de diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Overeenkomsten behoeven de goedkeuring van de overheid. Het toezicht is in handen van het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid en het Ministerie van Financiën.

6.3.2 De financiering

Omdat in Frankrijk alle sociale verzekeringen via de onderscheiden stelsels worden uitgevoerd, is de financiering van het algemene stelsel opgegeven, dat wil zeggen de financiering van het totaal van sociale verzekeringen ten behoeve van werknemers in handel en industrie, ongeacht de soort verzekering. Het algemene stelsel wordt voor bijna 90 % gefinancierd uit premiebijdragen van werknemers en werkgevers. De verdeling van de financieringsbronnen was in 1984 als volgt:

² J. Gourault, "Management Indicators and Primary Health Care", in: International Social Security Association, *Improving Cost Effectiveness in Health Care*, Geneva, 1983.

- 89,0 % via premiebijdragen (24,8 % van werknemers en 64,2 % van werkgevers);
- 3,1 % uit directe belastingen en heffingen;
- 3,8 % uit overheidssubsidies;
- 4,1 % uit overige inkomsten.

De vaststelling van de hoogte van de premies geschiedt door de overheid, eventueel na raadpleging van het nationale fonds voor ziektekostenverzekering.

De premie, bestemd voor de verzekering tegen ziektekosten, moederschap, invaliditeit en overlijden, maar ook voor ziekgeld, bedraagt momenteel 5,5 % voor werknemers en 12,6 % voor werkgevers. Hierbij gold tot 1984 voor de werkgever een premie-inkomsgrens van 84.960 francs. Werklozen en personen met een wettelijk ouderdomspensioen betalen een premiebijdrage van 1 % over het deel dat uitgaat boven het wettelijk minimumloon³. Vervroegd gepensioneerden betalen een premiebijdrage die gelijk is aan die van werknemers (5,5 %).

In de bijdragen door de overheid aan de sociale ziektekostenverzekering wordt voorzien door een aantal wettelijke maatregelen, waardoor specifieke belastingen en heffingen mogelijk zijn die ten goede komen aan de ziektekostenverzekering (bestemmingsheffingen). Zo bestaan er heffingen op alcoholische dranken en op reclame door de farmaceutische industrie. Tevens komt een gedeelte van de motorvoertuigenbelasting rechtstreeks ten goede aan de sociale ziektekostenverzekering. Voorts neemt de overheid enkele specifieke kosten voor haar rekening. Zo betaalt zij bijvoorbeeld de uitkeringen aan gehandicapte volwassenen.

6.3.3 *Het verstrekkingspakket*

Het verstrekkingspakket van de Franse sociale ziektekostenverzekering omvat de vergoeding van (para)medische hulp, tandheelkundige hulp, geneesmiddelen en behandeling in het ziekenhuis. De sociale ziektekostenverzekering is gebaseerd op het restitutie-principe: de verzekerde betaalt de gemaakte ziektekosten en ontvangt vervolgens (een deel van) deze kosten terug van het ziekenfonds. Er bestaan echter uitzonderingen: zo worden de kosten van verpleging in een openbaar ziekenhuis rechtstreeks door het ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald met inachtneming van de eigen bijdrage van de verzekerde.

De basis voor restitutie door de sociale ziektekostenverzekering varieert naar gelang het type zorg. De restitutie van kosten van behandeling door artsen, tandartsen, vroedvrouwen en paramedische hulpverleners is gebaseerd op overeengekomen behandelingstarieven. De restitutie van kosten van medicijnen is afhankelijk van een door de overheid vastgestelde indeling in groepen medicijnen. De restitutie van kosten van ziekenhuisverpleging is gebaseerd op de overeengekomen verpleegprijs.

Over het algemeen restitueert de sociale ziektekostenverzekering slechts een deel van de kosten. De hoogte van de restitutie en daarmee de hoogte van het "ticket modérateur" oftewel de eigen bijdrage van de verzekerde wordt vastgesteld door de overheid. De terugbetalingen door de sociale ziektekostenverzekering zijn momenteel als volgt:

- 75 % van het overeengekomen honorarium van artsen en tandartsen;
- 65 % van de kosten van paramedische behandelingen;

³ Commissie van de Europese Gemeenschappen, *Vergelijkende tabellen van de stelsels van sociale zekerheid, van toepassing in de Lid-Staten van de Europese Gemeenschappen*, Brussel, 1982.

- 100, 70 of 40 % van de kosten van geneesmiddelen (afhankelijk van het soort geneesmiddel);
- 80 % van de kosten van ziekenhuisverpleging;
- 65 % van de kosten van verzorging en onderzoek.

Overigens is er wel een aantal uitzonderingen. Bij langdurige verzorging, bij zware ingrepen, bij ernstige en kostbare aandoeningen alsmede bij werkonderbreking van langer dan drie maanden wordt 100 % van de kosten terugbetaald. Dit geschiedt tevens bij bepaalde groepen uitkeringsgerechtigden.

Uit de genoemde restitutiepercentages blijkt wel dat de verzekerden onder de sociale ziektekostenverzekering aanzienlijke bedragen voor eigen rekening moeten nemen. Een en ander bleek ook al uit het overzicht met betrekking tot de bronnen waaruit de kosten van gezondheidszorg gefinancierd worden: bijna 25% komt voor rekening van de huishoudens zelf (eventueel via particuliere verzekeringen).

Tabel 6.2 Uitgaven in het kader van de wettelijke sociale ziektekostenverzekering, 1984

| verstrekking | kosten in miljoenen francs | in procenten |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------|
| honoraria van artsen | 26.454 | 13 % |
| honoraria van tandartsen | 7.898 | 4 % |
| kosten van geneesmiddelen | 42.137 | 21 % |
| kosten van ziekenhuisopname | 115.930 | 57 % |
| overige kosten | 11.068 | 5 % |
| totaal | 203.487 | 100 % |

Bron: Fédération Nationale de la Mutualité Française in antwoorden op de vragenlijst.

Tabel 6.2 laat zien hoe de uitgaven van de sociale ziektekostenverzekering (exclusief de eigen bijdragen van verzekerden) in 1984 verdeeld waren over de verstrekkingen.

De stijging van de uitgaven ten opzichte van 1983 bedroeg 5,5 %.

6.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

Als gevolg van het feit dat verzekerden onder de wettelijke ziektekostenverzekering relatief hoge eigen bijdragen dienen te betalen, is er in Frankrijk een vrij grote markt voor (aanvullende) particuliere verzekeringen. Op deze markt wordt onderscheid gemaakt tussen particuliere (lees: profit) organisaties en mutualiteiten (non-profit onderlinge verzekeringsmaatschappijen). Van de 24,4 % van de kosten van gezondheidszorg, die voor rekening van de gezinshuishoudens komen, is 3,5 % afkomstig van de mutualiteiten en 1,8 % van de particuliere verzekeringsmaatschappijen.

De mutualiteiten spelen een vrij belangrijke rol in het Franse systeem van gezondheidszorg⁴. Ongeveer 58 % van de bevolking is (aanvullend) verzekerd bij één van de circa 7.000 mutualiteiten, die verenigd zijn in de Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

In de eerste plaats verzekeren de mutualiteiten de onder de wettelijke ziektekostenverzekering te betalen eigen bijdragen. Voorts bieden zij een aanvullende verzekering voor die risico's die door de wettelijke verzekering minder goed of niet gedekt worden. Belangrijk is dat de mutualiteiten

⁴ Het is het overkoepelend orgaan van de mutualiteiten, dat de vragenlijst heeft ingevuld.

vaak een zogeheten "betalende derde-regeling" treffen. Er wordt dan een regeling getroffen tussen de mutualiteit, het ziekenfonds en de hulpverlener en/of instelling. De verzekerde hoeft dan de ziektekosten niet zelf voor te schieten: de mutualiteit betaalt de totale kosten en ontvangt via een volmachtensysteem de restituties van het ziekenfonds terug⁵. De mutualiteiten verdedigen het principe van betalende derde vanuit de gedachte dat dit principe de toegang tot de gezondheidszorg vergemakkelijkt, met name voor mensen in een minder goede economische situatie. Bovendien biedt de regeling het voordeel dat men de tarieven, waarop de restitutie gebaseerd is, in de gaten kan houden. Tenslotte beheren de mutualiteiten een aantal eigen instellingen en diensten voor gezondheidszorg.

In verband met de eerder genoemde "betalende derde-regeling" is het van belang dat de mutualiteiten kunnen deelnemen aan de administratie van de wettelijke ziektekostenverzekering door middel van correspondenten en plaatselijke afdelingen⁶. Elke mutualiteit met tenminste 100 verzekerden kan, op eigen verzoek, een rol spelen als tussenpersoon voor haar verzekerden; de mutualiteit functioneert dan als intermediair tussen de verzekerde en het ziekenfonds. Het voordeel van een dergelijk systeem is dat de terugbetaling van de ziekenfondsen en van de mutualiteiten op één lijn gebracht kunnen worden, althans voorzover het gaat om elementen die vallen onder de wettelijke ziektekostenverzekering.

Mutualiteiten, die aan bepaalde (wettelijke) eisen met betrekking tot aantal verzekerden en organisatie voldoen, kunnen een rol spelen als plaatselijke afdeling van het ziekenfonds. De mutualiteit kan haar verzekerden dan de belangrijkste diensten van het ziekenfonds aanbieden: kwalificatie als rechthebbende, bijhouden van dossiers, berekenen van restituties e.d. Overigens zijn de ziekenfondsen geen voorstander van de instelling van dergelijke plaatselijke afdelingen. Er zijn circa 600 mutualiteiten die een rol spelen bij de administratie van de wettelijke ziektekostenverzekering. Daarbij gaat het om ongeveer 15 % van de uitgaven in het kader van de wettelijke verzekering.

De mutualiteiten hebben net zo min als de ziekenfondsen de mogelijkheid de hoogte van de premiebijdragen en de restitutiepercentages in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering vast te stellen. De mutualiteiten kunnen echter individueel de hoogte van de premies voor hun eigen (aanvullende) verzekering autonoom vaststellen alsmede de aangeboden dekking. De premie kan afhankelijk zijn van salaris en inkomen, van het aantal medeverzekerden en van de gekozen dekking.

6.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen

De mutualiteiten en de ziekenfondsen signaleren min of meer dezelfde problemen inzake de financiering van de gezondheidszorg⁷. De problemen met betrekking tot de wettelijke ziektekostenverzekering zijn vooral gelegen in het feit dat als gevolg van verschillende oorzaken de uitgaven sneller stijgen dan de inkomsten.

⁵ A. Sacrez, *Samenvattend document als besluit van de werkzaamheden van de commissie belast met de studie van het probleem van de betrekkingen met het geneesherenkorps*, Association Internationale de la Mutualité, Geneve, 1984.

⁶ Bron omtrent de rol die de mutualiteiten kunnen spelen bij de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekering: J. Hallet, *The Place of Mutual Benefit Societies in the Current Conception of Social Security*, International Social Security Association, Brussels, 1985.

⁷ Bron voor de door de ziekenfondsen gesignaleerde problemen: J. Gourault, "Management Indicators and the Primary Health Care" in: *Improving Cost Effectiveness in Health Care*, International Social Security Association, Geneva, 1983.

Een belangrijke oorzaak hiervoor is gelegen in de slechte economische situatie, die geleid heeft tot een toenemend aantal werklozen. Werkloze verzekerden betaalden tot voor kort geen en op dit moment een zeer lage premie, maar behouden het recht op het volledige verstrekkingenpakket. Dit heeft tot gevolg dat er voor deze verzekerden nauwelijks premie-inkomsten staan tegenover de uitgaven voor verstrekkingen.

Een tweede oorzaak, waar het aspect van verminderde premie-inkomsten eveneens een rol speelt, betreft de structurele veroudering van de bevolking. In 1982 was 18,5 % van de bevolking 60 jaar of ouder en 6,6 % was 75 jaar of ouder. Statistieken tonen aan dat deze bevolkingsgroepen een aanzienlijk hogere medische consumptie hebben dan de rest van de bevolking, hetgeen tot gevolg heeft dat ook hier de premie-inkomsten niet in verhouding zijn met de uitgaven. Dit probleem zal in de toekomst verergeren, gezien de voorspellingen⁸. In 1980 was 14,0% van de bevolking 65 jaar of ouder. In 1990 zal dat ongeveer hetzelfde zijn. Er is echter een sterke toename in de groep 60 – 64 jarigen: in 1980 waren dat er 1.600.000 en de voorspelling voor 1990 is 2.900.000, een toename van ruim 80 %. Dit betekent een stijging van 5,1 % per jaar in het aantal personen van 60 jaar en ouder tussen 1980 en 1990.

Een belangrijk probleem is ook de neiging van de overheid om gezien de huidige begrotingsproblematiek haar financiële medewerking aan de sociale zekerheid te verminderen. Zo zal bijvoorbeeld de subsidie van de overheid aan het stelsel voor studentenverzekering (beheerd door het algemene stelsel) afgeschaft worden. Het aandeel van de overheid in de kosten van de psychiatrie zal gaan verdwijnen, zodat deze kosten ten laste van de wettelijke verzekering zullen gaan komen.

Voorts wordt als, minder groot, probleem de stijging van de kosten als gevolg van de invoering van nieuwe medische technologieën genoemd en de daaruit voortkomende uitbreidingen van het verstrekkingenpakket. Opvallend is dat de sterke toename van het aantal artsen niet als probleem genoemd wordt, waar dat in de meeste andere onderzochte landen wel expliciet gebeurt. Dat de groei van het aantal artsen blijkbaar toch een probleem is blijkt uit het feit dat weliswaar iedere gekwalificeerde kandidaat wordt toegelaten tot de medische opleiding, maar dat het aantal tot het tweede jaar toe te laten studenten beperkt is. Hoewel deze maatregel al in 1977 genomen is, heeft deze beleidswijziging door de lengte van de opleiding pas op langere termijn effect.

6.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

Om de genoemde problemen het hoofd te bieden is in de afgelopen jaren een aantal (overheids)maatregelen ten aanzien van de financiering genomen.

Aan de inkomstenkant hebben de maatregelen met name betrekking op de premiebijdragen en specifieke heffingen. Voor wat betreft de premiebijdragen gaat het om de volgende maatregelen:

- In 1982 is een premie van 1 % op de werkloosheidsuitkeringen boven het minimumloon ingevoerd.
- In 1983 is een premie voor vervroegd gepensioneerden ingevoerd, gelijk aan het werknemersdeel (5,5 %).
- In 1984 is het maximum bedrag, waarover werkgevers premie verschuldigd waren, geschrapt.

⁸ D. Coudreau, "The French System of Domiciliary Care for the Elderly" in: International Social Security Association, *Long-Term Care and Social Security*, Geneva, 1984.

Voor wat betreft speciale belastingen en heffingen zijn de volgende maatregelen genomen:

- In 1983 werden heffingen op alcohol en rookwaren ingevoerd (de laatste is in 1984 weer afgeschaft en daarvoor zal geen compensatie komen) alsmede een heffing op reclame door de farmaceutische industrie; deze heffingen komen rechtstreeks aan de wettelijke ziektekostenverzekering ten goede.
- In 1985 is een verhoging van de motorvoertuigenbelasting ingevoerd, welke eveneens rechtstreeks ten goede komt aan de ziektekostenverzekering.
- In 1983 werd een verhoging met 1 % van de inkomstenbelasting over 1982 ingevoerd, welke eveneens bestemd was voor de financiering van ziektekostenverzekering. Deze verhoging is sinds 1985 weer afgeschaft.

Aan de uitgavenkant zoekt de overheid een oplossing voor de stijgende kosten met name in een vergroting van het financiële aandeel van de verzekerden zelf door de restitutiepercentages te verminderen:

- In 1985 is voor circa 380 geneesmiddelen het restitutie-percentage verlaagd van 70 naar 40 %.
- De restitutie-percentages voor verpleegkundige hulp en geneeskundig onderzoek zijn verlaagd van 75 naar 65 % respectievelijk van 70 naar 65 %.

6.7 Mogelijke oplossingen

Wat betreft de door de overheid genomen maatregelen ten aanzien van de financieringsproblematiek zijn de mutualiteiten sterke tegenstanders van verhogingen van de eigen bijdragen voor verzekerden. Zij stellen dat deze maatregelen een zwaarder financieel beslag leggen op de verzekerden (hetzij doordat de verzekerde de bijdrage werkelijk zelf betaalt hetzij doordat de eigen bijdragè aanvullend verzekerd wordt) zonder een reële oplossing te bieden voor de financieringsproblemen.

De mutualiteiten zoeken oplossingen meer in de richting van een grondige hervorming van het financieringssysteem van de sociale zekerheid. Daarbij wordt met name gedacht aan het diversificeren van de bronnen van financiering, vooral om te bereiken dat de financiering minder direct afhankelijk is van de economische situatie. Momenteel wordt bijna 90 % van de kosten van sociale zekerheid in het algemene stelsel gefinancierd uit premiebijdragen van werknemers en werkgevers. De mutualiteiten denken in dit opzicht ook in termen van "fiscalisatie". Men is voorstander van een (volgens de mutualiteiten meer rechtvaardige) bijdrage over het totaal aan gezinsinkomsten (samentelling), zodat de inkomsten van de sociale ziektekostenverzekering niet langer vrijwel uitsluitend gebaseerd zijn op beroepsmatige inkomsten van verzekerden. In het kader van het diversificeren van financieringsbronnen zijn de mutualiteiten het ook eens met de invoering van bestemmingsheffingen ten behoeve van de sociale ziektekostenverzekering, zoals dat in de afgelopen jaren door de overheid gebeurd is.

Met betrekking tot het probleem van de structurele veroudering van de bevolking bepleiten de mutualiteiten het ontwikkelen van alternatieven voor ziekenhuisopname, alternatieven die beter aangepast zijn aan de behoeften van oudere mensen en die een ziekenhuisopname kunnen voorkomen of uitstellen. De mutualiteiten bepleiten ook een strijd tegen de sterke medicalisering van problemen die samenhangen met het ouder worden. Er zou meer rekening gehouden moeten worden met de sociale achtergronden van deze problemen. Concrete voorstellen ten aanzien van de manier waarop een en ander zou moeten geschieden ontbreken echter vooralsnog.

Dat er door de ziekenfondsen ook naar meer concrete oplossingen gezocht wordt, blijkt uit een aantal experimenten en plannen⁹. Zo is op basis van een aantal experimenten in Parijse ziekenhuizen besloten dat ziekenhuizen op den duur een globaal budget zullen krijgen dat is gebaseerd op de diagnostische mix van patiënten die in een voorgaand jaar zijn opgenomen. Dit systeem zal binnen vier à vijf jaar ingevoerd worden hoewel men nog wel enige problemen ten aanzien van particuliere ziekenhuizen verwacht.

Er bestaan plannen om het aantal ziekenhuisbedden te verminderen, maar ook hier bestaan grote problemen doordat veel klinieken en kleine ziekenhuizen in particuliere (vaak politieke) handen zijn.

Wat betreft alternatieven voor ziekenhuisopname wordt gewerkt aan de ontwikkeling van verpleegkundige zorg thuis en aan de ontwikkeling van poliklinische afdelingen.

⁹ B. Abel-Smith, *Cost Containment in Health Care: the Experience of Twelve European Countries (1977 - 1983)*, Brussels, 1985.

7. IERLAND

7.1 De kosten van de gezondheidszorg

De ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Ierland is weer-gegeven in tabel 7.1. Hierbij moet opgemerkt worden dat in Ierland de kosten van gezondheidszorg wat meer omvatten dan in de meeste andere landen. Zo wordt een deel van het welzijnswerk tot de gezondheidszorg gerekend.

Tabel 7.1 Ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Ierland, 1960 – 1983

| jaar | kosten van gezondheidszorg in miljoenen (Ierse) ponden | als percentage van het bruto nationaal produkt |
|------|---|---|
| 1960 | 25 | 4,0 % |
| 1965 | 42 | 4,4 % |
| 1970 | 90 | 5,6 % |
| 1975 | 291 | 7,7 % |
| 1980 | 800 | 8,7 % |
| 1983 | 1.180 | 8,3 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

De kosten van gezondheidszorg in Ierland zijn sterk gestegen, niet alleen in absolute zin, maar ook als percentage van het bruto nationaal produkt. Vooral tussen 1970 en 1975 is de stijging zeer sterk te noemen. Ierland is echter het eerste land waar in het begin van de jaren tachtig het percentage van het bruto nationaal produkt dat aan gezondheidszorg besteed wordt, zo duidelijk afneemt.

7.2 De financiering van de gezondheidszorg

Het Ierse systeem van gezondheidszorg is gebaseerd op een mixture van Public Health Services, een grote non-profit ziektekostenverzekeraar (de Voluntary Health Insurance Board) en particuliere betalingen c.q. profit verzekeringen. De financiering van de Ierse gezondheidszorg geschiedde in 1983 als volgt:

- 90,2 % via Public Health Services
- 9,8 % via de particuliere sector, waarvan:
 - 6,4 % via de Voluntary Health Insurance Board
 - 3,4 % via particuliere betalingen en profit verzekeringen.

Het overgrote deel van de kosten wordt dus via de overheid gefinancierd.

7.3 De Public Health Services

7.3.1 De organisatie

Beleid en beheer in de gezondheidszorg staan onder toezicht van het Ministerie van Gezondheidszorg. De Public Health Services (nationale gezondheidsdiensten) worden beheerd door acht regionale gezondheidsraden. Deze raden zijn samengesteld uit lokale politieke vertegenwoordigers en vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen.

De algemene doelstelling van de openbare gezondheidsdiensten is het beschikbaar stellen van een tamelijk veelomvattend verstrekkingspakket aan de laagste inkomensgroepen en een minder veelomvattend verstrekkingspakket voor de inkomensgroepen daarboven.

Men onderscheidt drie categorieën mensen wanneer het gaat om het gebruik van openbare gezondheidsdiensten:

- Categorie I betreft mensen die zonder grote problemen geen huisarts en andere verstrekkingen voor zichzelf en de voor hun afhankelijke personen kunnen inschakelen. In de praktijk stellen de gezondheidsraden in dit kader inkomensgrenzen vast. In aanmerking komende personen ontvangen een General Medical Service Card. Momenteel gaat het om ongeveer 37 % van de bevolking.
- Categorie II betreft mensen met een jaarinkomen boven de voor categorie I geldende inkomensgrenzen, maar onder een landelijk vastgestelde tweede inkomensgrens. Momenteel (april 1986) bedraagt die grens 14.000 Ierse ponden. Ongeveer 50 % van de bevolking valt in deze categorie.
- Categorie III omvat de personen die niet voldoen aan de voorwaarden waarden voor categorie I of II.

Het verstrekkingspakket, waarop personen in de onderscheiden categorieën recht hebben, verschilt in samenstelling. De samenstelling komt in paragraaf 7.3.3 nader aan de orde.

7.3.2 De financiering

De openbare gezondheidsdiensten worden als volgt gefinancierd:

94,5 % uit de algemene belastingen

5,5 % uit premiebijdragen in de vorm van een premie van 1 % op alle inkomens tot een inkomensplafond van 14.000 Ierse ponden per jaar (tevens de inkomensgrens voor categorie II).

Financiering vindt voor een belangrijk deel plaats via budgetten; openbare ziekenhuizen en openbare afdelingen van particuliere ziekenhuizen krijgen door de overheid een budget toegewezen, evenals de verschillende gezondheidszorginstanties. Dit betekent dat de overheid in belangrijke mate controle kan uitoefenen op de uitgaven voor gezondheidszorg.

7.3.3 Het verstrekkingspakket

Zoals in paragraaf 7.3.1 werd beschreven is het verstrekkingspakket van de openbare gezondheidsdiensten verschillend van samenstelling al naar gelang de categorie, waarvan iemand deel uitmaakt.

Personen in categorie I hebben recht op het volledig pakket van gezond-

heidszorgvoorzieningen zonder bijbetalingen. Het volledige pakket omvat huisartsenhulp, geneesmiddelen, verzorging en behandeling in openbare ziekenhuizen en openbare afdelingen van particuliere ziekenhuizen, specialistische poliklinische behandeling in openbare (poli) klinieken en tusslotte tandheelkundige, oogheelkundige en oorheelkundige behandeling.

Personen in categorie II hebben recht op behandeling en verzorging in openbare ziekenhuizen en openbare afdelingen van particuliere ziekenhuizen en op specialistische poliklinische behandeling in openbare (poli)klinieken, op een bijdrage in de kosten van medicijnen buiten het ziekenhuis (maximaal 28 pond per maand), op huisartsenhulp bij moederschap en bij kindverzorging en op geneesmiddelen voor bepaalde langdurige ziekten (bijv. diabetes).

Personen in categorie III hebben recht op verzorging in openbare ziekenhuizen en openbare afdelingen van particuliere ziekenhuizen en op poliklinische diensten in openbare (poli)klinieken, maar dienen zelf het honorarium voor specialisten te betalen. Voorts heeft men met betrekking tot geneesmiddelen dezelfde rechten als voor personen uit categorie II.

7.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

De gezondheidszorg in de particuliere sector wordt vrijwel geheel gefinancierd via de non-profit ziektekostenverzekeraar, de Voluntary Health Insurance Board (VHI). Ongeveer 30 % van de bevolking is hierbij aangesloten. De VHI heeft vrijwel een monopoliepositie. Ongeveer 0,5 % van de bevolking is aangesloten bij een verzekeringsinstelling, die dateert van vòòr 1957 (het oprichtingsjaar van de VHI). Tusslotte is er nog een heel kleine groep die de gezondheidszorg zelf betaalt.

Vanaf 1979, het jaar waarin de Ierse overheid enkele belangrijke wijzigingen aanbracht in het systeem van de nationale gezondheidsdienst (het aantal onderscheiden categorieën personen werd teruggebracht van acht naar drie en de nominale premie werd gewijzigd in een procentuele premie), garandeert de VHI vergoeding van alle kosten inzake verzorging in het ziekenhuis en een wat men noemt "realistische vergoeding inzake de specialistenhonoraria" zonder de garantie van volledige vergoeding. De structuur van vergoedingen door de VHI bestaat uit drie onderdelen:

- Verblijf in een ziekenhuis. Gegarandeerd wordt de vergoeding van alle verblijfskosten in a. een openbaar ziekenhuis, b. semi-particuliere afdeling in particuliere ziekenhuizen en c. particuliere kamers in particuliere ziekenhuizen.
- "Honorariumeenheden" ten behoeve van de vergoeding van specialistische behandeling. Aan elke verrichting wordt een bepaalde waarde toegerekend. Gemiddeld wordt met behulp van de honorariumeenheden zo'n 86 % van het gedeclareerde honorarium vergoed.
- Extramurale verstrekkingen. De verzekerde kan een totaaldekking krijgen voor extramurale verstrekkingen boven een bepaalde grens. Momenteel is die grens 105 pond per jaar voor een alleenstaande en 170 pond voor een gezin.

Voor alle drie gebieden gelden bepaalde maximum vergoedingen die overigens zelden bereikt worden.

Nog twee belangrijke punten: Bij aanmelding uitgesloten (want reeds bestaande) ziekten worden na vijf jaar meeverzekerd. Voorheen bestond een toeslag van 15 % voor verzekerden van 60 jaar en ouder. Deze is inmiddels afgeschaft.

7.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen

Voor wat betreft de gezondheidszorg in Ierland worden wat minder problemen genoemd dan in de meeste andere onderzochte landen. Dat kan twee oorzaken hebben.

In de eerste plaats heeft de budgettering door de overheid in het begin van de jaren tachtig duidelijk vruchten afgeworpen in die zin, dat de kosten van gezondheidszorg minder snel gestegen zijn dan het bruto nationaal produkt. Mogelijk wordt in het licht van dit resultaat minder zwaar getild aan nog bestaande problemen.

Een tweede oorzaak is mogelijk gelegen in het feit dat de Ierse respondent een non-profit particuliere ziektekostenverzekeraar is (de Voluntary Health Insurance Board). Deze zal toch enigszins anders tegen eventuele problemen aankijken dan bijvoorbeeld een uitvoeringsorganisatie van openbare gezondheidsdiensten zoals een Regional Health Board.

In Ierland is sprake van een groeiende bezorgdheid ten aanzien van de toename van het aantal opnamen. Tussen 1972 en 1982 trad een stijging van 38 % op. Tegelijkertijd echter steeg het aantal verpleegdagen met slechts 12 % (ter vergelijking: de bevolking nam met 11 % toe). Er komt momenteel een discussie op gang over de vraag of gesproken moet worden over een sterke toename van het gebruik (in termen van opnamen) of over een stabilisatie (in termen van verpleegdagen). Zo zou bijvoorbeeld in termen van opnamen gesproken kunnen worden van een zekere onderconsumptie in het begin van de jaren zeventig.

Een vrij algemene klacht is dat de door de overheid gehanteerde bezuinigingsmethodiek via een reductie van budgetten (elk ziekenhuis ontvangt een gereduceerd budget, ongeacht de efficiency van het ziekenhuis) niet leidt tot een verbetering van de efficiency, maar tot een vermindering van de zorg. Voorstellen om de mate van efficiency en de productie van ziekenhuizen in aanmerking te nemen bij het vaststellen van budgetten stranden onder meer op het feit dat de informatie-systemen, die de overheid ter beschikking staan, ontoereikend zijn.

Wat betreft de ziekenhuizen, wordt ook gesproken over een relatief hoog aantal bedden; het "beddenoverschot" betreft vooral bedden voor niet-acute patiënten. Sluitingen liggen echter politiek zeer gevoelig.

Op een aantal punten is de honorering van beroepsgroepen nog een probleem. De huisartsen worden per verrichting betaald. De overheid is er van overtuigd dat dit er toe leidt dat huisartsen te veel diensten gaan verlenen teneinde het inkomen te vergroten. De huisartsen daarentegen vinden de honorering per prestatie te laag zodat ze zelfs onder hoge werkdruk onvoldoende inkomen krijgen.

De vrijwillige verzekering wordt geconfronteerd met een extra probleem dat gevormd wordt door de tarieven van ziekenhuizen. De tarieven van particuliere ziekenhuizen zijn (mede dankzij scherpe onderhandelingen) sinds 1979 nauwelijks gestegen, ongeveer gelijk aan het inflatiepercentage. De toeslagen voor (semi-)particuliere zorg in openbare ziekenhuizen zijn daarentegen zeer sterk gestegen (sinds augustus 1981 ongeveer elf maal het inflatie-niveau). Doordat de overheid zulke sterke stijgingen goedkeurt wordt een deel van de kosten, die anders uit de algemene middelen betaald zou worden, doorgeschoven naar de particuliere sector.

7.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

De belangrijkste en meest effectieve maatregel om de stijging van de kosten van de gezondheidszorg te beheersen is de al eerder genoemde budgettering door de overheid geweest. Via de regionale gezondheidsra-

den worden maandelijks budgetten en werkelijke uitgaven met elkaar vergeleken. Verbeteringen of uitbreidingen moeten goedgekeurd worden door het Ministerie.

Voorts worden artsen, wanneer het gaat om intramurale zorg in het kader van de openbare gezondheidsdiensten, tegenwoordig gesalarieerd in plaats van per prestatie gehonoreerd. Verder is de toelating tot de medische opleiding beperkt. In 1978 werden nog 500 studenten toegelaten; in 1983 waren dat er 300, hetgeen voor een klein land als Ierland nog teveel is. Geneesmiddelen, die ook zonder voorschrift verkrijgbaar zijn, worden niet langer vergoed.

De Voluntary Health Insurance Board heeft de laatste tijd dagverpleging en poliklinische behandelingen sterk gepropageerd. Dit heeft echter vooralsnog niet geleid tot een vermindering van het aantal opnamen. De VHIB vermoedt dat dit mede toegeschreven moet worden aan het feit dat het bestaande beddenoverschot vooral bedden voor niet-acute patiënten betreft.

7.7 Mogelijke oplossingen

Zoals al eerder werd gesteld zoekt men de oplossing voor het probleem, dat efficiënte ziekenhuizen net zoveel gekort worden als hun minder efficiënte collega's, in het meewegen van de mate van efficiency en van de productie. Daarvoor moeten dan wel toereikende informatiesystemen opgezet worden. Inmiddels zijn enkele experimenten met klinische budgettering gestart. Men hoopt hiermee medici in de intramurale sector meer bewust te kunnen maken van de economische effecten van hun handelen.

Voor wat betreft de huisartsen, die momenteel nog per verrichting gehonoreerd worden, wordt door de overheid in discussies momenteel een (beperkte) "Health Maintenance Organization-benadering" voorgesteld, waarbij de arts per verzekerde een vast bedrag ontvangt (conform het Nederlandse abonnementshonorarium) plus een deel van door hem bereikte besparingen (bijvoorbeeld door goedkoper voorschrijven). Overigens wordt het mogelijke effect van toename van verwijzingen naar de tweede lijn in deze discussies niet over het hoofd gezien.

Een discussie over de mogelijkheid van een verschuiving van institutionele zorg naar "gemeenschapszorg" ofwel van professionele zorg naar mantelzorg als mogelijke oplossing voor de vermindering van de kosten van gezondheidszorg verkeert nog in de beginfase en de meningen lopen zeer uiteen.

De Voluntary Health Insurance Board zoekt verder ook naar oplossingen voor haar specifieke problemen. Voor wat betreft de specialistenhonoraria, die nu voor zo'n 80 % via de verzekering gedekt worden, zoekt men naar een soort overeenkomst met de beroepsgroep waarin specialisten, die genoeg nemen met het door de verzekering geboden honorarium, als "voorkeur-artsen" gezien worden en waarin specialisten, die meer declareren als het geboden honorarium, slechts een deel van het geboden honorarium ontvangen (een variant op de Amerikaanse Preferred Provider Organizations).

De VHIB is overtuigd dat eigen bijdragen het gebruik van gezondheidszorg kunnen beperken, maar stelt dat "ons produkt aantrekkelijk moet zijn en dat uit onderzoeken is gebleken dat men liever hogere premies heeft dan beperkte verstrekkingen". Wel ziet men mogelijkheden voor een hoge eigen bijdrage bij onnodige opname of onnodig lang verblijf. Een en ander zou de VHIB willen realiseren met behulp van een machtingensysteem.

8. LUXEMBURG

8.1 De kosten van de gezondheidszorg

Wat de ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Luxemburg betreft zijn de gegevens over een kortere periode beschikbaar dan in de meeste andere landen. Tabel 8.1 geeft een overzicht van de ontwikkelingen in de periode 1970 – 1982.

Tabel 8.1 De ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Luxemburg, 1970 – 1983

| jaar | kosten van gezondheidszorg in miljoenen francs a) | als percentage van het bruto nationaal produkt |
|------|--|---|
| 1970 | 2.623 | 4,9 % |
| 1975 | 5.072 | 5,9 % |
| 1980 | 8.945 | 6,6 % |
| 1982 | 11.353 | 6,5 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985

a) Merkwaardigerwijs zijn in deze publikatie de collectieve uitgaven ten behoeve van de gezondheidszorg in Luxemburg hoger dan de totale uitgaven. Voor dit verschil wordt geen verklaring gegeven, maar de oorzaak is mogelijk gelegen in het gebruik van verschillende bronnen. In deze tabel zijn steeds de hoogste kosten aangehouden.

De geschetste ontwikkeling komt in grote lijnen overeen met die in de overige onderzochte landen. Opvallend is echter wel de ontwikkeling na 1980. De kosten van gezondheidszorg, uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal produkt, dalen in de periode 1980 – 1982 met 0,1 %. Evenals in Ierland (waar deze ontwikkeling wat sterker plaats vindt) is er voor het eerst sprake van een daling.

8.2 De financiering van de gezondheidszorg

Uitgaande van de bovenomschreven gegevens omtrent de totale kosten van de gezondheidszorg en van gegevens van de Luxemburgse overheid werd de gezondheidszorg in 1982 als volgt gefinancierd ¹:

68,9 % via de wettelijke ziektekostenverzekering;
31,1 % via (aanvullende) particuliere verzekeringen en particuliere bijdragen.

Binnen het deel dat gefinancierd wordt uit particuliere verzekeringen en particuliere bijdragen is een belangrijke rol weggelegd voor de mutualiteiten, non-profit verzekeringsmaatschappijen die onder meer aanvullende ziektekostenverzekeringen aanbieden.

¹ Ministère de la Sécurité Sociale, *Rapport général sur la sécurité sociale*, Luxembourg, 1985.

8.3 De sociale ziektekostenverzekering

8.3.1 De organisatie

Praktisch de gehele bevolking van Luxemburg is wettelijk verplicht verzekerd tegen ziektekosten; de enkeling die dat niet is, kan zich op vrijwillige basis aansluiten.

De negen ziekenfondsen, die de wettelijke ziektekostenverzekering uitvoeren, zijn georganiseerd rond beroepsgroepen. Zij worden beheerd door gekozen organen, bestaande uit vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers (met uitzondering van het ziekenfonds voor zelfstandigen, waar alleen vertegenwoordigers van de verzekerden zitting hebben in het bestuur). Sinds 1974, het jaar waarin de overheid de aangeboden verstrekkingenpakketten harmoniseerde, zijn de ziekenfondsen verenigd in een coördinerend orgaan, l'Union des Caisses de Maladie. Deze Union staat onder toezicht van een centraal comité, dat wordt voorgezeten door een vertegenwoordiger van de overheid en dat verder bestaat uit de voorzitters en vice-voorzitters van de ziekenfondsen. Daarnaast hebben vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg een adviserende stem in het centraal comité. De belangrijkste taken van het centraal comité zijn het toezicht houden op de ziekenfondsen en het sluiten van overeenkomsten met de beroepsgroepen en hulpverlenende instellingen in de gezondheidszorg.

8.3.2 De financiering

De inkomsten van de ziekenfondsen worden in de eerste plaats gevormd door premiebijdragen van de verzekerden. Voor werknemers wordt de premie voor de helft door de werknemer en voor de helft door de werkgever betaald. Bij zelfstandigen komt de premie geheel voor rekening van de verzekerde. Voor gepensioneerden en werklozen is de premie gelijk verdeeld over de uitkeringsgerechtigde verzekerde en de uitkerende instantie.

De hoogte van het premiepercentage is bij alle ziekenfondsen gelijk en wordt jaarlijks wettelijk vastgesteld. Het percentage bedroeg in 1984 4,7%. Als ondergrens voor premieheffing wordt gehanteerd een inkomen dat gelijk is aan het minimumloon voor een achttienjarige (momenteel zo'n 25.000 francs per maand), de bovengrens ligt op een inkomen gelijk aan vijf maal dit minimumloon. Is het loon lager dan het minimumloon, dan wordt het verschil bijgepast door de werkgever; wordt part-time gewerkt, dan is de te betalen premie evenredig minder.

De tweede bron van inkomsten voor de ziekenfondsen wordt gevormd door directe en indirecte bijdragen van de overheid. Momenteel neemt de overheid via haar bijdragen 30 % van de kosten van de wettelijke ziektekostenverzekering voor haar rekening. De bijdragen van de overheid nemen onder meer de volgende vormen aan²:

- Betaling van bepaalde premiebijdragen, bijvoorbeeld voor kinderen tot 18 jaar en studenten tot 25 jaar.
- Betaling van bepaalde verstrekkingen, bijvoorbeeld bij moederschap, verkeersongevallen waarvoor niemand aansprakelijk gesteld kan worden, bepaalde sportongevallen (bijv. in schoolverband).
- Bijdragen aan het fonds voor grote risico's. Via dit fonds neemt de overheid de kosten van behandeling en verblijf voor haar rekening in geval van psychiatrische behandeling, tuberculose, kanker, voorzover

² Ministère de la Sécurité Sociale, *Rapport général sur la sécurité sociale*, Luxembourg, 1985.

deze langer duren dan zes maanden, in geval van aangeboren afwijkingen en dergelijke.

- Bijdragen aan het nationaal fonds voor solidariteit. Via het nationaal fonds voor solidariteit betaalt de overheid aan de ziekenfondsen het verschil tussen (premie-)inkomsten en uitgaven ten behoeve van gepensioneerde verzekerden.
- Betaling van bepaalde administratieve kosten van bepaalde ziekenfondsen.

Alle overheidsbijdragen zijn wettelijk vastgelegd.

Jaarlijks vindt een verevening plaats tussen de ziekenfondsen, welke wettelijk geregeld is. Deze verevening wordt noodzakelijk geacht vanwege verschillen in gemiddeld loon tussen de beroepsgroepen (inkomsten) en verschillen in de samenstelling van het verzekerdenbestand (uitgaven).

8.3.3 *Het verstrekkingenpakket*

Sinds 1974, het jaar waarin de overheid wettelijke richtlijnen uitvaardigde omtrent de samenstelling, is het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen gelijk gebleven. Het pakket omvat: medische en tandheelkundige zorg, de kosten van ziekenhuisopname, de kosten van geneesmiddelen, paramedische zorg, kunst- en hulpmiddelen, verstrekkingen in het kader van moederschap.

De verstrekkingen worden in principe vergoed op basis van restitutie, dat wil zeggen dat de verzekerde de rekening eerst zelf betaalt en vervolgens naar het ziekenfonds stuurt. Het ziekenfonds restitueert (gedeeltelijk) de kosten. In de praktijk werkt men bij ziekenhuisopname met het systeem van betalende derde, hetgeen inhoudt dat de rekening rechtstreeks naar het ziekenfonds gaat. Voor de overige verstrekkingen geldt dat de ziekenfondsen de kosten terugbetalen voorzover deze niet hoger zijn dan de vastgestelde tarieven en minus een eventueel te betalen eigen bijdrage.

Ook in Luxemburg bestaan door de overheid vastgestelde eigen bijdragen van verzekerden. Het gaat om de volgende verstrekkingen:

- Geneesmiddelen zijn verdeeld in drie categorieën: een categorie die niet vergoed wordt, een categorie met een "normale" vergoeding van 80 % (een eigen bijdrage derhalve van 20 %) en een "voorkeurscategorie" met een vergoeding van 100 % (geen eigen bijdrage).
- Bij ziekenhuisopname geldt een eigen bijdrage van 150 francs per dag, uitgezonderd slachtoffers van arbeidsongevallen en zwangere c.q. bevallen vrouwen.
- Voor wat betreft tandheelkundige zorg geldt een eigen bijdrage van 20 % in de kosten van gebitsprothesen, tenzij de verzekerde kan aantonen in de voorafgaande twee jaar jaarlijks de tandarts te hebben geconsulteerd.
- Tenslotte geldt een eigen bijdrage van 20 % in de kosten van een eerste geneeskundige consult of visite in een periode van 28 dagen en 5 % voor daaropvolgende consulten/visites.

In tabel 8.2 worden de kosten van verstrekkingen in de sociale ziektekostenverzekering in 1984 weergegeven, exclusief de door verzekerden betaalde eigen bijdragen. Hierbij moet opgemerkt worden dat de kosten van administratie en beheer niet opgenomen zijn. Het gaat hier om een bedrag van 643 miljoen francs; dit bedrag heeft echter mede betrekking op de ziekengeldverzekering, een onderdeel van de sociale zekerheid dat eveneens door de ziekenfondsen wordt uitgevoerd maar hier buiten beschouwing blijft.

Tabel 8.2 De uitgaven in het kader van de sociale ziektekostenverzekering, 1984

| omschrijving | kosten in miljoenen francs | in procenten |
|---|-------------------------------|--------------|
| kosten van ziekenhuisopname | 2.250 | 26 % |
| kosten van medische zorg | 1.956 | 22 % |
| kosten van kunst- en hulpmiddelen | 1.750 | 20 % |
| kosten van farmaceutische hulp | 1.545 | 17 % |
| vergoedingen voor chirurgie en anaesthesie | 394 | 4 % |
| kosten van tandheelkundige zorg | 393 | 4 % |
| kosten van radiologisch onderzoek en behandeling, electrofysische behandeling | 268 | 3 % |
| kosten van verstrekkingen in het kader van zwangerschap, bevallen, e. d. | 173 | 2 % |
| kosten van begrafenisuitkeringen | 110 | 1 % |
| overige kosten | 86 | 1 % |
| totaal | 8.925 | 100 % |

Bron: Ministère de la Sécurité Sociale, *Rapport Général sur la Sécurité Sociale*, Luxemburg, 1984.

8.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

Vanaf het midden van de vorige eeuw werden organisaties voor onderlinge financiële hulp bij ziekte, invaliditeit en overlijden, de zogenoemde mutualiteiten, opgericht. Als gevolg van de ontwikkeling van het verplichte stelsel van sociale zekerheid is de rol van de mutualiteiten tegenwoordig beperkt tot een aanvulling op de verplichte sociale ziektekostenverzekering. Om erkend te zijn c.q. te worden moeten de mutualiteiten voldoen aan een aantal wettelijke eisen met betrekking tot verstrekkingen, inkomsten, beheer en dergelijke.

De mutualiteiten zijn non-profit organisaties en financieel onafhankelijk; ze worden beheerd door de verzekerden zelf. De mutualiteiten staan onder toezicht van het Ministerie van Sociale Zaken via de "Conseil Supérieur de la Mutualité". Deze raad, bestaande uit zeven door de Groothertog benoemde leden, moet het Ministerie adviseren in aangelegenheden betreffende de mutualiteiten.

In 1956 heeft de federatie van mutualiteiten "La Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste" opgericht, die de belangrijkste mutualiteit vormt, zowel in aantal leden (momenteel is ongeveer 75 % van de bevolking aangesloten) als in verstrekkingen. De aanvullende verzekering van de CMCM omvat onder andere de betaling van ziekenhuisverblijf in particuliere kamers, van aanvullende honoraria voor artsen tijdens ziekenhuisverblijf en van behandeling in buitenlandse universitaire klinieken (voorzover behandeling niet in Luxemburg plaats kan vinden); voorts aanvullingen op tandheelkundige behandeling en verstrekking van gebitsprothesen.

De overige mutualiteiten, waarvan het aantal leden varieert tussen 200 en 20.000, verlenen onder meer financiële hulp bij overlijden (begrafenisuitkeringen), bij ziekte en bij arbeidsongeschiktheid (althans de kosten die niet voor rekening van het ziekenfonds of de CMCM komen).

De belangrijkste inkomsten van de mutualiteiten worden gevormd door premiebijdragen van de verzekerden en door opbrengsten van belegd kapitaal en onroerend goed.

8.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen

Als grootste probleem in de sociale ziektekostenverzekering in Luxemburg ziet men het feit dat de overheid momenteel éénderde van alle uitgaven subsidieert. In het voorafgaande is al aangegeven dat er verschillende wijzen zijn waarop de overheid bijdraagt aan de sociale ziektekostenverzekering, bijvoorbeeld door betaling van premies voor bepaalde categorieën verzekerden, door betaling van de behandeling van grote risico's, etc. Al deze overheidsbijdragen zijn wettelijk vastgelegd. Het probleem ontstaat vooral als gevolg van één specifieke wijze van bijdragen: de overheid neemt het verschil voor haar rekening tussen de inkomsten en de uitgaven ten behoeve van verstrekkingen aan gepensioneerden. In feite betekent dit dat de overheid "de veroudering van de bevolking betaalt".

Met bovenomschreven probleem wordt al een belangrijke oorzaak van de kostenstijging genoemd: de veroudering van de bevolking. In 1980 was 14,0 % van de bevolking van Luxemburg 65 jaar of ouder, in 1960 was dat nog 10,8 %. Voor het jaar 2000 verwacht men een percentage van 16,1.

Als problematisch worden voorts twee andere oorzaken van de kostenstijging in de gezondheidszorg genoemd, oorzaken die betrekking hebben op het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen.

De ziekenfondsen in Luxemburg hebben een contracteerplicht voor wat betreft artsen, hetgeen wil zeggen dat alle gevestigde artsen verzekerden voor rekening van het ziekenfonds kunnen behandelen. De verzekerden zijn vrij in de keuze van een behandelend arts. In deze situatie zijn de artsen in feite in staat hun eigen inkomen te bepalen, bijvoorbeeld door middel van het terugbestellen van patiënten. Evenals in andere Westeuropese landen is het aantal artsen in Luxemburg sterk gestegen: was er in 1960 één arts op 987 inwoners en in 1970 één op 885, in 1980 werd er één arts op 586 inwoners beschikbaar. Het moge duidelijk zijn dat de combinatie van contracteerplicht van de ziekenfondsen, een stijgend aantal artsen en keuzevrijheid van de verzekerde voor wat betreft de behandelend arts leidt tot stijgende kosten in de gezondheidszorg.

Een tweede probleem ten aanzien van het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen is gelegen in de indeling van Luxemburg in drie regio's, te weten noord-, zuid- en de stad Luxemburg. De drie regio's streven alle naar een zo volledig mogelijk aanbod van voorzieningen in het eigen gebied. Zo vragen de regio's alle drie een scanner aan, terwijl de capaciteit van één scanner voldoende zou zijn voor geheel Luxemburg. De politieke druk op de overheid vanuit de drie regio's is echter zeer groot.

8.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

Naar aanleiding van de groeiende tekorten in de sociale ziektekostenverzekering (468 miljoen francs over 1981, 671 miljoen francs over 1982) heeft de overheid in de afgelopen jaren diverse maatregelen getroffen teneinde de tekorten te verminderen. De meeste van deze maatregelen, waarvan enkelen al in het voorgaande aan de orde zijn geweest, zijn per 1 januari 1983 van kracht geworden.

Met betrekking tot de premieheffing werden twee maatregelen genomen: het premiepercentage werd verhoogd van 4,5 naar 4,7 % en het maximum-inkomen waarover premie verschuldigd is werd verhoogd van vier maal naar vijf maal het minimumloon.

Voorts werden eigen bijdragen van verzekerden ingevoerd c.q. verhoogd. Verzekerden betalen per 1 januari 1983 20 % van de kosten van een consult/visite van een arts, als het een eerste bezoek betreft, en 5 % bij volgende bezoeken (binnen 28 dagen). De eigen bijdrage bij verblijf in

het ziekenhuis werd verhoogd tot 150 francs per dag en de eigen bijdrage voor geneesmiddelen werd verhoogd van 15 naar 20 %. Tevens mogen niet meer dan drie geneesmiddelen per recept voorgeschreven worden.

Per 1 januari 1983 werden de apothekers verplicht de ziekenfondsen een korting te geven van 5 % op de officiële verkoopprijs. Tenslotte is per 1 januari 1984 door de overheid een tariefsverlaging voor artsen en tandartsen van 1 % opgelegd.

8.7 Mogelijke oplossingen

Zoals uit de beschrijving van de sociale ziektekostenverzekering is gebleken zijn de ziekenfondsen als uitvoeringsorganisaties van de wettelijk verplichte ziektekostenverzekering nauwelijks autonoom. De vaststelling van het verstrekkingenpakket en de premies geschiedt door de overheid; bovendien draagt de overheid een belangrijk deel van de kosten. De verdere ontwikkeling van de ziektekostenverzekering is volgens de uitvoeringsorganisaties op de eerste plaats een zaak van overheidsbeslissingen en dus sterk afhankelijk van de politieke constellatie. Het bestaande systeem van de wettelijk verplichte ziektekostenverzekering geniet een brede steun. Dit betekent dat zeker niet gezocht wordt naar oplossingen die diep ingrijpen in het huidige systeem. Oplossingen als beperking van het verstrekkingenpakket of (gedeeltelijke) privatisering worden van de hand gewezen omdat dergelijke oplossingen ten koste zouden gaan van de sociaal zwakkeren. Deze oplossingen worden overigens ook door de mutualiteiten, die in een dergelijke situatie een "groter deel van de markt" zouden krijgen, van de hand gewezen omdat men wil voorkomen dat een "Medizin für die Reichen" ontstaat.

Een toekomstige ontwikkeling, die overigens meer een probleem zou scheppen dan een oplossing bieden, zou kunnen zijn dat de overheid haar bijdragen aan de verplichte ziektekostenverzekering gaat bevriezen op het huidige niveau van éénderde van de uitgaven. Een dergelijke maatregel is kort geleden getroffen bij de ouderdomspensioenverzekering.

Maatregelen om de kostenstijging te beperken c.q. de inkomsten en uitgaven met elkaar in evenwicht te brengen zullen een marginaal karakter hebben, mede vanwege het feit dat de tekorten de laatste twee jaar kleiner worden.

9. WEST-DUITSLAND

9.1 De kosten van de gezondheidszorg

Tabel 9.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg in West-Duitsland.

Tabel 9.1 Ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in West-Duitsland, 1960 – 1982

| jaar | kosten van gezondheidszorg in miljoenen marken | als percentage van het bruto nationaal product |
|------|---|---|
| 1960 | 14.530 | 4,8 % |
| 1965 | 23.520 | 5,1 % |
| 1970 | 37.810 | 5,6 % |
| 1975 | 83.400 | 8,1 % |
| 1980 | 119.380 | 8,1 % |
| 1982 | 130.710 | 8,2 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

De kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal produkt, waren in 1960 in West-Duitsland het hoogst in vergelijking met de overige in het onderzoek betrokken landen. Deze kosten zijn tussen 1960 en 1975 sterk gestegen. Vanaf 1975 treedt een duidelijke stabilisatie op. Toch behoort het percentage van het bruto nationaal produkt, dat in 1982 aan de gezondheidszorg werd uitgegeven nog steeds tot de hoogste in de onderzochte landen.

9.2 De financiering van gezondheidszorg

De kosten van de gezondheidszorg werden in 1982 als volgt gefinancierd ¹:

- 64 % door de ziekenfondsen
- 17 % door de overheid
- 19 % door particuliere bijdragen en verzekeringen.

In dit overzicht zijn geldelijke uitkeringen, zoals bijvoorbeeld het ziekengeld, dat in West-Duitsland een onderdeel van de sociale ziektekostenverzekering vormt, buiten beschouwing gelaten.

¹ De wijze van financiering is afgeleid uit de OESO-gegevens en uit gegevens omtrent de uitgaven in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering.

9.3 De sociale ziektekostenverzekering

9.3.1 De organisatie

West-Duitsland kent een wettelijke ziektekostenverzekering, die wordt uitgevoerd door een groot aantal ziekenfondsen. De ziekenfondsen zijn betrekkelijk autonoom. Zij worden bestuurd door gekozen vertegenwoordigers van verzekerden en werkgevers (met uitzondering van de Ersatzkassen, waar geen werkgevers zitting hebben in het bestuur). De ziekenfondsen worden over het algemeen onderscheiden naar de groepen verzekerden waarvoor ze bestemd zijn:

- Ortskrankenkassen (plaatselijke ziekenfondsen);
- Betriebskrankenkassen (ziekenfondsen voor het bedrijfsleven);
- Innungskrankenkassen (ziekenfondsen voor ambachtelijke beroepen);
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (ziekenfondsen voor de landbouw);
- een Seekrankenkasse (voor zeevarenden);
- een Bundesknappschaft (voor mijnwerkers);
- Ersatzkassen (voor vrijwillig ziekenfondsverzekerden).

De ziekenfondsen zijn veelal gegroepeerd volgens dit onderscheid en kennen overkoepelende organisaties op deelstaat- en bondsniveau.

Ongeveer 92 % van de Westduitse bevolking is via de wettelijke ziektekostenverzekering verzekerd, hetzij verplicht, hetzij vrijwillig.

Verplicht verzekerd zijn handarbeiders, hoofdarbeiders onder een bepaalde inkomensgrens (in 1985 DM 48.600,- per maand), studenten en stagiaires, uitkeringsgerechtigden, gepensioneerden voorzover zij tenminste de helft van hun arbeidersverleden leven via de sociale ziektekostenverzekering verzekerd waren, geestelijk en lichamelijk gehandicapten en bepaalde groepen zelfstandigen.

Verzekeringsgerechtigd zijn personen die niet langer verplicht verzekerd zijn, bijvoorbeeld doordat het inkomen de gestelde grens te boven gaat of doordat men niet langer beroepsmatig werkzaam is. Deze mensen kunnen zich vrijwillig aansluiten bij de sociale ziektekostenverzekering.

9.3.2 De financiering

De totale inkomsten van de ziekenfondsen waren in 1983 als volgt verdeeld²:

- 79 % premiebijdragen en eigen bijdragen³ van verzekerden, exclusief gepensioneerde verzekerden
- 16 % premiebijdragen en eigen bijdragen van gepensioneerde verzekerden
- 5 % overige inkomsten.

In totaal wordt dus 95 % van de uitgaven van ziekenfondsen gefinancierd uit premiebijdragen van verzekerden. De indeling in al dan niet gepensioneerde verzekerden wijkt af van de elders in dit rapport gehanteerde indelingen. Het hier gehanteerde en tevens door de Duitse uitvoeringsorganisaties gehanteerde onderscheid houdt verband met de financiële problematiek in de West-Duitse sociale ziektekostenverzekering. Hierop wordt later in dit hoofdstuk terug gekomen.

² *Aktuelle Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung*, overdruk afkomstig van het Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen, 1985.

³ In totaal wordt ongeveer 6,5 % van de "omzet van ziekenfondsen" gefinancierd door middel van eigen bijdragen van verzekerden.

Over het algemeen wordt de te betalen premie door de individuele ziekenfondsen zelf vastgesteld. De hoogte van het premiepercentage varieert van 6 tot 14 %. Een uitzondering betreft de door studenten te betalen premie: deze is nominaal en wordt door de overheid vastgesteld. De premies van niet-gepensioneerde verzekerden komen tot stand op basis van een gemiddelde premiehoogte van 11,8 % van het premieplichtig loon, dat in 1985 DM 4.050,- per maand bedroeg. De premie wordt voor de helft door de werknemer en voor de helft door de werkgever betaald.

Uitkeringsgerechtigden, zoals werklozen, betalen zelf geen premie; deze wordt voor hen betaald door de Bundesanstalt für Arbeit, de uitvoeringsorganisatie van de werkloosheidswet.

De premies van gepensioneerde verzekerden bedragen gemiddeld 11,8 % van het pensioen. Voorts betalen gepensioneerden sinds 1983 een premie van 5,9 % over inkomsten naast het ouderdomspensioen. Tot voor enkele jaren werden de premies over het pensioen volledig gedragen door de uitvoeringsorganisaties van de (ouderdoms)pensioenverzekering. Vanaf 1983 moeten de gepensioneerde verzekerden een deel van de premie zelf betalen. In 1983 was dat 3 van de 11,8 %, in 1985 was dat al 4,5 van de 11,8 %.

De overige inkomsten van de ziekenfondsen bestaan voornamelijk uit opbrengsten van vermogen en vergoedingen van andere openbare instellingen.

9.3.3 *Het verstrekkingenpakket*

Het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen wordt door de overheid wettelijk vastgesteld en omvat onder meer geneeskundige en tandheelkundige behandeling, genees- en verbandmiddelen, kunst- en hulpmiddelen, arbeidstherapie, ziekenhuisverpleging, behandeling in kuuroorden en, in specifieke gevallen, huishoudelijke hulp.

Over het algemeen is de sociale ziektekostenverzekering gebaseerd op het principe van verstrekkingen in natura. Voor een aantal verstrekkingen zijn de verzekerden eigen bijdragen verschuldigd. De aard en omvang van deze eigen bijdragen worden wettelijk vastgesteld. Momenteel kent men in West-Duitsland de volgende eigen bijdragen:

- voor geneesmiddelen een eigen bijdrage van DM 2,- per recept;
- voor kunst- en hulpmiddelen (inclusief brillen) een eigen bijdrage van DM 4,- per voorschrift;
- bij tandheelkundige behandeling tenminste 40 % van de kosten van tandtechniek;
- bij ziekenhuisopname een eigen bijdrage van DM 5,- per dag tot maximaal 14 dagen en een maximum bedrag van DM 70,- per jaar (hierbij zijn kinderen onder 18 jaar vrijgesteld);
- voor kuren een eigen bijdrage van DM 10,- per dag tot een maximum van DM 300,- (ook hier zijn kinderen onder 18 jaar vrijgesteld).

Een groot aantal ziekenfondsen kent met betrekking tot de eigen bijdragen hardheidsclausules, die bepaalde vrijstellingen mogelijk maken.

In tabel 9.2 wordt weergegeven hoe in 1984 de uitgaven van de ziekenfondsen over de verstrekkingen werden verdeeld.

Tabel 9.2 Uitgaven in het kader van de ziekenfondsverzekering naar verstrekking, 1984

| verstrekking | kosten in miljarden DM | in procenten |
|-----------------------------|---------------------------|--------------|
| ziekenhuis verpleging | 33,1 | 32 % |
| geneeskundige behandeling | 19,0 | 18 % |
| genees- en verbandmiddelen | 15,5 | 15 % |
| tandheelkundige behandeling | 13,9 | 13 % |
| kunst- en hulpmiddelen | 6,0 | 6 % |
| ziekengeld a) | 6,3 | 6 % |
| overige verstrekkingen a) | 9,5 | 9 % |
| totaal | 103,3 | 100 % |

Bron: Verband der Angestellten-Krankenkassen, *Ersatzkassen Report*, Siegburg, sept. 1985.

a) Ziekengeld en een deel van hetgeen onder overige verstrekkingen is opgenomen, behoort strikt genomen niet tot hetgeen in dit onderzoek als kosten van sociale ziektekostenverzekering gezien wordt. Omdat een en ander niet uit te splitsen is, is het volledigheidshalve toch in dit overzicht opgenomen.

9.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

Ongeveer 7 % van de Westduitse bevolking is voor een verzekering tegen ziektekosten volledig aangewezen op particuliere verzekeringsmaatschappijen. Daarnaast sluit een deel van de bij het ziekenfonds verzekerden een aanvullende verzekering af bij een particuliere maatschappij, bijvoorbeeld voor klasseverpleging; het betreft ongeveer 8 % van de bevolking. De eigen bijdragen die in de sociale ziektekostenverzekering betaald moeten worden, zijn niet dusdanig hoog dat daarvoor aanvullende verzekeringen worden afgesloten.

Overigens proberen de particuliere verzekeringsmaatschappijen hun aandeel op de markt voor ziektekostenverzekeringen uit te breiden met mensen, die zich tot nu toe vrijwillig bij de sociale ziektekostenverzekering hadden aangesloten.

9.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen

Een van de grootste problemen in de financiering van de gezondheidszorg betreft de veroudering van de bevolking. Het is vooral de sociale ziektekostenverzekering, die daar de gevolgen van ondervindt. De veroudering blijkt uit het percentage 65-plussers dat in 1980 in West-Duitsland het hoogst was in vergelijking met omringende landen, namelijk 15 %.

Aan de ene kant neemt het aantal bejaarden in de sociale ziektekostenverzekering sterk toe. Als gevolg van de hogere morbiditeit in deze leeftijdsgroep stijgen ook de uitgaven sterk. In 1985 waren de uitgaven per gepensioneerde verzekerde met 36 % gestegen ten opzichte van 1979, terwijl de stijging van de uitgaven per verzekerde voor de overige verzekerden in dezelfde periode 12 % bedroeg. Als gevolg van deze ontwikkelingen zijn de kosten per bejaarde verzekerde momenteel zo'n 60 à 70 % hoger dan de kosten per verzekerde voor de overige verzekerden.

Tegenover de sterk stijgende uitgaven voor bejaarden staat geen evenredige stijging van de inkomsten. De premiebijdragen van de gepensioneerde verzekerden dekken op dit moment ongeveer 45 % van de uitgaven voor deze leeftijdsgroep; de overige 65 % moet door de actieve bevolking worden opgebracht.

Overigens hebben ook overheidsmaatregelen aan het ontstaan van deze situatie bijgedragen. De overheid tracht te bezuinigen op de sociale zekerheid. Een van de gevolgen hiervan is dat de financieringsproblemen, die

er met name rond de pensioenverzekering zijn, gedeeltelijk op de ziekte-kostenverzekering afgeschoven worden. Vooral vanaf 1983 is dit duidelijk merkbaar in de vorm van een verminderde stijging van de pensioenen (en derhalve een verminderde stijging van de premie-inkomsten) en een premieplicht voor pensioen- en werkloosheidsverzekering over ontvangen ziekgeld, waarbij de premie voor 50 % door het ziekenfonds betaald dient te worden.

Het tweede belangrijke probleem, waarmee de sociale ziektekostenverzekering worstelt, betreft het grote en soms nog groeiende aanbod van voorzieningen.

Met name het aantal artsen is in de afgelopen jaren sterk gestegen van 14,3 per 10.000 inwoners in 1960 tot 23,8 per 10.000 inwoners in 1982⁴, een stijging van 66 %. De ziekenfondsen hebben een contracteerplicht. Een stijgend aantal artsen blijkt te leiden tot een stijgend aantal verrichtingen, ondanks het feit dat het aantal te behandelen patiënten de laatste jaren nauwelijks toeneemt. Vooral in de ambulante sector wordt een sterke stijging geconstateerd.

Ook het totaal aantal beschikbare bedden in de intramurale sector wordt door de ziekenfondsen te hoog geacht hoewel het vanaf 1975, toen het aantal 11,8 per 1.000 inwoners was, inmiddels gedaald is tot 11,1 per 1.000 inwoners in 1982. De ziekenfondsen hebben op dit gebied geen zeggenschap: intramurale voorzieningen vallen onder de verantwoordelijkheid van de deelstaten en de ziekenfondsen hebben in deze slechts een adviesfunctie. De ziekenhuiskosten vormen zo'n 30% van de totale kosten van gezondheidszorg en stijgen ongeveer tweemaal sneller dan het gemiddelde loon. Dit ondanks het feit dat de loonkosten zo'n 70% van de totale ziekenhuiskosten uitmaken.

Medisch-technologische ontwikkelingen spelen ook een rol. In West-Duitsland bestond tot voor kort geen planningswetgeving met betrekking tot medische apparatuur. Op veel plaatsen werd nieuwe (en dure) apparatuur aangeschaft en het blijkt dat, waar apparatuur eenmaal beschikbaar is, deze ook volop gebruikt wordt. Pas zeer recent zijn richtlijnen tot stand gekomen ten aanzien van de aanschaf van deze apparatuur.

In feite hebben de ziekenfondsen het idee alleen te kunnen onderhandelen met artsen en tandartsen. Voor wat betreft intramurale voorzieningen beslist de deelstaatregering en ook wat betreft de verpleegprijzen heeft de overheid uiteindelijk het laatste woord; in de geneesmiddelensector speelt de farmaceutische industrie een doorslaggevende rol.

Het derde grote probleem, waarvoor de ziekenfondsen zich gesteld zien, betreft wederom de financiering. De overheid dringt er bij de ziekenfondsen voortdurend op aan de te betalen premies niet te verhogen, zodat de stijging van de loonkosten beperkt kan blijven. Het is echter de overheid zelf die voor 97 % het verstrekkingenpakket vaststelt dat door de ziekenfondsen moet worden aangeboden. De ziekenfondsen moeten de uitgaven, die zij in dit kader moeten doen, door middel van de premie-inkomsten zien te financieren; de overheid verleent geen financiële steun. In 1984 hadden de ziekenfondsen een gezamenlijk tekort van 3 miljard DM. De premieverhogingen, die zo'n 300 ziekenfondsen tussen november 1984 en november 1985 hebben doorgevoerd en die hebben geleid tot een stijging van de gemiddelde premiebijdrage in deze periode van 11,42 naar 11,84 %, zijn onvoldoende geweest om dit tekort volledig in te halen.

⁴ Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 - 1983*, Parijs, 1985.

9.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

De ziekenfondsen kunnen individueel de te betalen premie vaststellen. Zoals al eerder werd gesteld hebben de geschetste problemen in veel gevallen geleid tot premieverhogingen. Per 1 januari moeten gepensioneerden ook over andere inkomsten dan hun ouderdomspensioen premie betalen; de premiehoogte bedraagt de helft van de normale hoogte.

Een aantal belangrijke maatregelen is wettelijk tot stand gekomen onder meer op basis van aanbevelingen van de "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen". Dit is een wettelijk in het leven geroepen groep, bestaande uit vertegenwoordigers van de sociale ziektekostenverzekering, van de hulpverleners c.q. hulpverlenende instellingen, van de sociale partners en de territoriale publiekrechtelijke lichamen. De groep heeft tot taak aanbevelingen inzake wijzigingen in de vergoedingen en verdere voorstellen met betrekking tot veranderingen in de gezondheidszorg te doen. Dit geschiedt veelal via specifieke commissies, waarin betrokken partijen vertegenwoordigd zijn.

In 1983 zijn de volgende maatregelen genomen. Per 1 januari werd een eigen bijdrage voor ziekenhuisverblijf ingevoerd (5 DM per dag tot een maximum van 14 dagen). Tevens werd de eigen bijdrage voor geneesmiddelen verhoogd van 1 naar 2 DM per voorschrift. De ziekenfondsen kunnen vanaf 1983 kosten van huishoudelijke hulp betalen als daarmee een ziekenhuisopname bekort of vermeden kan worden.

Per 1 januari 1984 moeten ook over ontvangen ziekengeld en pensioen werkloosheidspremies betaald worden, waarvan de helft voor rekening van de ziekenfondsen komt.

Voor de periode 1 juli 1985 tot 30 juni 1986 is tussen artsen en ziekenfondsen een overeenkomst afgesloten volgens welke de kosten van ambulante geneeskundige behandeling niet sneller mogen stijgen dan de gemiddelde loonkosten. Per 1 juli werd tussen ziekenfondsen en tandartsen overeengekomen de op dat moment geldende tarieven voor de rest van het jaar te handhaven. Overigens hebben de tandartsen inmiddels een verhoging van 5% gevraagd. Voorts zijn partijen overeengekomen de vergoeding voor conserverende behandelingen te verhogen en voor gebitsvervanging en kaakorthopedie te verlagen.

Een commissie van artsen en ziekenfondsen heeft besloten een prijsvergelijkinglijst voor geneesmiddelen op te stellen; deze zou in de loop van 1986 zo'n 45% van de geneesmiddelenmarkt moeten omvatten. Eind 1985 heeft het merendeel van de farmaceutische industrieën toegezegd de prijsstijgingen in de komende twee jaar te beperken tot minder dan de helft van de procentuele loonstijging.

De belangrijkste maatregel in 1986 betreft de budgettering van de ziekenhuizen. Het budget komt tot stand in overleg tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen. Overschotten of tekorten zijn voor rekening van het ziekenhuis.

Artsen en ziekenfondsen zijn het in principe eens dat een economische en kwalitatieve inzet van medisch-technologische apparatuur alsmede een betere afstemming tussen ambulante en intramurale verzorging in gezamenlijk overleg moet geschieden. Maatregelen hiervoor worden voorbereid.

9.7 Mogelijke oplossingen

Voor wat betreft de inkomstenkant van de sociale ziektekostenverzekering denken de ziekenfondsen vooral aan een verhoging van de premies, met name van gepensioneerde verzekerden, ondanks de aandrang van de overheid de premies op het huidige niveau te handhaven. De ziekenfond-

sen vragen zich af hoe zij zonder die premieverhogingen het verstrekkingenpakket moeten financieren. Men heeft niet veel vertrouwen in de effecten van de door de overheid gemaakte keuze om alleen te streven naar een vermindering van de uitgaven door middel van bezuinigingsmaatregelen.

De ziekenfondsen zijn niet eensgezind over eventuele uitbreidingen en/of verhogingen van de eigen bijdragen, maar vinden het in ieder geval wel kwalijk dat de overheid ook daar eigen bijdragen invoert waar de ziekenfondsen negatief adviseren.

De ideeën van de ziekenfondsen omtrent oplossingen ten aanzien van de kostenstijgingen in de gezondheidszorg zijn meer gelegen aan de aanbodkant.

Voor wat betreft het sterk groeiende aantal artsen bepleiten de ziekenfondsen toelatingsbeperkingen. Dit werd tot voor kort afgewezen op grond van gerechtelijke uitspraken. Eind 1985 is door de overheid een wetsontwerp aangekondigd dat met name toelatingsbeperkingen mogelijk maakt in gebieden met een overaanbod aan artsen. Voorts zoeken de ziekenfondsen oplossingen in de sfeer van de opleiding. De regering heeft voorgesteld de opleiding met anderhalf jaar te verlengen in het kader van kwaliteitsverbetering. De ziekenfondsen signaleren echter problemen als gevolg van een gebrek aan ervaring met de dagelijkse praktijk en zien op grond daarvan een betere oplossing in een toelatingseis, als het gaat om de contracteerplicht, van tenminste drie à vier jaar "vakonderwijs" als specialist of algemeen arts. Als mogelijke oplossing staat sinds kort ook het "numerus clausus" idee ter discussie met als belangrijkste argument dat bij een teveel aan studenten de kwaliteit van het onderwijs verslechtert.

De ziekenfondsen zijn van mening dat bij de sterke stijging van het aantal verrichtingen, gedaan of voorgeschreven door de artsen, het huidige honoreringssysteem (honorering per verrichting) niet lang meer gehandhaafd kan worden. Men denkt sterk in de richting van een abonnementshonorarium, maar dit is politiek gesproken een moeilijke zaak.

De afbouw van ziekenhuisbedden blijft een probleem, omdat dit de verantwoordelijkheid van de deelstaten is. Een nieuwe wet op dit gebied betekende voor de ziekenfondsen geen wezenlijke verbetering, omdat alleen bij nieuwbouw toestemming van de ziekenfondsen nodig is; voor het overige hebben de ziekenfondsen slechts een adviesfunctie. De ziekenfondsen zijn van mening dat hun invloed op dit gebied veel groter zou moeten zijn, aangezien zij de meeste kijk hebben op wat er noodzakelijk is.

10. ZWITSERLAND

10.1 De kosten van de gezondheidszorg

Zwitserland is één van de landen waar het percentage van het bruto nationaal produkt, dat aan gezondheidszorg besteed wordt, tussen 1960 en 1982 meer dan verdubbeld is. Tabel 10.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg.

Tabel 10.1 Ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in Zwitserland, 1960 – 1982

| jaar | kosten van gezondheidszorg in miljoenen Zwitserse franken | als percentage van het bruto nationaal produkt |
|------|--|---|
| 1960 | 1.223 | 3,3 % |
| 1965 | 2.301 | 3,8 % |
| 1970 | 4.697 | 5,2 % |
| 1975 | 9.900 | 7,1 % |
| 1980 | 12.284 | 7,2 % |
| 1982 | 15.200 | 7,8 % |

Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 – 1983*, Parijs, 1985.

Opvallend in de weergegeven ontwikkeling is met name de stijging van de kosten tussen 1980 en 1982: bedroeg de stijging tussen 1975 en 1980 0,1 % van het bruto nationaal produkt, tussen 1980 en 1982 was dat 0,6 %. Overigens vond ook in Zwitserland de sterkste stijging van de kosten plaats in de periode 1970 – 1975.

Tabel 10.2 laat zien hoe de kosten in 1980 waren verdeeld over de verschillende sectoren van de gezondheidszorg.

Tabel 10.2 De kosten van gezondheidszorg naar verschillende sectoren, 1980

| sector | kosten in miljoenen Zwitserse franken | in procenten |
|--|--|--------------|
| ziekenhuiskosten | 5.701 | 46 % |
| geneeskundige behandeling | 2.334 | 19 % |
| tandheelkundige behandeling | 1.196 | 10 % |
| chiropraktie, fysiotherapie, medische lab-analyses | 211 | 2 % |
| thuisverpleging | 144 | 1 % |
| genesmiddelen | 1.259 | 10 % |
| overige verstrekkingen | 350 | 3 % |
| directe overheidsdiensten (tbc- en polio- bestrijding, levensmiddelencontrole, alkoholbestrijding, etc.) | 425 | 4 % |
| medische faculteit (incl. onderzoek in universiteitsklinieken) | 664 | 5 % |
| totaal | 12.284 | 100 % |

Bron: Schweizerisches Krankenhausinstitut, *Vademecum; das Gesundheitswesen in der Schweiz*, Aarau, 1983

10.2 De financiering van de gezondheidszorg

De bovenomschreven kosten werden als volgt gefinancierd¹:

- 28,6 % door de sociale verzekeringen, waarvan
 - 25,3 % door de ziekenfondsen
 - 2,0 % door de ongevallenverzekering
 - 1,1 % door de invaliditeitsverzekering
 - 0,2 % door de militairenverzekering
- 36,8 % door de overheid, waarvan
 - 2,3 % door de Bund
 - 20,8 % door de kantons
 - 3,8 % door de gemeenten
 - 9,9 % door de Bund, kantons en gemeenten als subsidies aan de ziekenfondsen
- 34,6 % door particuliere betalingen en particuliere verzekeringen

Hoewel 98 % van de Zwitserse bevolking aangesloten is bij de sociale ziektekostenverzekering, wordt slechts 35 % van de kosten van gezondheidszorg via de ziekenfondsen (inclusief de overheidssubsidies) gefinancierd. Ruim een kwart van de kosten wordt rechtstreeks door de overheid gefinancierd en bijna 35 % door particuliere betalingen en verzekeringen, waarbij moet worden opgemerkt dat de particuliere betalingen geschat zijn.

10.3 De sociale ziektekostenverzekering

10.3.1 *De organisatie*

Zoals hiervoor al werd gesteld is ongeveer 98 % van de Zwitserse bevolking verzekerd via de sociale ziektekostenverzekering, waarvan éénderde verplicht op basis van criteria als leeftijd (bijvoorbeeld ouderen, kinderen), inkomen en/of beroepsgroep en tweederde vrijwillig. Het vaststellen van de verzekeringsplicht wordt overgelaten aan de kantons, die deze bevoegdheid eventueel kunnen delegeren aan de gemeenten. In feite bestaan er als gevolg van deze regeling vijftientig verschillende systemen, namelijk één per kanton; de verzekeringsdichtheid (verplicht én vrijwillig) varieert van 89 tot 100 %.

De sociale ziektekostenverzekering wordt uitgevoerd door ongeveer 450 ziekenfondsen. Om als uitvoeringsorgaan te kunnen functioneren moet een ziekenfonds door de centrale overheid erkend zijn. Erkenning geschiedt op basis van een aantal eisen, waaronder het voldoen aan een aantal wettelijke voorschriften, en het niet op winst gericht zijn. Enkele van deze wettelijke voorschriften zullen later nader aan de orde komen omdat ze een belangrijke rol bij de financiering spelen. Alleen erkende ziekenfondsen kunnen aanspraak maken op financiële bijdragen van het Bundesamt für Sozialversicherung, het toezichthoudende overheidsorgaan. Overigens neemt het aantal ziekenfondsen af als gevolg van financiële en organisatorische problemen. Er is een sterke tendens naar gecentraliseerde, op nationaal niveau functionerende ziekenfondsen.

¹ Schweizerisches Krankenhausinstitut, *Vademecum; das Gesundheitswesen in der Schweiz*, Aarau, 1983.

De ziekenfondsen zijn verenigd in een overkoepelende organisatie, het Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen². Naast deze overkoepelende organisatie hebben de ziekenfondsen het Schweizerische Verband für die erweiterte Krankenversicherung (SVK) in het leven geroepen. Via deze organisatie worden zware en/of dure verstrekkingen verzekerd zoals verstrekkingen aan kanker-, hart- en nierpatiënten (bijvoorbeeld behandeling met kunstnier, harttransplantaties, etc.)³.

De ziekenfondsen voeren een aantal takken van verzekering uit, te weten:

- de ziektekostenverzekering, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen ambulante behandeling, ziekenhuisopname en badkuren;
- de ziekengeldverzekering;
- de aanvullende ziekenhuisverzekering, te onderscheiden in de ziekenhuiskostenverzekering en de ziekenhuisbehandelingskostenverzekering;
- de gecombineerde aanvullende ziekenhuisverzekering zonder het vernoemde onderscheid;
- de tuberculoseverzekering;
- de zogenoemde "verlamningsverzekering" voor grote risico's (via de al eerder genoemde SVK);
- de verzekering van ongevallen;
- de ziektekostenverzekering voor invaliden;
- de uitkeringen bij overlijden.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de ziektekostenverzekering, maar het onderscheid naar andere verzekeringstakken is niet altijd duidelijk, zeker niet als het gaat om de aanvullende ziekenhuisverzekeringen.

10.3.2 De financiering

De sociale ziektekostenverzekering werd in 1983 als volgt gefinancierd⁴:

- 73,3 % door premiebijdragen van verzekerden
- 17,0 % door overheidssubsidies
- 6,3 % door eigen bijdragen van verzekerden
- 0,9 % door premiebijdragen van werkgevers
- 2,5 % door overige middelen.

Elke verzekerde betaalt een premie (hetgeen betekent dat kinderen dus niet automatisch meeverzekerd zijn), ongeacht de positie op de arbeidsmarkt van de verzekerde. De hoogte van de premie wordt vastgesteld door de individuele ziekenfondsen en behoeft de goedkeuring van het Bundesamt für Sozialversicherung.

Hoewel de ziekenfondsen dus zelfstandig de premie kunnen vaststellen, worden er van overheidswege wel enige basisregels gegeven⁵. Het belangrijkste is dat er een evenwicht moet zijn tussen inkomsten en uitgaven in

² Het is deze organisatie, die namens de Zwitserse ziekenfondsen deel uitmaakt van de AIM en die ten behoeve van dit onderzoek de vragenlijst heeft ingevuld.

³ J. Desjacques, *Die Krankenversicherung in der Schweiz*, Association Internationale de la Mutualité, Genève, 1984.

⁴ Het betreft de totale financiering, dat wil zeggen van ziektekosten en ziekengeld, inclusief verstrekkingen bij moederschap en tuberculose, alsmede aanvullende verzekeringen.

⁵ J. Desjacques, *Die Krankenversicherung in der Schweiz*, Association Internationale de la Mutualité, Genève, 1984.

elke verzekeringstak (dit heeft mede betrekking op het feit dat de ziekenfondsen ook de "ziekengeldverzekering" uitvoeren). Daarnaast zijn er op het verzekeringsprincipe van solidariteit wettelijk uitzonderingen mogelijk:

- er mag verschil in premiehoogte bestaan naar gelang de leeftijd waarop men zich bij het ziekenfonds aansluit; eenmaal toegetreden blijft de premie, behoudens algemene voor iedereen geldende verhogingen, gelijk;
- er mag verschil in premiehoogte bestaan naar geslacht (met uitzondering van kinderen) in verband met het feit dat de kosten voor vrouwen circa 50 % hoger zijn dan voor mannen, maar het verschil in premie mag niet groter zijn dan 10 %;
- er mag verschil zijn in premie naar geografisch gebied, dit vanwege het feit dat behandelingskosten in het ene deel van het land hoger zijn dan in het andere.

Tenslotte is wettelijk vereist dat de ziekenfondsen een bepaalde financiële reserve hebben, waarvan de omvang afhankelijk is van het aantal verzekerden.

Wat de overheidsbijdragen aan de sociale ziektekostenverzekering betreft moet onderscheid gemaakt worden tussen de centrale overheid (de Bund) en de lagere overheden (kantons en gemeenten). Het doel van de subsidies van de Bund is het leveren van een bijdrage in de financiering ten behoeve van bepaalde, aan de ziekenfondsen wettelijk opgelegde, eisen:

- de plicht alle aangemelde personen te verzekeren;
- de plicht de bij aanvang van verzekering uitgesloten al bestaande ziekten na vijf jaar mee te verzekeren;
- de eis dat de door vrouwen te betalen premiebijdrage niet meer dan 10 % hoger mag zijn dan de door mannen te betalen bijdrage;
- de eis bijzondere verstrekkingen beschikbaar te stellen bij moederschap, tuberculose en invaliditeit.

Oorspronkelijk bestond de bijdrage van de Bund uit een subsidie in de vorm van een vast percentage van de verpleegkosten, te weten 10, 35 en 30 % van de verpleegkosten van respectievelijk mannen, vrouwen en kinderen. Deze bijdrage, die via het Bundesamt für Sozialversicherung aan de ziekenfondsen verleend wordt, is echter sinds 1979 uit bezuinigingsoverwegingen bevroren. Er vindt slechts een lichte aanpassing op basis van prijsstijgingen plaats. Dit heeft tot gevolg gehad dat de ziekenfondsen de premiebijdragen de laatste jaren sterk hebben moeten verhogen.

De sociale ziektekostenverzekering wordt voorts gesubsidieerd door de kantons en gemeenten. De bijdrage kan per kanton en gemeente sterk variëren, maar blijft over het algemeen beperkt.

Een deel van de kosten wordt door de verzekerden zelf betaald. In het Zwitserse systeem van sociale ziektekostenverzekering kent men een vorm van "eigen risico". De verzekerde betaalt 10 % van de kosten van behandeling zelf, met uitzondering van de kosten van ziekenhuisopname, van verstrekkingen in het kader van moederschap en van badkuren. Daarbij geldt voor volwassenen een minimum van Sfr. 30,- per kwartaal per arts. Dit "eigen risico" mag niet op een andere wijze verzekerd worden. De centrale overheid bepaalt wettelijk de aard en omvang van deze vorm van eigen bijdrage.

De bijdrage van werkgevers aan de sociale ziektekostenverzekering is zeer bescheiden, vooral uit politieke overwegingen. Wettelijk is het niet toegestaan de werkgevers te verplichten tot premiebijdragen.

10.3.3 Het verstrekkingenpakket

De centrale overheid stelt wettelijk een minimum verstrekkingenpakket vast, dat door alle erkende ziekenfondsen moet worden aangeboden. Naast dit minimum pakket kunnen de ziekenfondsen andere verstrekkingen aanbieden, hetgeen in de hoogte van de te betalen premie tot uitdrukking komt. Overigens werken de ziekenfondsen via een restitutiesysteem.

Met betrekking tot het minimum verstrekkingenpakket wordt onderscheid gemaakt tussen ambulante behandeling, ziekenhuisopname en badkuren. De verstrekkingen in het kader van ambulante behandeling omvatten tenminste:

- geneeskundige behandeling, dat wil zeggen alle door een arts noodzakelijk geachte, wetenschappelijk erkende behandelingen;
- behandeling door een chiropraktiker;
- door een arts voorgeschreven geneesmiddelen, voorzover vermeld op een "positieve lijst";
- door een arts voorgeschreven onderzoeken;
- wetenschappelijk erkende geneeswijzen.

Voor ambulante behandeling geldt geen beperking in de behandelingsduur. Zoals gezegd is een eigen bijdrage van 10% van de kosten verschuldigd, met voor volwassen verzekerden een minimum van Sfr. 30,- per kwartaal per arts.

Bij behandeling in het ziekenhuis omvatten de verstrekkingen de tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen overeengekomen tarieven voor de algemene afdeling en wel tenminste geneeskundige behandeling, inclusief wetenschappelijk erkende geneeswijzen, geneesmiddelen en onderzoeken en daarnaast een bedrag van tenminste Sfr. 9,- per dag voor de overige kosten van verpleging. De verstrekkingen blijven beperkt tot 720 dagen per 900 dagen.

Met betrekking tot door een arts voorgeschreven badkuren betaalt het ziekenfonds een bijdrage van minimaal Sfr. 10,- per dag. De overige kosten komen voor rekening van de verzekerde zelf.

De kosten van de verschillende verstrekkingen in de sociale ziektekostenverzekering (inclusief de aanvullende verzekeringen van ziekenfondsen) per verzekerde in 1983 zijn vermeld in tabel 10.3.

De weergegeven kosten van verstrekkingen zijn in 1984 met gemiddeld 5,6 % gestegen.

Tabel 10.3 Uitgaven voor verstrekkingen per verzekerde, 1983

| verstrekking | kosten per verzekerde | in procenten |
|---|-----------------------|--------------|
| geneeskundige behandeling (inclusief door artsen voorgeschreven verstrekkingen) | 338,53 | 40 % |
| chiropraktische behandeling | 4,24 | 1 % |
| geneesmiddelen | 163,25 | 20 % |
| overige ambulante behandeling | 14,23 | 2 % |
| ziekenhuisopnamen | 313,28 | 37 % |
| totaal | 833,53 | 100 % |

Bron: Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen in antwoorden op de vragenlijst.

10.4 Particuliere bijdragen en verzekeringen

Omdat circa 98 % van de Zwitserse bevolking bij de sociale ziektekostenverzekering is aangesloten, hetzij verplicht hetzij vrijwillig, en dus recht heeft op het wettelijk vastgestelde minimum verstrekkingenpakket,

is er weinig ruimte voor particuliere verzekeringsmaatschappijen voorzover het complete ziektekostenverzekeringen betreft; slechts 1 % van de bevolking is op deze wijze verzekerd.

Meer ruimte is er op het gebied van aanvullende verzekeringen, aanvullend ten opzichte van het genoemde minimum verstrekkingenpakket. Het gaat dan vooral om zaken als behandeling in een privé-kliniek of op een privé-afdeling, de kosten van verpleging boven de minimumbijdrage van Sfr. 9,- per dag door het ziekenfonds, om tandheelkundige behanding (die niet in het minimum verstrekkingenpakket zit), etc.

De ziekenfondsen bieden veelal een aanvullende verzekering boven het minimumpakket aan, uiteraard tegen een hogere premie. Ongeveer de helft van de ziekenfondsen verplicht de verzekerde om naast de "basisverzekering" een aanvullende verzekering af te sluiten. Overigens vormt de aanvullende verzekering, naast de premie, een concurrentiemogelijkheid tussen de ziekenfondsen.

De aanvullende verzekeringen kunnen ook aangeboden worden door particuliere verzekeringsmaatschappijen. Deze maatschappijen staan overigens ook onder toezicht van de overheid via het Bundesamt für Privatversicherungen. Wellicht ten overvloede zij vermeld dat het "eigen risico" van 10 % van de kosten van ambulante behandeling niet herverzekerd mag worden.

10.5 De belangrijkste gesignaleerde problemen

Ook de Zwitserse ziekenfondsen signaleren aan twee zijden problemen in de financiering van de gezondheidszorg. Enerzijds betreft het de sterke stijging van de kosten, anderzijds het achterblijven van de inkomsten.

Voor wat betreft de stijging van de kosten wijst men op verschillende oorzaken die met name betrekking hebben op het aanbod van voorzieningen. Het aantal hulpverleners, en met name het aantal artsen, neemt sterk toe. Volgens de Zwitserse ziekenfondsen wijzen verschillende onderzoeken op stijgende kosten bij een toenemende artsendichtheid. Dat de artsendichtheid toeneemt, blijkt uit de ontwikkeling van het aantal inwoners per practiserend arts. In 1960 waren dat 954 inwoners per practiserend arts, in 1970 934 en in 1980 663⁶.

Met name in de periode 1975 - 1980 is het aantal practiserend artsen sterk toegenomen. De ziekenfondsen hebben geen greep op het aantal hulpverleners omdat het de kantons (en soms de federale overheid) zijn die de toelating van artsen, chiropractici, apothekers, vroedvrouwen en verpleegkundigen vaststellen. In de meeste gevallen is het bezit van het betreffende Zwitserse diploma voldoende voor toelating. Bijkomend probleem is de toelating van nieuwe beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Met name worden genoemd niet-medische psychologen en diëtisten.

Voor wat betreft het aanbod van voorzieningen wordt ook gewezen op het falen van stuurmogelijkheden ten aanzien van het gebruik van geavanceerde technologie. Nieuwe technische mogelijkheden worden min of meer automatisch in het verstrekkingenpakket opgenomen via de zogeheten Fachkommissionen van de federale overheid, waarin ook de ziekenfondsen een vertegenwoordiging hebben. Hoewel de ziekenfondsen op zich geen bezwaren hebben tegen het opnemen van nieuwe verstrekkingen, beziet men wel met de nodige scepsis de, soms verstrekkende, financiële gevolgen van deze toelating; eenmaal toegelaten zijn er nauwelijks mogelijkheden om een en ander te sturen.

⁶ Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, *Measuring Health Care 1960 - 1983*, Parijs, 1985.

De stijging van de kosten wordt ook veroorzaakt door de structurele veroudering van de bevolking (in 1980 was 13,9 % van de bevolking ouder dan 65 jaar); de kosten van gezondheidszorg voor ouderen zijn in Zwitserland ongeveer vijf maal hoger dan voor jongeren.

Het wordt voor de ziekenfondsen steeds moeilijker de inkomsten gelijke tred te laten houden met de uitgaven. Een belangrijke oorzaak is de bevroering van de financiële bijdrage van de centrale overheid, die tot gevolg had dat de premies de laatste jaren fors verhoogd moesten worden. De ziekenfondsen zijn echter van mening dat voor bepaalde groepen verzekerden (bejaarden, economische zwakkeren) bij de huidige hoogte van de premies de grens van het toelaatbare al overschreden is.

Tenslotte signaleren de ziekenfondsen nog een probleem, dat op een iets ander vlak is gelegen en dat betreft de verscheidenheid aan tarieven en tariefstructuren in de verschillende kantons als gevolg van het feit dat de tarieven op kantonaal niveau overeengekomen worden. Dit probleem neemt in omvang toe naarmate de ziekenfondsen meer en meer op nationaal niveau gaan opereren.

10.6 Maatregelen in de afgelopen jaren

De belangrijkste maatregelen in Zwitserland betroffen in feite vooral regelmatige premieverhogingen, mede als gevolg van het feit dat de subsidies van de centrale overheid, zoals eerder gezegd, zijn bevroren. Op deze wijze werd getracht de uitgaven en de inkomsten van de ziekenfondsen enigszins gelijke tred met elkaar te laten houden.

Eind 1982 werd in Zwitserland een "Konzertierte Aktion zur Kostendämmung im Gesundheitswesen" in het leven geroepen. Doelstelling werd het beperken van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg tot het niveau van de kostenstijging van het levensonderhoud. Ten behoeve van deze Konzertierte Aktion heeft de overkoepelende organisatie van de Zwitserse ziekenfondsen, het Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, een aantal werkgroepen ingesteld welke voorstellen met betrekking tot mogelijke oplossingen zouden moeten doen. Een belangrijk deel van deze voorstellen is terug te vinden in de volgende paragraaf.

10.7 Mogelijke oplossingen

Met betrekking tot het grote aanbod van hulpverleners zouden de ziekenfondsen de oplossingen graag zoeken in de vorm van toelatingsbeperkingen. Het probleem is echter dat de ziekenfondsen alleen enige zeggenschap hebben met betrekking tot de toelating van privé-klinieken en kuu-roorden. Voor alle andere hulpverlenende instellingen c.q. hulpverleners zijn het de kantons c.q. de federale overheid die beslissen over toelating.

Meerdere benaderingen tegelijkertijd zouden een oplossing moeten bieden voor de problemen rond de invoering van geavanceerde technologieën. De tarieven zouden zo laag moeten worden vastgesteld dat kosten dekking alleen mogelijk is bij optimaal gebruik. Voorts zouden de indicaties, waarvoor de technologie kan/mag worden gebruikt, vastgelegd moeten worden. Tenslotte zouden er overeenkomsten tussen de verschillende kantons met en zonder apparatuur gesloten moeten worden over het gebruik er van.

Het gesignaleerde probleem van de verscheidenheid van tarieven en tariefstructuren in de verschillende kantons zou opgelost kunnen worden door het invoeren van nationale tarieven op basis van wetenschappelijke bedrijfseconomische methoden.

De oplossing voor het probleem van kostenstijgingen als gevolg van de veroudering van de bevolking wordt meer aan de inkomstenzijde gezocht. De ziekenfondsen denken met name aan het inzetten van meer openbare middelen en het sterker belasten van de jongere verzekerden. De ziekenfondsen proberen uit alle macht de financiële bijdrage van de centrale overheid verhoogd te krijgen, hoewel geen belangrijke vergroting van deze bijdrage te verwachten is als gevolg van het feit dat "de Bundeskasse" leeg is.

Voorts wil men proberen de uitgaven in het kader van de sociale ziektekostenverzekering te beperken door een uitbreiding van de "eigen bijdragen" van verzekerden. De ziekenfondsen zijn van mening dat eigen bijdragen, mits met een minimum hoogte, een sturend effect kunnen hebben op het gebruik van voorzieningen. Zij hebben dan ook zelf uitbreiding van eigen bijdragen voorgesteld.

Te verwachten zijn de volgende wijzigingen: een uitbreiding van het "eigen risico" naar het totaal van de kosten (dus ook voor ziekenhuisopname), een verhoging van dit "eigen risico" naar 20% van de kosten en de invoering van eigen bijdragen voor specifieke verstrekkingen, met name medicijnen en fysiotherapie. De uitbreiding van het "eigen risico" naar het totaal van de kosten wordt met name voorgesteld om te voorkomen dat wordt uitgeweken naar behandeling in het ziekenhuis, waarvoor geen eigen risico geldt. Meer in het algemeen verwachten de ziekenfondsen een afname van het gebruik van voorzieningen en een vergroting van het kostenbewustzijn van de verzekerden. Voor wat betreft invoering van specifieke eigen bijdragen verwacht men een afname van het gebruik van geneesmiddelen en fysiotherapie.

Ingrijpender is de in 1985/1986 door de uitvoeringsorganisaties gevoerde meer fundamentele discussie over alternatieve verzekeringsmodellen, waarbij gezocht werd naar een model dat hulpverleners zou prikkelen meer kostenbewust te handelen en dat verzekerden zou prikkelen niet meer gebruik te maken van voorzieningen dan strikt noodzakelijk. Besproken werden met name de volgende modellen⁷.

Health Maintenance Organizations (HMO's). De verzekeringsorganisatie heeft hulpverleners in dienstverband en bezit of huurt instellingen. De instellingen krijgen de beschikking over een budget, dat gebaseerd is op het aantal te behandelen verzekerden en hun leeftijd. Blijft men binnen het budget, dan wordt dat via een bonusstelsel gehonoreerd; in het omgekeerde geval worden de verantwoordelijke personen gekort. Voor de hulpverleners bestaat dus niet langer de prikkel om zoveel mogelijk verrichtingen te doen. Via controlemechanismen moet een goede kwaliteit gegarandeerd worden, hetgeen nog versterkt wordt door de onderlinge concurrentie tussen HMO's. In de Verenigde Staten resulteert dit systeem voor de verzekerde in een premie, die 25 to 45 % lager is dan bij een traditionele ziektekostenverzekering. In Zwitserland verwacht de IGAK (Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle), waarbij verschillende ziekenfondsen zijn aangesloten in 1988 een experiment te starten, waarbij de premie ongeveer 10 % lager zal zijn dan bij de traditionele ziektekostenverzekering.

KKB-model. Het ziekenfonds KKB heeft een model ontwikkeld dat een variant is van de in de Verenigde Staten functionerende Preferred Provider Organizations. Deze PPO's bieden de verzekerden gunstiger premies aan, indien deze een beroep doen op artsen en/of ziekenhuizen waarmee de PPO een overeenkomst heeft gesloten. De artsen en ziekenhuizen

⁷ Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, *Neue Krankenversicherungsmodelle für die Schweiz*, Solothurn, 1986.

bieden dan kortingen van 10 tot 25 % op de tarieven. Omdat het in Zwitserland niet toegestaan is andersluidende overeenkomsten af te sluiten met individuele hulpverleners, wordt in het KKB-model een lijst opgesteld van de 70 tot 75 % statistisch gezien goedkoopst werkende artsen (zowel huisartsen als specialisten). De verzekerden beperken zich in hun keuze tot artsen van deze lijst, in ruil voor een lagere premie (ongeveer 10 % lager). In het KKB-model kan tevens gekozen worden voor een eigen risico, waardoor de premie nog lager kan worden.

PKU-model. In het model van de particuliere ziektekostenverzekeraars (PKU) wordt de globale subsidiëring van de sociale ziektekostenverzekering door de overheid vervangen door een ondersteuning van de lagere inkomensklassen. Er wordt een risico-afhankelijke premie ingevoerd, waardoor de solidariteit met vrouwen en bejaarden vervalt. De overheidsbijdragen worden gebruikt om de premies voor de lagere inkomens te subsidiëren, alsmede ten behoeve van de acceptatieplicht en het in tijd beperkte voorbehoud bij reeds bestaande ziekten.

Model Amsler. Het model van prof. Amsler voorziet in een verplicht jaarlijks eigen risico voor ambulante gezondheidszorg (incl. tandheelkundige zorg) van 5 % van het belastbaar inkomen; het eigen risico mag niet herverzekerd worden. Boven dat eigen risico dekt de sociale ziektekostenverzekering de kosten van ambulante gezondheidszorg, alsmede van de kosten van thuisverpleging, van eventueel noodzakelijke vervangende hulp, van een deel van de inkomstenderving en van een deel van de kosten van ziekenhuisbehandeling (verblijf, extra kosten voor particuliere verpleging via een aanvullende verzekering). De overheid is in dit model verantwoordelijk voor de zogenoemde "sociale ziekenhuissector"; de subsidies aan de ziekenfondsen vervallen.

Model Duc. In het model van prof. Duc gaat het om een verplichte verzekering van "grote risico's". De verzekering wordt gefinancierd via een procentuele premie, die beheerd wordt via een vereveningskas. Onder grote risico's vallen zowel de kosten van behandeling als de loonderving. De verzekering voorziet in vergoedingen, vanaf het moment dat men boven het eigen risico van 7.500 Zwitserse francen (evt. 10.000) per gezin komt. Kleinere risico's, die niet onder de verplichte verzekering vallen, alsmede het eigen risico zijn vrijwillig te verzekeren. Het huidige systeem van subsidiëring vervalt; de overheidsbijdrage komt uitsluitend ten goede aan de economisch zwakkeren.

Model van globale budgettering. In dit model wordt via onderhandelingen tussen verzekeraars en hulpverleners c.q. hulpverlenende instellingen een maximum bedrag vastgesteld, dat ter beschikking staat voor de behandeling van verzekerden. De budgetten worden jaarlijks voor elke categorie hulpverlening in elk kanton vastgesteld. De verzekeraars kunnen aanvullende overeenkomsten aanbieden, waarmee verstrekkingen kunnen worden gedekt die niet onder het globale budget vallen.

Harmonisering van verstrekkingen. Van het ziekenfonds Grütli komt het voorstel om verzekeringsvoorwaarden te harmoniseren; deze harmonisering is voor enkele van de eerder genoemde modellen een voorwaarde. In de basis-ziektekostenverzekering wordt een uniform verstrekkingenpakket met uniforme verzekeringspremies vastgesteld. Hiertoe wordt een systeem van onderlinge verevening tussen de ziekenfondsen ingevoerd. Overheidssubsidies komen ten goede aan de "centrale kas". Door een uniform optreden van de ziekenfondsen bij de onderhandelingen kan meer druk uitgeoefend worden teneinde de tarieven niet te sterk te laten stijgen.

Diagnosis related groups (DRG's). Het gaat hier niet om een zelfstandig verzekeringsmodel, maar om een vergoedingsmethodiek voor de intramurale sector die zich met de bovengenoemde modellen laat combineren. Een vergoeding op DRG-basis biedt de ziekenhuizen een vergoeding per behandeling, die op grond van behandelingsstatistieken voldoende zou moeten zijn voor de behandeling van een specifiek ziektebeeld. Wanneer het ziekenhuis efficiënt werkt, kan het aan deze vergoeding overhouden.

In juli 1986 hebben de Zwitserse uitvoeringsorganisaties een keuze gemaakt uit de hiervoor beschreven modellen. De modellen, voorzien van commentaar en aanbevelingen, zullen worden voorgelegd aan de Zwitserse overheid. Tevens hopen de uitvoeringsorganisaties dat ook andere partijen in de gezondheidszorg hun gedachten zullen laten gaan over deze modellen als mogelijke oplossingen voor de sterke kostenstijging in de gezondheidszorg.

De Zwitserse uitvoeringsorganisaties hebben zelf gekozen voor een combinatie van twee modellen. Voor de ambulante gezondheidszorg wordt gekozen voor de variant van Preferred Providers Organizations, het KKB-model, volgens welk model de verzekerden een premiereductie van ongeveer 10 % kunnen krijgen als ze zich beperken tot artsen van de door de uitvoeringsorganisaties samengestelde lijst van meest goedkoop werkende artsen. Dit model wordt gecombineerd met globale budgettering voor de intramurale sector. Deze globale budgettering zou op den duur gecombineerd kunnen worden met een vergoeding op basis van Diagnosis Related Groups.

De gekozen combinatie van twee modellen is een keuze voor één van de minst ingrijpende oplossingen. Belangrijke nieuwe elementen voor de sociale ziektekostenverzekering in dit voorstel zijn de invoering van een vorm van concurrentie tussen hulpverleners in de ambulante sector en de mogelijke keuze van verzekerden voor een lagere premie in ruil voor een beperking in de keuzevrijheid ten aanzien van de behandelend arts.

11. PROBLEMEN EN OPLOSSINGEN?

11.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken werd bij elk van de in het onderzoek betrokken landen aangegeven wat de belangrijkste problemen zijn waarmee uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen zich geconfronteerd zien. Tevens werd, waar mogelijk, aangegeven welke oplossingen de uitvoeringsorganisaties voor ogen hebben.

In dit slothoofdstuk wordt een samenvattend overzicht gegeven van de gesignaleerde problemen, alsmede van de maatregelen die de afgelopen jaren in dit kader genomen zijn. Het gaat dan vooral om die problemen en maatregelen, die in meerdere landen werden genoemd. Vervolgens wordt ingegaan op de positie van de uitvoeringsorganisaties met het oog op hun mogelijkheden om de geschetste problemen het hoofd te bieden. Tenslotte wordt een samenvattend overzicht gegeven van de oplossingen, zoals die door de uitvoeringsorganisaties voorgesteld worden.

11.2 De gesignaleerde problemen

De nadruk die de uitvoeringsorganisaties op bepaalde problemen leggen, is niet overal even zwaar. Ook worden niet alle problemen door elke uitvoeringsorganisatie even uitgebreid aan de orde gesteld. Toch blijkt uit een vergelijking van de in het onderzoek betrokken landen dat er grote overeenkomsten bestaan in de aard van de problemen.

Alle bij het onderzoek betrokken uitvoeringsorganisaties benadrukken de concrete problemen, waarmee zij geconfronteerd worden bij het uitvoeren van een sociale ziektekostenverzekering. Die problemen hebben vooral betrekking op de financiering van de sociale ziektekostenverzekering in termen van stijgende uitgaven en achterblijvende inkomsten. De aandacht van de uitvoeringsorganisaties gaat vooral uit naar de meest op de voorgrond tredende, meer concrete oorzaken van deze problematiek. Een en ander wordt samengevat in figuur 11.1.

Figuur 11.1 Samenvatting van gesignaleerde problemen

| belangrijkste gesignaleerde factoren die leiden tot een stijging van de uitgaven: | belangrijkste gesignaleerde factoren die leiden tot een daling van de inkomsten: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- veroudering- aanbod van voorzieningen- medische technologie- honoreringsstructuur | <ul style="list-style-type: none">- veroudering- werkloosheid- vermindering overheidsuitgaven |

11.2.1 *Stijgende uitgaven*

De uitgaven in het kader van de sociale ziektekostenverzekering vertonen in alle in het onderzoek betrokken landen nog steeds een matige tot sterke stijging. Bij de uitvoeringsorganisaties bestaat een vrij grote eenstemmigheid over de belangrijkste factoren die hierbij een rol spelen.

Door alle uitvoeringsorganisaties wordt als een van de belangrijkste problemen de veroudering van de bevolking genoemd. De medische vooruitgang wat betreft preventie en vooral wat betreft de behandeling van voorheen fatale infecties heeft er toe geleid dat steeds meer mensen een hogere leeftijd bereiken, een leeftijd waarop ze kwetsbaar zijn voor ernstige, vaak chronische ziekten zoals hartaandoeningen, kanker, demen-tie, rheuma en dergelijke. De medische consumptie van mensen boven 65 jaar en vooral van mensen boven 75 jaar is dientengevolge veel hoger dan de medische consumptie van jongere leeftijdsgroepen.

Volgens de Zwitserse uitvoeringsorganisaties zijn de kosten van medische consumptie door ouderen ongeveer vijf keer hoger dan voor jongeren. In Nederland waren in 1984 de kosten per bejaarde ziekenfondsverzekerde bijna drie keer hoger dan de kosten per verplichte ziekenfondsverzekerde¹.

Voor de westerse landen is de veroudering van de bevolking een ontwik-keling die zich in de komende jaren nog voort zal zetten. In tabel 11.1 wordt een overzicht gegeven van de vooruitberekende omvang van de leeftijdsgroep boven 65 jaar in enkele in dit onderzoek betrokken landen. Voor alle genoemde landen wordt een verdere veroudering voorspeld.

Tabel 11.1 Percentage van de bevolking dat 65 jaar of ouder is

| jaar | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2025 |
|----------------|------|------|------|------|------|
| België | 14,3 | 14,4 | 16,4 | 17,0 | 22,7 |
| Frankrijk | 13,7 | 13,5 | 15,5 | 16,0 | 21,9 |
| West-Duitsland | 15,0 | 14,9 | 17,0 | 21,3 | 24,7 |
| Ierland | 11,1 | 10,5 | 9,6 | 9,5 | 12,2 |
| Luxemburg | 14,0 | 14,0 | 16,1 | 18,9 | 24,5 |
| Nederland | 11,5 | 13,0 | 14,5 | 16,9 | 24,9 |
| Engeland | 14,8 | 15,2 | 15,2 | 15,9 | 19,7 |

Bron: United Nations, *World Population Prospects – Estimates and Projections as Assessed in 1982*, New York, 1985.

Een tweede groot probleem, dat door vrijwel alle uitvoeringsorganisa-ties wordt genoemd, is de toename van het aanbod van voorzieningen. Daarbij wordt stilzwijgend uitgegaan van de veronderstelling dat het aanbod, althans gedeeltelijk, de vraag scheidt met als gevolg dat een toe-name van het aanbod zou leiden tot stijgende uitgaven voor de gezondheidszorg.

Over het algemeen hebben de uitvoeringsorganisaties een contracteer-plicht voor alle erkende groepen hulpverleners en hulpverlenende instel-lingen. Een uitzondering is Engeland, waar aanstelling geschiedt door de regionale en districtsgezondheidsautoriteiten. In Nederland zijn de zieken-fondsen voor enkele beroepsgroepen van hun contracteerplicht ontheven.

In bijna alle gevallen wordt de sterke toename van het aantal artsen genoemd. Dat met name deze beroepsgroep genoemd wordt is waarschijn-lijk vooral een gevolg van het feit dat het veelal de arts is, die door zijn beslissingen een belangrijk deel van de kosten in de gezondheidszorg genereert. Soms worden ook andere beroepsgroepen genoemd, zoals bijvoorbeeld in Nederland de fysiotherapeuten. De Zwitserse uitvoerings-organisaties wijzen tevens op het aanbod van nieuwe groepen hulpverle-ners, bijvoorbeeld psychologen, waarbij wederom de veronderstelling dat het aanbod de vraag scheidt een rol speelt.

Ook een teveel aan ziekenhuisbedden wordt door enkele uitvoeringsor-ganisaties als een aanbodprobleem genoemd. In verschillende landen werd of wordt echter een vorm van budgettering van ziekenhuizen inge-

¹ Ziekenfondsraad, *Financieel Statistisch Jaarverslag 1985*, Amstelveen, 1986.

voerd, waardoor het beddenoverschot waarschijnlijk als een iets minder urgent probleem gezien wordt.

Extra complicaties inzake het aanbod van voorzieningen worden genoemd door de uitvoeringsorganisaties in landen, waar een vrij diepgaand onderscheid in (geografische) deelgebieden bestaat (bijvoorbeeld België), die ieder voor zich streven naar een zo volledig mogelijk aanbod van voorzieningen. Men constateert dat een dergelijk streven een duidelijk kostenverhogend effect heeft.

Meer in het algemeen wordt door verschillende uitvoeringsorganisaties gesteld dat, als het gaat om planning van gezondheidszorgvoorzieningen (in feite ongeacht of er een wetgeving op dit gebied is) de politieke druk om in voorkomende gevallen van de planning af te wijken vaak zeer groot is.

Een probleem dat eigenlijk thuishoort bij het onderwerp aanbod van voorzieningen, maar door de meeste uitvoeringsorganisaties apart genoemd wordt, betreft de ontwikkeling van de medische technologie.

In alle onderzochte landen staat het gezondheidszorgsysteem onder druk om de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van de medische technologie in het systeem op te nemen. Een belangrijke factor in dit kader wordt gevormd door de verwachtingen die het publiek van deze ontwikkelingen heeft. Alle uitvoeringsorganisaties signaleren de sterke opwaartse druk op de uitgaven die het gevolg is van het ter beschikking komen van nieuwe methoden en technieken ten behoeve van diagnostiek en behandeling. Die opwaartse druk op de kosten is geen direct gevolg van de introductie van nieuwe medische technologie. Die introductie kan in principe zeer positieve en kostenbesparende effecten hebben voor de gezondheidszorg. De gesignaleerde problemen met betrekking tot de ontwikkeling van medische technologie komen veeleer voort uit de wijze waarop ermee wordt omgegaan.

Een belangrijk aspect betreft de beschikbaarstelling van de ontwikkelingen in de medische technologie. De politieke en maatschappelijke druk om de nieuwe ontwikkelingen in het gezondheidszorgsysteem (en in het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekering) op te nemen is over het algemeen groot. De wijze, waarop een en ander gebeurt, verschilt nogal. Volgens de Zwitserse uitvoeringsorganisaties worden nieuwe ontwikkelingen min of meer automatisch opgenomen. In West-Duitsland bestaan pas sinds zeer kort richtlijnen voor de aanschaf van geavanceerde apparatuur; de vele apparaten, die al eerder werden aangeschaft, blijven gehandhaafd. Andere uitvoeringsorganisaties, zoals de Franse en Luxemburgse, stellen dat er weliswaar een planningswetgeving aanwezig is, maar dat onder politieke druk regelmatig van de planning wordt afgeweken.

In al deze gevallen zijn de uitvoeringsorganisaties van mening dat sprake is van een (te) groot aanbod. Anders ligt dat in Engeland waar als gevolg van de krappe door de overheid beschikbaar gestelde budgetten voor de National Health Service onvoldoende financiële middelen aanwezig zijn om nieuwe ontwikkelingen überhaupt te introduceren.

Met name ten aanzien van geavanceerde apparatuur wordt door verschillende uitvoeringsorganisaties wederom gewezen op de veronderstelling dat het aanbod de vraag scheidt. Mede vanwege de hoge investeringen, die gemoeid zijn met de aanschaf van dergelijke apparatuur, wordt eenmaal beschikbare apparatuur over het algemeen intensief gebruikt.

Tenslotte, maar zeker niet in de laatste plaats, constateert een groot aantal uitvoeringsorganisaties dat nieuwe ontwikkelingen in de medische technologie veelal naast en niet in plaats van bestaande methoden en technieken worden gebruikt, hetgeen eveneens een kostenverhogend effect heeft.

De honorering van hulpverleners en met name van artsen vormt voor verschillende uitvoeringsorganisaties een probleem. Zoals al eerder werd

vermeld kennen de meeste van de in het onderzoek betrokken landen inmiddels een of andere vorm van budgettering van de ziekenhuizen. Het probleem van de sterk stijgende kosten is hierdoor iets minder groot geworden: door middel van budgettering kunnen de kosten beter in de hand gehouden worden. Een belangrijk probleem blijft echter de honoreringsstructuur voor de artsen.

Uitvoeringsorganisaties, die de artsen per geleverde prestatie honoreren (zoals bijvoorbeeld in Ierland en West-Duitsland de (huis)artsen gehonoreerd worden), stellen dat dit honoreringssysteem een ingebouwde prikkel heeft die het doen van meer verrichtingen stimuleert: meer verrichtingen doen betekent een hoger inkomen voor de arts en diengevolge hogere uitgaven voor de uitvoeringsorganisaties. Anderzijds stellen uitvoeringsorganisaties, die honoreren op basis van een abonnementssysteem (zoals in Nederland de huisartsen gehonoreerd worden), dat een dergelijk systeem kan leiden tot minder kritisch doorverwijzen naar de tweede lijn met alle kostenverhogende effecten van dien voor de uitvoeringsorganisaties.

11.2.2 *Achterblijvende inkomsten*

Met uitzondering van de uitvoeringsorganisaties, die functioneren in een gezondheidszorgsysteem dat voor het grootste deel gefinancierd wordt uit de algemene middelen (Engeland en Ierland), stellen de in het onderzoek betrokken uitvoeringsorganisaties dat de inkomsten ter financiering van de uitgaven achterblijven. Ook hier bestaat een grote overeenkomst in de belangrijkste oorzaken, hoewel de nadruk die de uitvoeringsorganisaties leggen wel wat verschilt. In bijna alle gevallen gaat het zowel om de premie-inkomsten als om de overheidsbijdrage.

Voor wat betreft de premie-inkomsten noemen alle uitvoeringsorganisaties opnieuw de structurele veroudering van de bevolking als een belangrijke oorzaak van de problemen.

Al eerder is gewezen op de hoge uitgaven, die de uitvoeringsorganisaties moeten doen als gevolg van de hogere medische consumptie van oudere verzekerden. De premie-inkomsten, die afkomstig zijn van deze oudere leeftijdsgroepen, staan in geen verhouding tot de uitgaven. Dit niet alleen doordat de uitgaven zo hoog zijn, maar ook doordat het inkomen van de verzekerden vaak lager is dan in de actieve periode en/of doordat het te betalen premiepercentage lager is. Zo wordt in West-Duitsland slechts 45 % van de uitgaven voor bejaarde verzekerden gedekt door hun eigen premiebijdragen; in België, waar gepensioneerde verzekerden een minimale premiebijdrage betalen, is dat zelfs maar 4 %.

Naarmate het percentage oudere mensen in de populatie toeneemt, wordt dit een groter probleem. De resterende uitgaven moeten gefinancierd worden uit de premiebijdragen van het actieve deel van de verzekerde populatie en/of uit overheidsbijdragen. In de meeste gevallen gaat het om een combinatie van deze twee soorten bijdragen. Er zijn twee extremen te onderscheiden in de verschillende vormen die in de onderzochte landen bestaan: in West-Duitsland verleent de overheid in het geheel geen financiële bijdragen aan de sociale ziektekostenverzekering, in Luxemburg daarentegen financiert de overheid het verschil tussen de uitgaven en de inkomsten ten behoeve van de bejaarde verzekerden.

In verschillende landen speelt ook de sterk toegenomen werkloosheid een rol bij het achterblijven van de premie-inkomsten. Vooral in België, waar werkloze verzekerden geen premie betalen, en in Frankrijk, waar werkloze verzekerden tot 1982 geen premie betaalden en daarna een zeer lage, vormt de werkloosheid een belangrijke oorzaak voor de financiële problematiek. In andere landen, zoals West-Duitsland en Nederland, heeft de werkloosheid eveneens een, zij het kleiner, effect als gevolg van het feit dat werkloosheidsuitkeringen over het algemeen lager zijn dan het

genoten inkomen, hetgeen leidt tot een evenredige vermindering van de te betalen premie. Evenals bij de geschetste problematiek rond de veroudering van de bevolking moet ook hier een beroep gedaan worden op de financiering uit de premiebijdragen van de actieve verzekerden en uit overheidsbijdragen.

De laatstgenoemde oplossing, financiering uit overheidsbijdragen, is echter niet langer een oplossing maar een extra probleem voor de uitvoeringsorganisaties. Het enige van de in het onderzoek betrokken landen, waar de overheid haar financiële bijdrage aan de sociale ziektekostenverzekering (nog) niet heeft bevroren of verminderd, is Luxemburg.

Zoals al eerder werd vermeld, geeft de Westduitse overheid in het geheel geen financiële bijdrage aan de sociale ziektekostenverzekering. In België, Frankrijk en Nederland zijn de overheidsbijdragen de laatste jaren in meer of mindere mate afgenomen. De Zwitserse overheid heeft haar financiële bijdrage bevroren. In Engeland en Ierland, waar de gezondheidszorg wezenlijk anders gefinancierd wordt, doet zich toch een soortgelijk probleem voor. De overheid, die de budgetten ten behoeve van de gezondheidszorg vaststelt, bepaalt hiermee het overgrote deel van de inkomsten. In Engeland en in iets mindere mate in Ierland staat de overheid slechts een zeer beperkte groei van de budgetten toe.

De bevriezing of vermindering van de overheidsbijdrage aan de sociale ziektekostenverzekering is in vrijwel alle landen het gevolg van het streven van de overheid naar een vermindering van de collectieve lasten. Dit streven is vooral gericht op economisch herstel en onder meer gebaseerd op de veronderstelling dat de sterke uitbreiding van de publieke sector één van de oorzaken van de economische crisis is.

In Nederland werd per 1 april 1986 getracht een vermindering van de collectieve uitgaven tot stand te brengen door op basis van overheidsmaatregelen (de "kleine stelselwijziging") een deel van de ziekenfondsverzekering op te heffen als gevolg waarvan een grote groep mensen is overgegaan naar een particuliere ziektekostenverzekering.

Verschillende uitvoeringsorganisaties stellen dat als gevolg van de geschetste problemen de solidariteit, een wezenlijk element van de sociale ziektekostenverzekering, sterk onder druk gezet wordt.

11.3 Getroffen maatregelen

In pogingen de geschetste problemen het hoofd te bieden zijn er in alle in het onderzoek betrokken landen verschillende maatregelen getroffen door de uitvoeringsorganisaties en/of de overheid. De genomen maatregelen zijn te onderscheiden naar de twee soorten problemen, waarvoor ze een oplossing moeten bieden. Enerzijds gaat het om maatregelen die gericht zijn op kostenbeheersing, op beperking van (de stijging van) de uitgaven. Anderzijds betreft het maatregelen in de sfeer van de financiering, met name gericht op het in evenwicht brengen van de inkomsten met de uitgaven. In de volgende twee paragrafen wordt een samenvatting gegeven van de getroffen maatregelen.

11.3.1 *Kostenbeheersing*

B. Abel-Smith maakt onderscheid tussen vraag naar en aanbod van gezondheidszorg, als het gaat om maatregelen die gericht zijn op kostenbeheersing².

Maatregelen, die genomen worden aan de vraagzijde, zijn er veelal op gericht de consument een deel van de kosten van het gebruik van gezondheidszorg zelf te laten betalen, meestal op het moment van gebruik. Het gaat dan om wat wel "eigen betalingen" wordt genoemd. Het doel van het invoeren van eigen betalingen is het afremmen van de vraag naar gezondheidszorg (vergelijk de Belgische term "remgeld"), hetzij direct bij de consument, hetzij indirect doordat de hulpverlener zich bewust is van de kosten voor de consument³.

Met uitzondering van Ierland en Zwitserland zijn in alle in het onderzoek betrokken landen eigen bijdragen bij het gebruik van bepaalde verstrekkingen ingevoerd. Vooral geneesmiddelen en tandheelkundige behandeling zijn wat dit betreft populair: al deze landen kennen een eigen bijdrage voor geneesmiddelen, in de vorm van een vast bedrag per voorschrift of een percentage van de kosten (soms afhankelijk van het soort geneesmiddel), en voor tandheelkundige behandeling, meestal in de vorm van een percentage van bepaalde kosten maar soms als een vast bedrag per behandeling. Ook bij ziekenhuisverpleging wordt in verschillende landen een eigen bijdrage gevraagd: in België, Luxemburg en West-Duitsland in de vorm van een nominaal bedrag per dag, in Frankrijk in de vorm van een percentage van de kosten. Voorts komen eigen bijdragen met name voor bij (ambulante) geneeskundige behandeling, paramedische hulp en kunst- en hulpmiddelen (vooral brillen). Over het algemeen zijn uitzonderingen van het betalen van eigen bijdragen mogelijk, bijvoorbeeld op basis van inkomen of na het betalen van een bepaald maximum bedrag aan eigen bijdragen.

In Ierland moeten bepaalde categorieën verzekerden (de categorie wordt vastgesteld op basis van het inkomen) bepaalde verstrekkingen, zoals ambulante geneeskundige behandeling en geneesmiddelen, volledig voor eigen rekening nemen. Zwitserland tenslotte kent weer een andere vorm van eigen bijdragen: daar neemt de verzekerde een vast percentage van alle kosten van ambulante behandeling voor eigen rekening, met een bepaald minimum.

In sommige landen, met name in Frankrijk, kunnen eigen bijdragen worden herverzekerd. In andere landen, zoals Zwitserland, is dat juist weer verboden omdat men van mening is dat bij herverzekering de remmende werking van een eigen bijdrage verloren gaat.

Voor wat betreft maatregelen aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg maakt Abel-Smith onderscheid naar termijn en naar directe of indirecte werking van maatregelen.

Gericht op de korte termijn en met een directe werking is budgettering een van de meest getroffen maatregelen. Een of andere vorm van budgettering is van kracht voor de ziekenhuizen in België, Engeland, Frankrijk, Ierland en Nederland; in West-Duitsland zal in de loop van 1986 een dergelijke maatregel ingevoerd worden. Nederland kent tevens een (be-

² B. Abel-Smith, *Cost Containment in Health Care: the Experience of Twelve European Countries (1977 - 1983)*, document voor de Commissie van de Europese Gemeenschappen, Luxemburg, 1984.

³ Eigen bijdragen kunnen (mede) ingevoerd worden met het oog op de financiering van de gezondheidszorg. Voor wat betreft de sociale ziektekostenverzekering is dan sprake van een verschuiving van een deel van de kosten van de collectieve sector naar de particuliere sector. Het gaat dan vaak minder om een bezuinigingsmaatregel, maar om een financieringsverschuiving die vooral voor de overheid van belang is.

perkte) budgettering bij tandheelkunde: voor tandheerkundige hulp aan jeugdige ziekenfondsverzekerden wordt een jaarlijks budget vastgesteld.

Andere maatregelen met een direct effect op korte termijn zijn een verlaging van de tarieven (zoals in Luxemburg de apothekers en in West-Duitsland de tandartsen; in Nederland kent men het degressief tarief voor specialisten: boven een bepaalde "omzet" daalt de vergoeding per verrichting), een controle op de prijzen met name van geneesmiddelen (in de meeste landen) en een beperking van de hoeveelheden (in Nederland en Luxemburg voor wat betreft voorgeschreven hoeveelheden en in Nederland voor wat betreft behandelingen fysiotherapie).

Door Abel-Smith omschreven maatregelen op korte termijn met een indirecte werking betreffen onder meer de financiële waardering van de verrichtingen (zo is in België de nomenclatuur van verrichtingen op basis waarvan het tarief wordt vastgesteld gewijzigd, worden in Ierland artsen in ziekenhuizen niet langer per verrichting betaald maar gesalarieerd), het hanteren van medische profielen (in met name Engeland, Ierland en West-Duitsland al langere tijd, in de overige landen sinds kort of als experiment; overigens wordt in Frankrijk gesteld dat deze maatregel geen effect heeft wegens het ontbreken van financiële prikkels) en het hanteren van positieve of negatieve lijsten van geneesmiddelen (in België, Nederland en West-Duitsland).

Maatregelen op middellange termijn (met een directe werking) zijn vooral rond ziekenhuisverpleging geconcentreerd. In verschillende landen (Engeland, Frankrijk, Ierland, Nederland) wordt met wisselend succes getracht het aantal ziekenhuisbedden te verminderen. In België en Luxemburg gaat het niet zozeer om een vermindering van het aantal bedden danwel om een vervanging van "acute" bedden door "verpleeg"bedden. Ook hier is sprake van een beginstadium; de successen zijn nog niet groot. Met name in Engeland en Nederland wordt getracht dagverpleging te stimuleren. Ook in België neemt de dagverpleging toe, mede als gevolg van de budgettering van het aantal ligdagen.

Als lange termijn-maatregel noemt Abel-Smith de controle van het aantal beroepskrachten in de gezondheidszorg, waarbij hij vooral op de opleidingscapaciteit doelt. In Frankrijk, Ierland en Nederland is het aantal jaarlijks tot de studierichting geneeskunde toe te laten studenten beperkt. Een andere mogelijke maatregel, die door Abel-Smith niet genoemd wordt en ook slechts in één van de onderzochte landen is getroffen, is de ontheffing van de verplichting die vele uitvoeringsorganisaties hebben om met elke erkende hulpverlenende persoon of instelling een contract af te sluiten. In Nederland zijn de ziekenfondsen ontheven van de verplichting om zonder meer met fysiotherapeuten en tandartsen een contract af te sluiten.

11.3.2 *Financiering*

In de meeste van de in het onderzoek betrokken landen zijn in de afgelopen jaren maatregelen genomen door de uitvoeringsorganisaties en/ of de overheid in de sfeer van de financiering. Aan deze financieringsmaatregelen ligt echter geen eenduidige doelstelling ten grondslag.

Enerzijds gaat het om een vergroting van de inkomsten van de sociale ziektekostenverzekering, teneinde deze meer in evenwicht te brengen met de uitgaven. Anderzijds, en dat betreft dan eigenlijk een externe doelstelling van de overheid, gaat het om een vermindering van de collectieve lasten.

In alle landen, waar de sociale ziektekostenverzekering voor een belangrijk deel gefinancierd wordt uit premiebijdragen van verzekerden (dat wil zeggen alle onderzochte landen met uitzondering van Engeland en Ierland), heeft de afgelopen jaren een regelmatige verhoging van het premie-

percentage plaats gevonden. Daarnaast zijn in verschillende van deze landen nog andere maatregelen getroffen op het gebied van premiebijdragen, bijvoorbeeld

- het heffen van premie voor groepen verzekerden die voorheen geen premie verschuldigd waren (zoals in België voor gepensioneerde en in Frankrijk voor werkloze verzekerden),
- het uitbreiden van de inkomstenbronnen waarover premie verschuldigd is (zoals in West-Duitsland voor gepensioneerde verzekerden) of
- het wijzigen van het maximum bedrag waarover premie betaald dient te worden (zoals in Frankrijk waar het maximum bedrag voor werkgevers geschrapt werd en in Luxemburg waar het maximum premie-inkomen werd verhoogd van vier keer naar vijf keer het minimumloon).

De overheid levert in deze landen, met uitzondering van West-Duitsland, een meer of minder grote bijdrage aan de financiering van de sociale ziektekostenverzekering. De maatregelen, die in dit opzicht door de overheid getroffen worden, zijn echter voor een belangrijk deel niet bedoeld om de inkomsten van de sociale ziektekostenverzekering te vergroten, maar om de collectieve uitgaven te verkleinen. In paragraaf 11.2.2. werd al beschreven dat in de meeste landen het totaal van de overheidsbijdragen aan de sociale ziektekostenverzekering in de afgelopen jaren werd verminderd of bevroren. Toch zijn er in enkele landen door de overheid tevens maatregelen getroffen om de inkomsten van de sociale ziektekostenverzekering te vergroten (naast het eventueel door de overheid verhogen van het premiepercentage). In België subsidieert de overheid het overgrote deel van de uitgaven voor gepensioneerde verzekerden, waardoor de overheid in belangrijke mate de gevolgen van de veroudering van de bevolking voor de sociale ziektekostenverzekering is gaan financieren. In Frankrijk heeft de overheid verschillende (waaronder tijdelijke) heffingen ingevoerd, die geheel ten goede komen aan de sociale ziektekostenverzekering.

Zoals hiervoor al werd vermeld wordt in verschillende landen door de overheid gestreefd naar het verkleinen van de collectieve uitgaven door het verminderen of bevroren van de financiële bijdrage van de overheid aan de sociale ziektekostenverzekering. In Nederland is een dergelijk streven nog versterkt door een wijziging in het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen: een deel van de sociale ziektekostenverzekering is opgeheven waarbij een grote groep verzekerden werd overgeheveld naar de particuliere verzekeringssector; het resterende deel van de sociale ziektekostenverzekering is vereenvoudigd.

De twee overige in het onderzoek betrokken landen, Engeland en Ierland, kennen een gezondheidszorgsysteem dat voornamelijk uit de algemene middelen gefinancierd wordt. In hoeverre belastingverhogingen zijn ingevoerd, die vooral ten doel hebben de gezondheidszorg te financieren, is ons onbekend.

11.4 Positie van de uitvoeringsorganisaties

Uit de beschrijving van sommige van de in het onderzoek betrokken landen is gebleken dat de positie die uitvoeringsorganisaties binnen gezondheidszorgsystemen innemen, soms van belang kan zijn voor de visie op problemen, getroffen maatregelen en mogelijke oplossingen. Alvorens op de positie in te gaan twee opmerkingen vooraf.

Belangrijk is de constatering dat de respondenten, die aan het onderhavige onderzoek hebben meegewerkt, niet allen uitvoeringsorganisatie van een (wettelijke) sociale

ziektekostenverzekering c.q. gezondheidsdienst zijn en omgekeerd. Figuur 11.2. geeft hiervan een overzicht.

Figuur 11.2 Posities van uitvoeringsorganisaties

| | uitvoeringsorganisaties van een (wettelijke) sociale ziektekostenverzekering cq. gezondheidsdienst | uitvoeringsorganisaties van een non-profit particuliere ziektekostenverzekering |
|-----------------|--|---|
| respondent | Belgische ziekenfondsen Franse ziekenfondsen ⁴ Luxemburgse ziekenfondsen ⁴ Nederlandse ziekenfondsen Westduitse ziekenfondsen Zwitserse ziekenfondsen | Engelse BUPA Franse mutualiteiten Luxemburgse mutualiteiten Ierse VHIB |
| geen respondent | Engelse National Health Service Ierse Public Health Service | Belgische, Nederlandse, Westduitse en Zwitserse organisaties |

Bron: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.

Al eerder is gesteld dat er zeer waarschijnlijk verschillen van inzicht zijn tussen uitvoeringsorganisaties van (wettelijke) sociale ziektekostenverzekeringen en van (non-profit) particuliere ziektekostenverzekeringen.

Voorts moet men bedacht zijn op de mogelijkheid dat het "marktaandeel", dat de uitvoeringsorganisaties op het gebied van ziektekostenverzekeringen hebben, eveneens een rol kan spelen. Over het algemeen is het "marktaandeel" van (non-profit) particuliere ziektekostenverzekeraar in de meeste van de onderzochte landen vrij gering. In de meeste gevallen bieden de particuliere ziektekostenverzekeringen geen volledige verzekering aan maar verzekeringen, die een aanvulling vormen op de (wettelijke) sociale ziektekostenverzekering. Nederland vormt in dit opzicht een duidelijke uitzondering: momenteel is ongeveer 38 % van de bevolking voor een (volledige) ziektekostenverzekering aangewezen op particuliere verzekeraars. Van de overige onderzochte landen zijn er twee waar noemenswaardige delen van de bevolking op de particuliere markt aangewezen zijn: West-Duitsland, waar het gaat om ongeveer 7 %, en Zwitserland, waar het gaat om ongeveer 1 % van de bevolking.

Bij de beschrijving van de positie van uitvoeringsorganisaties zal, gezien het over het algemeen geringe "marktaandeel" van de (non-profit) particuliere ziektekostenverzekeringen, de nadruk wat meer gelegd worden op de uitvoeringsorganisaties van wettelijke ziektekostenverzekeringen.

11.4.1 *Uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen*

De positie van uitvoeringsorganisaties van ziektekostenverzekeringen c.q. gezondheidsdiensten binnen systemen van gezondheidszorg wordt voor een belangrijk deel bepaald door de mate waarin uitvoeringsorganisaties vrij zijn om naar eigen goeddunken te handelen. De graad van overheidsbemoediging kan hierbij van doorslaggevend belang zijn.

⁴ In het vervolgonderzoek, na het uitbrengen van het concept-rapport, zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van deze organisaties; zij hebben echter geen vragenlijst ingevuld.

Figuur 11.4 Overheidsbemoeyenis bij enkele elementen van sociale ziektekostenverzekeringen

| | kring van verzekerden | verstrekkingenpakket | premie-bijdragen | eigen bijdragen | aanbod van voorzieningen | tarieven, honoraria, budgetten | | |
|----------------|----------------------------------|---|--|-------------------|---|--|--|---|
| Engeland | wettelijk bepaald | wettelijk bepaald | wettelijk bepaald (in Engeland en Ierland belasting) | wettelijk bepaald | overheidsregulering | door de overheid vastgestelde budgetten; onderhandelingen met beroepsgroepen | | |
| Ierland | | | | | | | | |
| België | | | | | uitvoeringsorganisaties hebben contracteerplicht voor alle door de overheid erkende hulpverlenende personen en instellingen | onderhandelingen tussen uitvoeringsorganisaties en hulpverlening; overeenkomsten behoeven goedkeuring van overheid; bij gebrek aan overeenstemming beslist de overheid | uitzonderingen: in België en Frankrijk worden verpleegtarieven en prijzen van geneesmiddelen door de overheid vastgesteld in Zwitserland geldt dat voor geneesmiddelen en laboratorium-onderzoeken | |
| Frankrijk | | | | | | | | |
| Luxemburg | | | | | | | | |
| Nederland | | | | | | | | (idem, doch ziekenfondsen hebben ontheffingen gekregen) |
| West-Duitsland | | | | | | | | deels wettelijk, deels vrijwillig |
| Zwitserland | wettelijk bepaald minimum pakket | bepaald door ziekenfonds, goedkeuring door overheid | | | | | | |

Bron: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen

In figuur 11.4 wordt voor enkele elementen van een ziektekostenverzekering aangegeven in welke mate de overheid bemoeienis heeft met deze elementen danwel in welke mate de uitvoeringsorganisaties in deze een zelfstandig beleid kunnen voeren. Het gaat om de bepaling van de kring der verzekerden, de vaststelling van het verstrekkingenpakket, de premiebijdrage (c.q. belasting) en eigen bijdragen alsmede de invloed op het aanbod van voorzieningen en de vaststelling van tarieven c.q. honoraria c.q. budgetten. In principe is er slechts een beperkt aantal elementen van een sociale ziektekostenverzekering, waar ingegrepen kan worden: de kring der verzekerden bepaalt de omvang van de verzekering; de vaststelling van premiebijdrage (c.q. budgetten) en eigen bijdragen bepalen tesamen met een eventuele overheidsbijdrage de inkomsten; het verstrekkingenpakket, het aanbod van voorzieningen en de vaststelling van tarieven, honoraria en budgetten vormen belangrijke bepalende factoren voor de uitgaven. Andere elementen, zoals kwaliteitsbewaking en belangenbehartiging, hoe belangrijk ook, worden hier buiten beschouwing gelaten. Dit gebeurt simpelweg op basis van het feit dat deze minder concrete elementen door de uitvoeringsorganisaties nauwelijks genoemd worden.

In het geval van Engeland (National Health Service) en Ierland (Public Health Service) kan nauwelijks gesproken worden van vrijheid van handelen voor uitvoeringsorganisaties, wanneer deze vrijheid wordt afgemeten aan de graad van overheidsbemoeienis. Immers, de Engelse en Ierse uitvoeringsorganisaties zijn zelf overheidsorganen, verantwoordelijk voor de verstrekking van gezondheidszorg. Het stilzwijgende, maar niet geheel terecht onderbrengen van deze gezondheidsdiensten onder de noemer sociale ziektekostenverzekeringen wreekt zich hier eens te meer door het verschil in financieringswijze. Lapré stelt dat, wanneer gezondheidszorg uit de algemene middelen gefinancierd wordt, er per definitie sprake is van een stelsel met een in financieel opzicht een gesloten einde⁵. Immers, zoals Lapré stelt, de overheidsbegroting moet vooraf worden goedgekeurd en de verantwoordelijke uitvoerende bewindslieden zijn gehouden een zodanig stelsel van regulering op te zetten en een zodanig beleid te voeren dat de uitgaven de goedgekeurde bedragen in principe niet te boven gaan. Zoals bij de beschrijving van het Engelse systeem al werd gesteld: de gezondheidszorg kost wat de overheid het toestaat te kosten.

De positie van de uitvoeringsorganisaties in België, Frankrijk, Luxemburg en Nederland is vrijwel gelijk. De overheid bepaalt wettelijk de kring van verzekerden en stelt verstrekkingenpakket, premies en eigen bijdragen vast, eventueel op advies van instanties waarin de uitvoeringsorganisaties vertegenwoordigd zijn. Voor wat betreft het aanbod van voorzieningen hebben de uitvoeringsorganisaties een contracteerplicht voor alle door de overheid erkende hulpverlenende personen en instellingen; alleen in Nederland heeft de overheid een tweetal ontheffingen verleend. Over het algemeen worden tarieven, honoraria en budgetten vastgesteld in onderhandelingen tussen de uitvoeringsorganisaties en de beroepsgroepen c.q. instellingen. In feite is dit het enige van de genoemde elementen waar de uitvoeringsorganisaties enige vrijheid hebben; hierbij moet echter onmiddellijk aangetekend worden dat over het algemeen de resultaten van de onderhandelingen door de overheid goedgekeurd dienen te worden. Wordt geen overeenstemming bereikt tussen de partijen, dan beslist de overheid.

Hoewel het lijkt alsof de West-Duitse uitvoeringsorganisaties een grotere vrijheid van handelen hebben omdat zij zelf de premies kunnen vaststellen, is die vrijheid in de praktijk zeer beperkt; doordat de overheid

⁵ R.M. Lapré, "Stelsel van ziektekostenverzekering", in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 63, (1985) nr. 1.

het verstrekkingenpakket vaststelt alsmede de eigen bijdragen, maar zelf geen financiële bijdrage levert aan de sociale ziektekostenverzekering, kunnen de uitvoeringsorganisaties niet anders dan de premies zodanig vaststellen dat de uitgaven voor het vastgestelde verstrekkingenpakket gedekt worden.

Wat meer vrijheid van handelen is er voor de Zwitserse uitvoeringsorganisaties. Deze kunnen individueel extra verstrekkingen aanbieden (in een zogeheten "aanvullende" verzekering, die door het merendeel van de uitvoeringsorganisaties *verplicht* gesteld wordt). Voorts kunnen zij zelf de premie vaststellen, waarin de extra verstrekkingen eventueel tot uitdrukking gebracht kunnen worden. Hierbij moet echter wel worden opgemerkt dat, wanneer de overheid een veelomvattend minimum verstrekkingenpakket vaststelt, er voor de ziekenfondsen aanzienlijk minder vrijheid overblijft.

Gesteld kan worden dat de uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen geen of nauwelijks zelfstandig beleid kunnen voeren ten aanzien van de genoemde elementen van een ziektekostenverzekering. In feite hebben de uitvoeringsorganisaties daardoor nauwelijks meer een eigen verantwoordelijkheid voor het (financieel) beheer van de sociale ziektekostenverzekering, maar fungeren zij als een tussenschakel in de vorm van een financieringskanaal voor overheidsregulering gaat de financieringswijze in de vorm van premiebetaling steeds meer lijken op een financiering uit de algemene middelen, zoals dat in Engeland en Ierland gebeurt.

Het gebrek aan eigen verantwoordelijkheid voor de uitvoeringsorganisaties wordt op het niveau van de individuele uitvoeringsorganisatie in verschillende landen versterkt door het bestaan van een systeem van onderlinge verevening, dat wil zeggen een systeem waarin de premies via een centrale kas naar de individuele uitvoeringsorganisaties worden doorgesluist worden naar gelang de kosten van de ziekenfondsen (België, Luxemburg, Nederland, informeel ook in Frankrijk).

Een en ander heeft tot gevolg dat de uitvoeringsorganisaties juist daar waar zij de grootste problemen signaleren, namelijk op het gebied van de financiering van de sociale ziektekostenverzekering, de minste mogelijkheden hebben om een zelfstandig beleid te voeren.

11.4.2 *Uitvoeringsorganisaties van non-profit particuliere ziektekostenverzekeringen*

Wanneer de graad van overheidsbemoediging als belangrijkste factor voor de mate van vrijheid van de uitvoeringsorganisaties gezien wordt, verkeren de uitvoeringsorganisaties van particuliere ziektekostenverzekeringen in een geheel andere positie.

Over het algemeen zijn deze uitvoeringsorganisaties vrij in het samenstellen van het (de) verstrekkingenpakket(ten) en in het vaststellen van de bijbehorende premiebijdragen en eventuele eigen bijdragen c.q. eigen risico's. De uitvoeringsorganisaties van (non-profit) particuliere ziektekostenverzekeringen hebben doorgaans geen acceptatieplicht, zoals deze in de sociale ziektekostenverzekering bestaat. Tarieven, honoraria of budgetten worden over het algemeen eveneens via onderhandelingen vastgesteld. Soms is goedkeuring door de overheid vereist, zoals bijvoorbeeld in Nederland.

Nederland is voor wat betreft overheidsregulering op het gebied van particuliere ziektekostenverzekeringen een uitzondering in die zin dat de overheidsinvloed in Nederland aanzienlijk groter is dan in de andere onderzochte landen. Na de stelselwijziging zijn de particuliere

ziektekostenverzekeraars wettelijk verplicht tevens een standaardpakket (grotendeels overeenkomend met het verstrekkingenpakket van het ziekenfonds) tegen een door de overheid vastgestelde premie aan te bieden aan degenen die als gevolg van de stelselwijziging het ziekenfonds hebben moeten verlaten. Voorts zijn de particuliere ziektekostenverzekeraars wettelijk verplicht bij te dragen in de extra kosten die de sociale ziektekostenverzekeraars maken als gevolg van de oververtegenwoordiging van oudere mensen in de sociale ziektekostenverzekering. Bovendien zijn de particuliere ziektekostenverzekeraars voor wat betreft de premies gehouden aan prijsmaatregelen van de overheid.

Overigens is de grote mate van overheidsregulering op het gebied van particuliere ziektekostenverzekeringen minder verwonderlijk wanneer het "marktaandeel" van deze verzekeringen vergeleken wordt met dat in de overige onderzochte landen.

De grote vrijheid van handelen, die uitvoeringsorganisaties van non-profit particuliere ziektekostenverzekeringen hebben om zelf de als belangrijk te kenschetsen beslissingen inzake verstrekkingenpakket, premies en eigen risico's te nemen, brengt met zich mee dat deze uitvoeringsorganisaties volledig zelf verantwoordelijk zijn voor het beheer van de verzekering.

11.5 Voorgestelde oplossingen

De mogelijke oplossingen, die de uitvoeringsorganisaties van sociale ziektekostenverzekeringen voor ogen hebben, zijn in twee groepen te verdelen. Het onderscheid is gelegen in de mate waarin oplossingen ingrijpen in het bestaande systeem van de sociale ziektekostenverzekering.

Voor een deel gaat het om kostenbeheersings- en financieringsmaatregelen, die betrekking hebben op onderdelen van het systeem. Vrijwel alle uitvoeringsorganisaties noemen enkele van deze oplossingen, die over het algemeen in de sfeer liggen van de (reeds getroffen) maatregelen, zoals die in paragraaf 11.3 geschetst werden.

Er zijn echter verschillende uitvoeringsorganisaties, die naar meer structurele oplossingen zoeken. Het gaat dan om oplossingen, die het systeem in zijn totaliteit betreffen en in feite een geheel andere benadering vormen.

11.5.1 Oplossingen in de sfeer van financiering en kostenbeheersing

De eerste en meest eenvoudige maatregel in de sfeer van de financiering is een verhoging van de premie en/of een uitbreiding van de kring van verzekerden die premie dienen te betalen. Deze oplossing wordt expliciet genoemd door de uitvoeringsorganisaties in België, West-Duitsland en Zwitserland. Hierbij moet worden opgemerkt dat met name de uitvoeringsorganisaties in West-Duitsland en Zwitserland dit een door hen in feite ongewenste oplossing vinden. Deze organisaties, die zelf over de hoogte van de premiebijdrage kunnen beslissen, voelen zich echter gedwongen tot een dergelijke oplossing. Overigens zal ook in andere landen een premieverhoging als een van de oplossingen gekozen worden (bijvoorbeeld in Nederland), maar wordt dit niet expliciet genoemd omdat min of meer automatisch een jaarlijkse premieverhoging plaats vindt.

Een tweede vrij eenvoudige maatregel is de invoering c.q. uitbreiding van te betalen eigen bijdragen. Het zijn opnieuw België, West-Duitsland

en Zwitserland⁶, waar de uitvoeringsorganisaties dit als een mogelijke oplossing noemen. Ook hier gaat het niet om een oplossing die van harte aanbevolen wordt. Met name de Belgische uitvoeringsorganisaties vinden dat de "rem-gelden" op het ogenblik al hoog genoeg zijn. Zij betwijfelen (en met hen andere uitvoeringsorganisaties) of er werkelijk een remmende werking uitgaat van eigen bijdragen en vragen zich af of te hoge eigen bijdragen geen drempel gaan vormen voor de toegang tot de gezondheidszorg. Dit laatste is bijvoorbeeld voor de Franse uitvoeringsorganisaties een reden om verhoging van de eigen bijdragen af te wijzen. Uitbreiding/verhoging van eigen bijdragen wordt op deze wijze langzamerhand meer een oplossing in de sfeer van een financieringsverschuiving (van de collectieve naar de particuliere sector) dan in de sfeer van kostenbeheersing.

Sommige oplossingen worden slechts door de uitvoeringsorganisaties van één land genoemd. Zo vragen de Zwitserse uitvoeringsorganisaties optimistisch om een uitbreiding van de overheidsbijdrage aan de sociale ziektekostenverzekering. De Franse uitvoeringsorganisaties streven naar een grotere verscheidenheid in inkomstenbronnen, zodat economische ontwikkelingen een minder grote invloed op de omvang van de inkomsten hebben.

Een veel voorkomende maatregel, die in theorie ook in de sfeer van kostenbeheersing zou thuishoren, maar zoals gezegd steeds meer gebruikt wordt ten behoeve van een verschuiving van de collectieve naar de particuliere sector, is het invoeren en/of verhogen van eigen bijdragen. Hier blijkt de opnieuw de tweeledige functie van eigen bijdragen: enerzijds gaat het om een bezuinigingsmaatregel vanuit de gedachte dat een eigen bijdrage een remmende werking op de vraag naar gezondheidszorg heeft, anderzijds gaat het om een financieringsmaatregel vanuit de gedachte dat eigen bijdragen niet tot de collectieve maar tot de particuliere uitgaven gerekend worden en aldus een verschuiving van lasten teweeg brengen.

Verskillende uitvoeringsorganisaties zoeken oplossingen in de vorm van andere honoreringsstructuren. In België, Frankrijk en Ierland wordt gezocht naar vormen van budgettering, bijvoorbeeld budgetten per arts-patient-contact (België), ziekenhuisbudgetten op basis van diagnoses (Frankrijk) en klinische budgetten (Ierland). Het wijzigen van de honoreringsstructuur van (huis)artsen wordt in Ierland en West-Duitsland als een mogelijke oplossing gezien. In Zwitserland zoekt men naar een gewijzigde tariefstelling voor het gebruik van (met name de geavanceerde) apparatuur.

Substitutie is eveneens een begrip dat door veel uitvoeringsorganisaties wordt genoemd als het gaat om oplossingen in de sfeer van kostenbeheersing. Het gaat dan om het stimuleren/honoreren van alternatieven voor intramurale gezondheidszorg. Met name in België, Engeland, Frankrijk, Ierland en Nederland wordt getracht hiervoor concrete vormen te vinden zoals bijvoorbeeld dagverpleging en thuisverpleging.

Kostenbeheersingsmaatregelen kunnen ook betrekking hebben op het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen. De Westduitse en Zwitserse uitvoeringsorganisaties pleiten voor een toelatingsbeperking ten aanzien van artsen respectievelijk verschillende beroepsgroepen. Daarnaast zien de Westduitse uitvoeringsorganisaties tevens een oplossing in de verlenging van de opleiding van artsen. Zij pleiten bovendien als enige voor een vergroting van de invloed van de uitvoeringsorganisaties op de planning van voorzieningen.

⁶ In Nederland is/wordt momenteel eveneens gesproken over verhoging en/of uitbreiding van eigen bijdragen, maar hier betreft het een door de overheid geopperde oplossing.

In Engeland tenslotte zoekt de overheid de oplossingen in een beperking van de beschikbare budgetten voor gezondheidszorg en in het stimuleren van samenwerking tussen de uitvoeringsorganisaties van de National Health Service en de particuliere sector.

In paragraaf 11.4 werd gesteld dat de mogelijkheden voor uitvoeringsorganisaties om op wezenlijke punten een zelfstandig beleid te voeren beperkt zijn.

Voor wat betreft de (wijze van) financiering is het voor de uitvoeringsorganisaties vrijwel onmogelijk zelfstandig oplossingen in te voeren. Alleen de Westduitse en Zwitserse uitvoeringsorganisaties kunnen zelfstandig de premiebijdrage vaststellen. Zoals gezegd zijn in beide landen de uitvoeringsorganisaties geen voorstander van een verhoging, maar voelen zij zich gezien de financiële toestand van de verzekering tot een verhoging gedwongen. Alle overige uitvoeringsorganisaties zijn voor een wijziging van de financiering afhankelijk van de opstelling van de overheid. De door hen voorgestelde oplossingen zijn in feite adviezen aan de overheid.

Op het gebied van kostenbeheersing hebben de uitvoeringsorganisaties (met uitzondering van de Engelse en Ierse) wat meer vrijheid in het treffen van maatregelen. Er moet echter al onmiddellijk een uitzondering gemaakt worden voor de al eerder genoemde eigen bijdragen (die overal door de overheid vastgesteld worden) en het aanbod van voorzieningen. De genoemde oplossing van een toelatingsbeperking voor bepaalde beroepsgroepen bijvoorbeeld zal de vorm moeten hebben van een door de overheid verleende ontheffing van de contracteerplicht. De vrijheid, die de uitvoeringsorganisaties hier hebben, uit zich dan vooral in oplossingen op het gebied van de honoreringstructuur (waarover men overigens in veel gevallen zal moeten onderhandelen met beroepsgroepen) en mogelijkheden tot substitutie.

11.5.2 *Naar oplossingen van meer structurele aard*

In paragraaf 11.4.1 werd gesteld dat de uitvoeringsorganisaties van (wettelijke) sociale ziektekostenverzekeringen in feite fungeren als een tussenschakel in de vorm van een financieringskanaal voor collectieve middelen. Doordat de nationale overheden de belangrijkste beslissingen nemen omtrent de financiering van de sociale ziektekostenverzekeringen (zoals vaststelling van de premie, van eigen bijdragen en van het verstrekkingenpakket) hebben de uitvoeringsorganisaties nauwelijks eigen verantwoordelijkheden op dit gebied. Dit gebrek aan eigen verantwoordelijkheden wordt op het niveau van individuele uitvoeringsorganisaties nog versterkt door het bestaan van systemen van onderlinge verevening. In feite ontbreken voor de uitvoeringsorganisaties belangrijke prikkels om te komen tot een zo doelmatig mogelijk beleid.

Het is niet verwonderlijk dat in de discussie omtrent oplossingen ook de financieringsstructuur zelf onderwerp wordt. Deze discussie beweegt zich in feite tussen twee alternatieven. Aan de ene kant staat de vrije marktgedachte, waarbij de feitelijke zeggenschap berust bij de marktpartijen – de ziektekostenverzekeraars namens de verzekerden en de vertegenwoordigers van hulpverleners en hulpverlenende instellingen – met als taak voor de overheid nog slechts het vaststellen en bewaken van randvoorwaarden. Aan de andere kant staat dan de volledig nationale gezondheidszorg. In het onderzoek is zowel aan de diverse uitvoeringsorganisaties als aan enkele wetenschappers gevraagd in hoeverre gedacht wordt aan een dergelijke structurele wijziging en zo ja, hoe men zich die concreet voorstelt.

In deze slotparagraaf wordt getracht een overzicht te geven van de ideeën, die de uitvoeringsorganisaties van sociale

ziekttekostenverzekeringen in dit opzicht hebben. Min of meer noodgedwongen worden Engeland en Ierland hierbij buiten beschouwing gelaten. De respondenten uit deze twee landen zijn non-profit particuliere ziektekostenverzekeraars, die geen uitspraken doen over ideeën die de nationale gezondheidsdiensten c.q. de nationale overheden hebben over ontwikkelingen op langere termijn. Voor wat betreft de overige in het onderzoek betrokken landen is grofweg een driedeling te maken in standpunten en ideeën.

Eén van de te onderscheiden "groepen" betreft België, Frankrijk en Luxemburg. In deze landen leggen de uitvoeringsorganisaties zich in feite neer bij de bestaande situatie. Dat zich neerleggen bij de bestaande situatie heeft twee betekenissen.

In de eerste plaats gaat het om de bestaande vorm van de sociale ziektekostenverzekering. Deze vorm is het resultaat van een zeer lange maatschappelijke ontwikkeling, waarin het begrip "solidariteit" een belangrijke rol speelde en nog speelt. Met name deze bestaande solidariteit tussen verschillende groepen verzekerden vormt voor de uitvoeringsorganisaties een belangrijk argument om de huidige vorm van de sociale ziektekostenverzekering te handhaven. Deze stelling wordt ook ingenomen door de non-profit particuliere ziektekostenverzekeraars (mutualiteiten), die in Frankrijk en Luxemburg een belangrijke rol spelen als het gaat om aanvullende verzekeringen. In Frankrijk en met name in België wordt echter in de sfeer van deze aanvullende verzekeringen wel een grotere concurrentie tussen uitvoeringsorganisaties verwacht.

Het zich neerleggen bij de bestaande situatie heeft ook betrekking op het accepteren van de huidige omvang van overheidsregulering. In België en Frankrijk wordt een verdere vergroting van de overheidsregulering niet uitgesloten. Waar echter in Luxemburg gewezen wordt op de brede politieke steun, die het bestaande systeem van de sociale ziektekostenverzekering geniet, stellen de uitvoeringsorganisaties in Frankrijk en België de politieke tegenstellingen in hun land aan de orde, tegenstellingen die de mate van overheidsregulering sterk zouden kunnen beïnvloeden. Met name in België speelt de band tussen uitvoeringsorganisaties en politieke partijen hierbij een rol.

Voor de hier genoemde uitvoeringsorganisaties staat echter voorop dat zij de principes, waarop de huidige sociale ziektekostenverzekering is gebaseerd, willen handhaven.

De uitvoeringsorganisaties in West-Duitsland wijzen, als het gaat om toekomstige ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekering, in de eerste plaats op de verantwoordelijkheid van de overheid voor de sociale zekerheid en derhalve op de afhankelijkheid van de politieke constellatie. Het is de overheid die het voortouw zou moeten nemen bij eventuele (meer structurele) wijzigingen in de sociale ziektekostenverzekering. Over de richting, waarin eventuele wijzigingen plaats zouden moeten vinden en hoe structureel die wijzigingen zouden moeten zijn, laten de uitvoeringsorganisaties zich niet duidelijk en niet eenduidig uit. In West-Duitsland zijn het voornamelijk met name wetenschappers die zich bezig houden met mogelijke structurele hervormingen van de sociale ziektekostenverzekering, waarbij de discussie zich vooral toespitst op het thema "concurrentie versus solidariteit".

Resteren twee landen waar de uitvoeringsorganisaties duidelijk stelling nemen in die zin dat zij met eigen voorstellen omtrent wijzigingen in de sociale ziektekostenverzekering komen.

In Zwitserland is in 1985 / 1986 door de uitvoeringsorganisaties onder meer een fundamentele discussie gevoerd over alternatieve verzekeringsmodellen, waarbij gezocht werd naar een model dat hulpverleners zou prikkelen meer kostenbewust te handelen en dat verzekerden zou prikkelen niet meer gebruik te maken van voorzieningen

dan strikt noodzakelijk. De modellen, voorzien van commentaar en aanbevelingen, zullen worden voorgelegd aan onder meer de Zwitserse overheid. De Zwitserse uitvoeringsorganisaties hebben zelf gekozen voor een combinatie van twee modellen. Voor de ambulante gezondheidszorg wordt gekozen voor de variant van Preferred Providers Organizations, het KKB-model, volgens welk model de verzekerden een premiereductie van ongeveer 10 % kunnen krijgen als ze zich beperken tot artsen van de door de uitvoeringsorganisaties samengestelde lijst van meest goedkoop werkende artsen. Dit model wordt gecombineerd met globale budgettering voor de intramurale sector. Deze globale budgettering zou op den duur gecombineerd kunnen worden met een vergoeding op basis van Diagnosis Related Groups.

Ook in Nederland worden vanuit de uitvoeringsorganisaties voorstellen gedaan, die structurele wijzigingen in de bestaande sociale ziektekostenverzekering met zich meebrengen. In het voorjaar van 1986 is door de VNZ de discussienota "Het ziekenfonds op eigen benen" gepubliceerd. In deze discussienota worden voorstellen gedaan, waarin de elementen van keuzevrijheid voor de verzekerde, concurrentie tussen hulpverleners, meer zelfstandigheid voor de ziekenfondsen en een minder dominante positie voor de overheid een belangrijke rol spelen. De voorstellen zijn beschreven in paragraaf 3.7. De discussie hieromtrent is thans in volle gang.

Hoewel zowel in Zwitserland als in Nederland een meer fundamentele discussie omtrent toekomstige ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekering gaande is, een discussie waarin de uitvoeringsorganisaties een belangrijke rol spelen, is het ook hier de overheid die uiteindelijk de doorslaggevende stem in de uitkomst van de discussie zal hebben. Zowel in deze laatstgenoemde landen als in de eerder beschreven landen heeft de politiek uiteindelijk het laatste woord.

BIJLAGE

LIJST VAN BELANGRIJKSTE GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Abel-Smith, B. en A. Maynard, *De organisatie, financiering en kosten van de gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap*, Commissie van de Europese Gemeenschappen, Brussel, 1978.

Abel-Smith, B., *Cost Containment in Health Care: the Experience of Twelve European Countries (1977 - 1983)*, Commission of the European Communities, Brussel, 1984.

Abel-Smith, B., *Curbing the Cost of Health Care*, lezing ter gelegenheid van het congres "The future of social security in the European community" van de Trans European Policy Studies Association, Brussel, 1985.

Association Internationale de la Mutualité, Antwoorden van de leden op de enquête "Die Auswirkung staatlicher Haushaltsgesetze auf die Krankenversicherung", ter gelegenheid van de bijeenkomst van de Association Internationale de la Mutualité, Brussel, 1983.

Barmer Ersatzkasse, *Die deutsche Sozialversicherung*, Siegburg, 1981.

British United Provident Association, *Independent Health Care in Britain: the Facts*, London, 1985.

Bundesamt für Sozialversicherung, *Statistik über die Krankenversicherung*, Bern, 1981.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, "Beteiligte ergreifen Sparmassnahmen", *Sozialpolitische Informationen*, 11/1985.

Centraal Bureau voor de Statistiek, *Statistisch Zakboek*, Voorburg, 1965 - 1985.

Centraal Bureau voor de Statistiek, *Bevolkingsstatistieken van de Lid-Staten van de Europese Gemeenschap*. Overdruk, Voorburg, 1986.

Charles, J.F., *Die sozialen Versicherungen in der Schweiz*, Bern, 1982.

Commissie van de Europese Gemeenschappen, *Vergelijkende tabellen van de stelsels van sociale zekerheid van toepassing in de Lid-Staten van de Europese Gemeenschappen*, Brussel, 1982.

Conseil Supérieur de la Mutualité, *La mutualité et les assurances sociales au Grand-Duché de Luxembourg*, Luxembourg, 1985.

Desjacques, J., *Die Krankenversicherung in der Schweiz*, Association Internationale de la Mutualité, Geneve, 1984.

Engels, A., "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zerstritten", *Sozialpolitik aktuell*, 4/1985.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -Gestaltung, *Kostenentwicklung und Kostendämpfung im Gesundheitswesen in sechs Ländern an Rhein und Maas*, Köln, 1982.

Hallet, J., *The place of mutual benefit societies in the current conception of social security*, International Social Security Association, Geneva, 1985.

Henke, K.D., *Optionen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens*, Universität Hannover, 1986.

Hill, S., "Nouveaux modèles d'assurance-maladie pour la Suisse", *Journal des caisses-maladie suisses*, juillet 1986.

International Labour Organization, *Into the Twenty-first Century: the Development of Social Security*, Geneva, 1984.

International Social Security Association, *Improving Cost Effectiveness in Health Care*, Geneva, 1984.

International Social Security Association, *Long-term care and social security*, Geneva, 1984.

Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, *Neue Krankenversicherungsmodelle für die Schweiz*, Solothurn, 1986.

Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, *Sparen im Gesundheitswesen*, Solothurn, 1983.

Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, *Tätigkeitsbericht 1982 - 1983*, Solothurn, 1984.

Lambert, D.O., "Faudra-t-il étendre le recours à l'assurance privée?", *Journal d'Economie Médicale*, no. 1, 1983.

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *Inkomsten - uitgaven ziekteverzekering*, Brussel, 1985.

Lapré, R.M., "Stelsel van ziektekostenverzekering", *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nr. 1, 1985.

Lebeer, L., *Cost-sharing by Persons Receiving Health Care under Sickness Insurance*, International Social Security Association, Geneva, 1983.

Maxwell, R.J., *Health and Wealth; an International Study on Health Care Spending*, Lexington, 1981.

Ministère de la Sécurité Sociale, *Rapport général sur la sécurité sociale*, Luxembourg, 1985.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Financieel Overzicht Gezondheidszorg (en Maatschappelijk Welzijn)*, Den Haag, 1983 - 1986.

Munnich, F.E., "Mehr Markt", *Bundesarbeitsblatt*, 12/1984.

Oberender, P., "Für Marktwirtschaft", *Bundesarbeitsblatt*, 12/1984.

Organisation de Coopération et de Développement Economiques, *Les dépenses publiques de santé face aux contraintes économiques*, Paris, 1984.

Organisation for Economic Co-operation and Development, *Measuring Health Care 1960 - 1983*, Paris, 1985.

Peeters, R.F., F.C.J. Stevens en J. van der Zee (red.), *Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit*, Deventer, 1985.

Pfaff, M., *Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen aus die gesetzliche Krankenversicherung*, Augsburg, 1986.

Sacrez, A., *Samenvattend document als besluit van de werkzaamheden van de commissie belast met de studie van het probleem van de betrekkingen met het geneesherenkorps*, Association Internationale de la Mutualité, Genève, 1984.

Schrijvers, G., *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*, Lochem, 1980.

Schweizerisches Krankenhausinstitut, *Vademecum; das Gesundheitswesen in der Schweiz*, Aarau, 1983.

Stollenwerk, H.H., "Die gesetzliche Krankenversicherung im Jahre 1983", *Die Krankenversicherung*, 6/1984.

Studiedienst van de Christelijke Mutualiteiten, *De Z.I.V. in cijfers*, Brussel, 1985.

Thiemeyer, Th., "Nicht-Markt-Steuerung", *Bundesarbeitsblatt*, 12/1984.

United Nations, World Population Prospects – Estimates and Projections as Assessed in 1982, in: *Social Security and Demography*, discussedocument van R. Lesthaeghe voor het congres "The Future of Social Security in the European Community" van de Trans European Policy Studies Association, Brussel, 1985.

Verband der Angestellten-Krankenkassen, *Grundsätze der Angestellten-Ersatzkassen für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung*, Siegburg, 1983.

Verband der Angestellten-Krankenkassen, *Die Angestellten-Krankenkassen 1984*, Siegburg, 1985.

Verband der Angestellten Krankenkassen, *Ersatzkassen Report*, Siegburg, 1985.

Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, *Het ziekenfonds op eigen benen*, Zeist, 1986.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaardering van welzijnsbeleid*, Den Haag, 1982.

Ziekenfondsraad, *Jaarverslagen*, Amstelveen, 1972 – 1985.

In de reeks 'Voorstudies en achtergronden' van de WRR zijn tot nu toe verschenen:

In de eerste raadsperiode:

- V 1. W.A.W. van Walstijn e.a.: Kansen op onderwijs; een literatuurstudie over ongelijkheid in het Nederlandse onderwijs (1975)*
- V 2. I.J. Schoonenboom en H.M. In 't Veld-Langeveld: De emancipatie van de vrouw (1976)*
- V 3. G.R. Mustert: Van dubbeltjes en kwartjes: een literatuurstudie over ongelijkheid in de Nederlandse inkomensverdeling (1976)*
- V 4. IVA/Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Hogeschool Tilburg: De verdeling en de waardering van arbeid; een studie over ongelijkheid in het arbeidsbestel (1976)*
- V 5. 'Adviseren aan de overheid', met bijdragen van economische, juridische en politicologische bestuurskundigen (1977)*
- V 6. Verslag Eerste Raadsperiode: 1972-1977*

In de tweede raadsperiode:

- V 7. J.J.C. Voorhoeve: Internationale macht en interne autonomie - Een verkenning van de Nederlandse situatie (1978)*
- V 8. W.M. de Jong: Techniek en wetenschap als basis voor industriële innovatie - Verslag van een reeks van interviews (1978)*
- V 9. R. Gerritse/Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: De publieke sector: ontwikkeling en waardevorming - Een vooronderzoek (1979)*
- V10. Vakgroep Planning en Beleid/Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Utrecht: Konsumptieverandering in maatschappelijk perspectief (1979)*
- V11. R. Penninx: Naar een algemeen etnisch minderhedenbeleid? Opgenomen in rapport nr. 17 (1979)
- V12. De quartaire sector - Maatschappelijke behoeften en werkgelegenheid - Verslag van een werkconferentie (1979)
- V13. W. Driehuis en P.J. van den Noord: Productie, werkgelegenheid en sectorstructuur in Nederland 1960-1985
Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V14. S.K. Kuipers, J. Muysken, D.J. van den Berg en A.H. van Zon: Sectorstructuur en economische groei: een eenvoudig groeimodel met zes sectoren van de Nederlandse economie in de periode na de tweede wereldoorlog. Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V15. F. Muller, P.J.J. Lesuis en N.M. Boxhoorn: Een multisectormodel voor de Nederlandse economie in 23 bedrijfstakken
F. Muller: Veranderingen in de sectorstructuur van de Nederlandse industrie (1980)
- V16. A.B.T.M. van Schaik: Arbeidsplaatsen, bezettingsgraad en werkgelegenheid in dertien bedrijfstakken
Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*

• Uitverkocht

- V17. A.J. Basoski, A. Budd, A. Kalf, L.B.M. Mennes, F. Racké en J.C. Ramaer: Exportbeleid en sectorstructuurbeleid
Pre-adviezen bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V18. J.J. van Duijn, M.J. Ellman, C.A. de Feyter, C. Inja, H.W. de Jong, M.L. Mogendorff en P. VerLoren van Themaat: Sectorstructuurbeleid: mogelijkheden en beperkingen
Pre-adviezen bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V19. C.P.A. Bartels: Regio's aan het werk: ontwikkelingen in de ruimtelijke spreiding van economische activiteiten in Nederland
Studie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V20. M.Th. Brouwer, W. Driehuis, K.A. Koekoek, J. Kol, L.B.M. Mennes, P.J. van den Noord, D. Sinke, K. Vijlbrief en J.C. van Ours: Raming van de finale bestedingen en enkele andere grootheden in Nederland in 1985
Technische nota's bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V21. J.A.H. Bron: Arbeidsaanbod-projecties 1980-2000 (1980)*
- V22. P. Thoenes, R.J. In 't Veld, I.Th.M. Snellen, A. Faludi: Benaderingen van planning
Vier pre-adviezen over beleidsvorming in het openbaar bestuur (1980)*
- V23. Beleid en toekomst
Verslag van een symposium over het rapport Beleidsgerichte toekomstverkenning deel 1 (1981)
- V24. L.J. van den Bosch, G. van Enkevort, Ria Jaarsma, D.B.P. Kallen, P.N. Karstanje, K.B. Koster: Educatie en welzijn (1981)*
- V25. J.C. van Ours, D. Hamersma, G. Hupkes, P.H. Admiraal: Consumptiebeleid voor de werkgelegenheid
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V26. J.C. van Ours, C. Molenaar, J.A.M. Heijke: De wisselwerking tussen schaarsteverhoudingen en beloningsstructuur
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V27. A.A. van Duijn, W.H.C. Kerkhoff, L.U. de Sitter, Ch.J. de Wolff, F. Sturmans: Kwaliteit van de arbeid
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V28. J.G. Lambooy, P.C.M. Huigsloot en R.E. van de Lustgraaf: Greep op de stad? Een institutionele visie op stedelijke ontwikkeling en de beïnvloedbaarheid daarvan (1982)*
- V29. J.C. Hess, F. Wielenga: Duitsland in de Nederlandse pers – altijd een probleem? Drie dagbladen over de Bondsrepubliek 1969-1980 (1982)
- V30. C.W.A.M. van Paridon, E.K. Greup, A. Ketting: De handelsbetrekkingen tussen Nederland en de Bondsrepubliek Duitsland (1982)
- V31. W.A. Smit, G.W.M. Tiemessen, R. Geerts: Ahaus, Lingen en Kalkar; Duitse nucleaire installaties en de gevolgen voor Nederland (1983)
- V32. J.H. von Eije: Geldstromen en inkomensverdeling in de verzorgingsstaat (1982)
- V33. Verslag van de tweede Raadsperiode 1978-1982

* Uitverkocht

- V34. P. den Hoed, W.G.M. Salet en H. van der Sluijs: Planning als onderneming (1983)
- V35. H.F. Munneke e.a.: Organen en rechtspersonen rondom de centrale overheid (1983); 2 delen
- V36. M.C. Brands, H.J.G. Beunders, H.H. Selier: Denkend aan Duitsland; Een essay over moderne Duitse geschiedenis en enige hoofdstukken over de Nederlands-Duitse betrekkingen in de jaren zeventig (1983)
- V37. L.G. Gerrrichhauzen: Woningcorporaties; Een beleidsanalyse (1983)
- V38. J. Kassies: Notities over een heroriëntatie van het kunstbeleid (1983)
- V39. Leo Jansen: Sociocratische tendenties in West-Europa (1983)

In de derde raadsperiode:

- V40. G.J. van Driel, C. van Ravenzwaai, J. Spronk en F.R. Veeneklaas: Grenzen en mogelijkheden van het economisch stelsel in Nederland (1983)
- V41. Adviesorganen in de politieke besluitvorming. Symposiumverslag onder redactie van A.Th. van Delden en J. Kooiman (1983)
- V42. E.W. van Luijk, R.J. de Bruijn: Vrijwilligerswerk tussen betaald en huishoudelijk werk; een verkennende studie op basis van een enquête (1984)
- V43. Planning en beleid; verslag van een symposium over de studie Planning als onderneming (1984)
- V44. W.J. van der Weijden, H. van der Wal, H.J. de Graaf, N.A. van Brussel, W.J. ter Keurs: Bouwstenen voor een geïntegreerde landbouw (1984)*
- V45. J.F. Vos, P. de Koning, S. Blom: Onderwijs op de tweesprong; over de inrichting van basisvorming in de eerste fase van het voortgezet onderwijs (1985)
- V46. G. Meester, D. Strijker, Het Europese landbouwbeleid voorbij de scheidslijn van zelfvoorziening (1985)
- V47. J. Pelkmans: De interne EG-markt voor industriële producten (1985)
- V48. J.J. Feenstra, K.J.M. Mortelmans: Gedifferentieerde integratie en Gemeenschapsrecht: institutioneel- en materieelrechtelijke aspecten (1985)
- V49. T.H.A. van der Voort, M. Beishuizen: Massamedia en basisvorming (1986)
- V50. C.A. Adriaansens, H. Priemus: Marges van volkshuisvestingsbeleid (1986)
- V51. E.F.L. Smeets, Th.J.N.N. Buis: Leraren over de eerste fase van het voortgezet onderwijs (1986)
- V52. J. Moonen: Toepassing van computersystemen in het onderwijs (1986)
- V53. A.L. Heinink (red.), H. Riddersma, J. Braaksma: Basisvorming in het buitenland (1986)
- V54. Zelfstandige bestuursorganen; verslag van de studiedag op 12 november 1985 (1986)
- V55. Europese integratie in beweging; verslag van een conferentie, gehouden op 16 mei 1986 (1986)
- V56. C. de Klein, J. Collaris: Sociale Ziektelkostenverzekeringen in Europees perspectief (1987)
- V57. R.M.A. Jansweijer; Private leefvormen, publieke gevolgen

* Uitverkocht

De serie 'Voorstudies en achtergronden mediabeleid' bestaat uit de volgende delen:

- M 1. J.M. de Meij: Overheid en uitingsvrijheid (1982)
- M 2. E.H. Hollander: Kleinschalige massacommunicatie: lokale omroepvormen in West-Europa (1982)
- M 3. L.J. Heinsman/NOS: De kulturele betekenis van de instroom van buitenlandse televisieprogramma's in Nederland – Een literatuurstudie (1982)
- M 4. L.P.H. Schoonderwoerd, W.P. Knulst/Sociaal en Cultureel Planbureau: Mediagebruik bij verruiming van het aanbod (1982)
- M 5. N. Boerma, J.J. van Cuilenburg, E. Diemer, J.J. Oostenbrink, J. van Putten: De omroep: wet en beleid; een juridisch-politologische evaluatie van de omroepwet (1982)*
- M 6. Intomart b.v.: Etherpiraten in Nederland (1982)*
- M 7. P.J. Kalf/Instituut voor Grafische Techniek TNO: Nieuwe technieken voor productie en distributie van dagbladen en tijdschriften (1982)
- M 8. J.J. van Cuilenburg, D. McQuail: Media en pluriformiteit; Een beoordeling van de stand van zaken (1982)*
- M 9. K.J. Alsem, M.A. Boorsma, G.J. van Helden, J.C. Hoekstra, P.S.H. Leeflang, H.H.M. Visser: De aanbodstructuur van de periodiek verschijnende pers in Nederland (1982)
- M10. W.P. Knulst/Sociaal en Cultureel Planbureau: Mediabeleid en cultuurbeleid; Een studie over de samenhang tussen de twee beleidsvelden (1982)*
- M11. A.P. Bolle: Het gebruik van glasvezelkabel in lokale telecommunicatienetten (1982)
- M12. P. te Nuyl: Structuur en ontwikkeling van vraag en aanbod op de markt voor televisieproducties (1982)*
- M13. P.J.M. Wilms/Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: Horen, zien en betalen; Een inventariserende studie naar de toekomstige kosten en bekostiging van de omroep (1982)
- M14. W.M. de Jong: Informatietechniek in beweging; consequenties en mogelijkheden voor Nederland (1982)*
- M15. J.C. van Ours: Mediaconsumptie; Een analyse van het verleden, een verkenning van de toekomst (1982)
- M16. J.G. Stappers, A.D. Reijnders, W.A.J. Möller: De werking van massa-media; Een overzicht van inzichten (1983)*
- M17. F.J. Schrijver: De invoering van kabeltelevisie in Nederland (1983)

* Uitverkocht

De Raad heeft tot nu toe de volgende Rapporten aan de Regering uitgebracht:

In de eerste Raadsperiode:

1. Europese Unie
2. Structuur van de Nederlandse economie
3. Energiebeleid
Gebundeld in één publikatie (1974)*
4. Milieubeleid (1974)*
5. Bevolkingsgroei (1974)*
6. De organisatie van het openbaar bestuur (1975)*
7. Buitenlandse invloeden op Nederland: Internationale migratie (1976)*
8. Buitenlandse invloeden op Nederland:
Beschikbaarheid van wetenschappelijke en technische kennis (1976)*
9. Commentaar op de Discussienota Sectorraden (1976)*
10. Commentaar op de nota Contouren van een toekomstig onderwijsbestel (1976)*
11. Overzicht externe adviesorganen van de centrale overheid (1976)*
12. Externe adviesorganen van de centrale overheid (1977)
13. Maken wij er werk van?
Verkenningen omtrent de verhouding tussen actieven en niet-actieven (1977)*
14. Interne adviesorganen van de centrale overheid (1977)*
15. De komende vijftienvig jaar – Een toekomstverkenning voor Nederland (1977)
16. Over sociale ongelijkheid – Een beleidsgerichte probleemverkenning (1977)*

In de tweede raadsperiode:

17. Etnische minderheden (1979)*
 - A. Rapport aan de Regering
 - B. Naar een algemeen etnisch minderhedenbeleid?
18. Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
19. Beleidsgerichte toekomstverkenning
Deel 1: Een poging tot uitlokking (1980)*
20. Democratie en geweld
Problemanalyse naar aanleiding van de gebeurtenissen in Amsterdam op 30 april 1980
21. Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1981)*
22. Herwaardering van welzijnsbeleid (1982)
23. Onder invloed van Duitsland
Een onderzoek naar gevoeligheid en kwetsbaarheid in de betrekkingen tussen Nederland en de Bondsrepubliek (1982)
24. Samenhangend mediabeleid (1982)

In de derde raadsperiode:

25. Beleidsgerichte toekomstverkenning
Deel 2: Een verruiming van perspectief (1983)
26. Waarborgen voor zekerheid
Een nieuw stelsel van sociale zekerheid in hoofdlijnen (1985)
27. Basisvorming in het onderwijs (1986)
28. De onvoltooide Europese integratie (1986)

* Uitverkocht

Alle publikaties van de Raad zijn verkrijgbaar via de Staatsuitgeverij,
Christoffel Plantijnstraat 1, Postbus 20014, 2500 EA 's-Gravenhage, tel. 070-789911
of in de boekhandel.

