

# De wensen van zorgcliënten in Europa

Zoetermeer, 2003



## Inhoudsopgave

	<b>De wensen van zorgcliënten in Europa</b>	
	Samenvatting	9
1	Inleiding	13
2	Europa: nationale voorkeuren	19
3	Mogelijkheden voor convergentie	29
	Bijlage	
	Vraag en aanbod in de lidstaten	41
	<b>Consumer empowerment (achtergrondstudie TNS-NIPO)</b>	
	Samenvatting	73
	Deel 1 De landenvergelijking	
1	Preferenties ten aanzien van keuzemogelijkheden	78
2	Gepercipieerde waarde	95
3	Innovatieve behandelmethoden	100
4	Transnationaal verkeer	103
	Deels 2 Vergelijking op socio-demografische groepen	
5	Sekse	108
6	Leeftijd	111
7	Opleiding	115
8	Patiënten versus niet-patiënten	119
	<b>Vraaggestuurde zorg in internationaal perspectief (achtergrondstudie NIVEL)</b>	
	Samenvatting van de belangrijkste bevindingen	129
1	Duitsland	138
2	Engeland & Wales	147
3	België	156
4	Frankrijk	163
5	Nederland	170
	Bijlagen	
1	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	189
2	Rapportvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	191
3	Overzicht publicaties RVZ	193



# De wensen van zorgcliënten in Europa



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1	Aanleiding onderzoek	13
1.2	Waarom een Europese studie?	13
1.3	Vraagstelling	14
1.4	Aanpak van het onderzoek	15
1.5	Leeswijzer	17
<b>2</b>	<b>Europa: nationale voorkeuren</b>	<b>19</b>
2.1	Inleiding	19
2.2	Verschillende profielen	19
2.3	Opmerkelijke observaties	26
<b>3</b>	<b>Mogelijkheden voor convergentie</b>	<b>29</b>
3.1	Inleiding	29
3.2	De spelers	29
3.3	Ontwikkeling van een speelveld, een schets	33
	 Bijlage	
1	Vraag en aanbod in de lidstaten	41





## Samenvatting

Wat verwacht de Europese cliënt van de gezondheidszorg? Die vraag staat centraal in het 4<sup>e</sup> Clingendael European Health Forum. Dat we vragen naar de wensen van de cliënten van de gezondheidszorg is op zich niet verbazingwekkend. De tijd dat de patiënt vooral geacht werd te doen wat het woord zelf zegt: dulden en lijden, is voorbij. Zeker, het is (nog) niet zover dat de cliënt in de gezondheidszorg een zelfde positie inneemt als in bijvoorbeeld de autobranche, maar de emancipatie van de patiënt ten opzichte van de andere partijen in de gezondheidszorg is een reëel gegeven. Vraagsturing is niet langer een loze kreet. Overheden, dokters en verzekeraars willen weten wat de cliënt wil, omdat het er toe doet.

De cliënt staat centraal in dit onderzoek

Dat we vragen naar de wensen van de Europese cliënt is minder vanzelfsprekend. Want bestaat die Europese cliënt wel? Nee, nog niet, want er zijn aantoonbare verschillen tussen de Belgische, Nederlandse, Franse, Engelse en Duitse cliënt. Maar het is wel waarschijnlijk dat deze cliënten in hun verwachtingen, rechten en plichten meer op elkaar gaan lijken. Immers: de Europese markt met zijn vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal wordt steeds belangrijker, ook voor de gezondheidszorg. De invloed van de EG op allerlei aspecten van het dagelijks leven, waaronder de gezondheidszorg, neemt toe. De uitdagingen waarvoor de nationale gezondheidszorgsystemen van Europa staan, zijn grotendeels dezelfde. Voor oplossingen kijken de landen naar elkaar. Er is sprake van convergentie. De Europese cliënt is voorlopig een constructie, maar wel een die het waard is te verkennen.

Het is de vraag of de Europese cliënt in de gezondheidszorg wel bestaat?

Er bestaat een nauwe samenhang tussen de inrichting van een stelsel van gezondheidszorg, de organisatie van het aanbod en de wijze waarop cliënten zich met hun zorgvragen tot de gezondheidszorg richten. Er is inmiddels het een en ander bekend over de verschillen tussen de landen als het gaat om de organisatie van het aanbod en het verzekeringsstelsel. Het NIVEL heeft die voor België, Duitsland, Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk nog eens in kaart gebracht. Maar er is nog betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar de verschillen in het gedrag en de opvattingen van cliënten. Om daar meer over te weten te komen heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in die zelfde landen onderzoek laten doen door TNS NIPO. Dit onderzoeksinstituut heeft onderzocht:

De lidstaten tonen grote onderlinge verschillen in vraag en aanbod

- over welke keuzemogelijkheden cliënten in de verschillende fases van het zorgproces willen beschikken;
- wat hun wensen zijn op het gebied van innovatie en
- hoe ze staan tegenover zorgverlening in het buitenland.

Op basis van deze gegevens heeft de RVZ per land een profiel opgesteld en deze met elkaar vergeleken. Het is een hachelijke onderneming om harde conclusies te trekken uit een dergelijke landenvergelijking. Maar er zijn wel degelijk een aantal interessante observaties te melden.

- Als cliënten meer keuzemogelijkheden hebben blijken ze die ook meer te waarderen.
- Als cliënten kunnen kiezen tussen een bezoek aan de huisarts of de specialist kiezen ze niet per definitie voor een bezoek aan de specialist.
- Ondanks de aanwezigheid van eigen bijdragen blijken cliënten toch bereid meer te betalen mits dit duidelijk meerwaarde oplevert.
- Alleen de Nederlandse cliënt wil meer keuzevrijheid en keuzemogelijkheden hebben dan waarover hij nu beschikt. Hij is ook bereid daarvoor te betalen.
- De Nederlandse cliënt staat verhoudingsgewijs positief tegenover innovaties in de zorg en zorgverlening in het buitenland.

Op basis van deze verschillen zijn een aantal interessante observaties te doen

De Europese cliënt zal het resultaat zijn van de ontwikkeling die de diverse nationale zorgsystemen gedurende het convergentieproces zullen doormaken. Maar het is geen eenvormige groep. Er zijn twee groepen te onderscheiden. Eén groep die bereid is te reizen en bij wil betalen voor meer keuzemogelijkheden. Een één groep cliënten die zorg graag dicht bij huis wil ontvangen en minder bereidheid toont bij te betalen. Ondanks de obstakels op weg naar een Europese gezondheidszorg zijn er wel degelijk factoren aan te geven die deze ontwikkeling kunnen versnellen. De RVZ schetst een beeld Europese gezondheidszorg op basis van de wensen van de hiervoor genoemde twee groepen cliënten.

Binnen cliënten in Europa zijn twee groepen met eigen voorkeuren te onderscheiden

De Europese gezondheidszorg zal voor een deel regionaal georiënteerd blijven. Dat geldt vooral voor de zorg voor oudere cliënten en cliënten met chronische aandoeningen. Maar ook de laagcomplexere zorg voor andere groepen blijft regionaal georiënteerd. Het aanbod voor deze groepen cliënten heeft als belangrijkste kenmerken diversiteit, flexibiliteit en doelmatigheid.

Eén groep die zorg graag dicht bij huis wil ontvangen

Een ander deel, de hoogcomplexere zorg en de zorg voor aandoeningen waar nog maar beperkt remedies voor bestaan, zoals Alzheimer en de ziekte van Parkinson, zal mogelijk in expertisecentra op Europees niveau worden georganiseerd.

En een groep die reisbereid is

Wat betreft het verzekeringsstelsel ziet de RVZ voordelen in een Europese basisverzekering. Het is echter een open vraag of zo'n basisverzekering er zal komen. Dat geldt ook voor de vraag in welke mate en op welke manier solidariteit vorm zal krijgen.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

Deze publicatie is opgesteld in het kader van het 4<sup>e</sup> European Health Forum. Dit jaar is het thema “de wensen van zorgcliënten in Europa” gekozen. Waarom dit thema? In de politiek zijn vraagsturing, versterking van de vraagzijde en innovatie belangrijke onderwerpen geworden. Deze onderwerpen hebben een directe relatie met kosten (beheersing) en verhoging van doelmatigheid. Naarmate de zorg een groter deel van het BBP (Bruto Binnenlands Product) beslaat, wordt de noodzaak tot het afleggen van verantwoording over de geleverde resultaten groter. Bij al deze onderwerpen speelt de cliënt een hoofdrol en is zijn tevredenheid over het geleverde een belangrijke maatstaf voor “het resultaat”. Daarom de keuze voor dit thema.

De wensen van zorgcliënten is een relevant politiek thema

## 1.2 Waarom een Europese studie?

De Europese component wordt steeds belangrijker. Hoewel de verwachtingen zijn dat het niet snel zal gaan, is het duidelijk dat er een proces van convergentie in Europa is ingezet. Het proces is gestart met convergentie op financieel-economisch gebied. Naar verwachting zullen convergentie op juridisch gebied en in het verzekeringsstelsel volgen. Het is, met andere woorden, waarschijnlijk dat de vier vrijheden; vrijheid van verkeer, goederen en diensten, kapitaal en personen ook de gezondheidszorg niet ongemoeid zullen laten.

Ook in de gezondheidszorg zal Europa zijn invloed doen gelden

Gezondheidszorg is nu nog veelal een nationale aangelegenheid. Landen proberen de zorg buiten de invloedssfeer van de EU te houden. Maar de invloed van maatregelen, die de EU op uiteenlopende gebieden neemt, zullen onvermijdelijk ook impact hebben op de zorg. De jurisprudentie heeft inmiddels al bewezen dat zij door de verdedigingslijnen heen kan breken. Toch valt het niet te ontkennen dat de gezondheidszorg een bijzondere sector is. Gezondheidszorg wordt meer dan andere sectoren gekenmerkt door grote cultuurverschillen tussen de landen. Zo verschillen bijvoorbeeld de definities van “gezond” en “ziek” per land. Het gebruik van zorg is sterk cultuur bepaald en ook de inrichting van het aanbod en het verzekeringsstelsel hebben in elk land een geheel eigen gezicht. Deze verschillen zijn relevant in het convergentieproces. Zij zijn het

Maar de verschillen tussen de lidstaten zijn nu nog erg groot

uitgangspunt, bieden wellicht kansen en werpen zeker obstakels op. In hun zoektocht naar oplossingen voor hun problemen en ideeën voor verbeteringen kijken de landen naar elkaar. Organisaties als de OECD en de WHO spannen zich in om de prestaties van landen op het gebied van gezondheidszorg te vergelijken of, beter gezegd, vergelijkbaar te maken. Er is dus al wel het een en ander bekend over de verschillen in gebruik en in de organisatie van het aanbod. Voor de preferenties van cliënten ligt dat anders. Hoewel de eerste studies van de pers gerold zijn<sup>1</sup> is er momenteel nog niet zeer veel informatie beschikbaar over de wensen van cliënten in de verschillende lidstaten.

Over de verschillen tussen de lidstaten op het gebied van wensen van cliënten is nog weinig bekend

### 1.3 Vraagstelling

Daarom is in dit onderzoek het perspectief van de cliënt gekozen. Het onderzoek is gedaan in vijf lidstaten met een vergelijkbaar welvaartsniveau en vergelijkbare epidemiologie en politieke vraagstukken (België, Duitsland, Frankrijk, Nederland en Engeland). De verschillen tussen de wensen van cliënten in deze vijf landen zijn in kaart gebracht. Daarna is gekeken hoe het aanbod en het stelsel zich verhouden tot de wensen van de cliënten. Daardoor ontstaat inzicht in de hiervoor genoemde verschillen tussen de landen op het gebied van vraag en aanbod in de zorg.

Dit onderzoek brengt daarom vraag en aanbod in vijf lidstaten in kaart

Als geconstateerd wordt dat de verschillen groot zijn en het tegelijkertijd onvermijdelijk lijkt dat Europa zijn invloed ook in de zorg zal doen gelden, is het de vraag op welke gebieden en op welke wijze deze invloed dan gestalte zou kunnen krijgen. Ook deze vraag wordt in dit onderzoek vanuit het perspectief van de cliënt behandeld.

En schetst de mogelijkheden voor convergentie

Het onderzoek is een *eerste inventarisatie* en behandelt de volgende vragen:

Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de vijf landen vanuit het perspectief van de cliënt?

- Wat zijn de wensen van cliënten op het gebied van keuzemogelijkheden in de zorgketen, innovatie en zorgverlening in het buitenland? Welke reële waarde koppelen cliënten aan deze wensen?
- Welke maatregelen hebben de overheden van de onderzochte landen getroffen om aan de wensen van hun burgers tegemoet te komen?

Op welke gebieden en op welke wijze zou convergentie gestalte kunnen krijgen? Ook in dit onderdeel zijn de wensen van cliënten het uitgangspunt.

## 1.4 Aanpak van het onderzoek

### Algemeen

Om deze vragen te beantwoorden, heeft de RVZ twee achtergrondstudies laten verrichten. Ten eerste heeft TNS-NIPO consumentenonderzoek verricht in de vijf landen. Ten tweede heeft het NIVEL op basis van een literatuurstudie en een documentenanalyse het aanbod en het stelsel van de landen in kaart gebracht. De RVZ heeft op basis van dit materiaal een beeld gevormd van de belangrijkste verschillen tussen de landen in vraag en aanbod. Vervolgens heeft de RVZ een schets gemaakt van de mogelijkheden voor convergentie van zorg in Europa.

### Consumentenonderzoek door TNS-NIPO

In elk van de genoemde landen heeft het NIPO cliëntenonderzoek gedaan (bijlage: Preferenties van de Europese zorgcliënt). In telefonische interviews zijn cliënten (patiënten en niet-patiënten) gevraagd naar het belang dat zij toekennen aan keuzemogelijkheden en naar hun voorkeuren bij de invulling van de keuzemogelijkheden. Deze systematiek is voor elk van de fases in het zorgproces gevolgd. Zo is eerst gekeken naar de prediagnostische fase. In deze fase heeft de cliënt vooral informatie nodig. Hen is gevraagd op welke manieren en bij wie zij deze informatie zoeken. In de diagnostische fase is gevraagd naar het algemeen toegekende belang (“hoe belangrijk vindt u kiezen”) en naar de preferenties ten aanzien van de zorgverlener die de diagnostiek verricht (“welke zorgverlener heeft uw voorkeur”). Bij de behandeling gaat het naast de zorgverlener, ook om de plaats van behandeling. Bij revalidatie is cliënten ook gevraagd naar hun voorkeur ten aanzien van behandelaar en plaats van behandeling. De uitslagen van de enquête zijn getoetst aan de reële waarde die cliënten toekennen aan keuzemogelijkheden. Dit is gedaan door cliënten te vragen hoeveel premie zij per maand méér over hadden voor een uitbreiding van keuzemogelijkheden. Ten slotte is de interesse voor nieuwe ontwikkelingen/innovatie en behandeling in het buitenland gemeten. De gegevens uit de enquête zijn vervolgens op twee manieren geanalyseerd:

TNS-NIPO heeft de wensen van cliënten onderzocht

Een vergelijking van de landen onderling (deel 1 van de achtergrondstudie van TNS-NIPO). Met deze analyse zijn de verschillen tussen de landen geïllustreerd.

1. Vervolgens zijn op Europees niveau verschillende categorieën cliënten vergeleken (leeftijd, inkomen, opleidingsniveau en eerdere ervaring met zorg).

Op deze manier worden enerzijds de verschillen tussen de landen duidelijk en anderzijds ontstaat een beeld van de preferenties van verschillende groepen in (een deel van) Europa.

### **NIVEL-onderzoek**

De tweede achtergrondstudie is gedaan door het NIVEL (achtergrondstudie “Vraaggestuurde zorg in internationaal perspectief”). Dit betreft een literatuurstudie en documentenanalyse. Het hoofddoel van deze achtergrondstudie was om de mogelijkheden voor ‘vraagsturing’ in de verschillende landen in kaart te brengen. Vraagsturing is geoperationaliseerd in termen van keuzemogelijkheden en keuzevrijheid. Het NIVEL heeft hiertoe informatie verzameld over de inrichting van de gezondheidszorg in de verschillende landen en de mate waarin deze systemen ruimte bieden voor ‘vraagsturing’ (inrichting van zorg door of naar de wensen en verwachtingen van patiënten/consumenten). Daarnaast is informatie verzameld over het feitelijke gebruik van zorg in de verschillende landen. Deze informatie is vooral bedoeld om de resultaten uit het TNS-NIPO-onderzoek beter te kunnen duiden. Het is namelijk aannemelijk dat de wensen en verwachtingen die cliënten uiten, worden gekleurd door wat men feitelijk gewend is in het eigen gezondheidszorgsysteem. Concreet komen de volgende vragen aan de orde:

1. In welke mate zijn er in wet- en regelgeving of in instituties verankerde mogelijkheden voor het kiezen van persoon of plaats van behandeling.
  - a. Is sprake van verplichte inschrijving van patiënten op naam van een huisarts (waardoor patiënten niet per klacht/aandoening een arts kunnen kiezen)?
  - b. Zijn specialisten rechtstreeks toegankelijk?
2. In welke mate is ‘kiezen’ ook in werkelijkheid mogelijk, doordat er sprake is van voldoende aanbod aan zorg?
  - a. Wat is de artsendichtheid, indien mogelijk uitgesplitst naar huisartsen en specialisten?
  - b. Wat is de verpleegkundigendichtheid en apothekersdichtheid (als mogelijke ‘alternatieven’ voor de arts)?
  - c. Hoeveel acute<sup>2</sup> ziekenhuisbedden zijn er beschikbaar per 1000 inwoners?

Het NIVEL heeft het aanbod en het verzekeringsstelsel in kaart gebracht



3. In welke mate is ‘kiezen’ ook in werkelijkheid mogelijk, doordat er sprake is van financiële toegang tot diverse alternatieve voorzieningen, met andere woorden: wie is waarvoor verzekerd?
  - a. Welk percentage van de bevolking valt onder een sociale ziektekostenverzekering of national health service?
  - b. Welk percentage van de totale kosten van zorg wordt publiek gefinancierd?
  - c. Voor welke voorzieningen gelden eigen bijdragen?
  - d. Welk percentage van de totale kosten van zorg worden uit eigen betalingen gefinancierd?

In aanvulling op deze gegevens is nagegaan welk consumptiepatroon burgers vertonen.

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk twee komen de verschillen tussen de vijf landen aan de orde. In hoofdstuk drie wordt de blik naar de toekomst gericht en worden aangrijpingspunten voor convergentie geschetst. Gedetailleerde informatie over het cliëntenonderzoek en het aanbod en het stelsel is in de achtergrondstudies te vinden.

### *Kanttekening 1*

Consumentenonderzoek in de zorg levert vaak controversiële reacties op. Men twijfelt er aan of cliënten zich ook daadwerkelijk zo gaan gedragen als zij in het onderzoek aan hebben gegeven. Daar is inderdaad geen zekerheid over te krijgen. Hoewel cliënten zeggen keuzemogelijkheden belangrijk te vinden en bereid zijn te reizen voor een behandeling, blijft het de vraag of zij zich in de praktijk ook zo zullen gedragen. Om de betrouwbaarheid van de uitkomsten te verbeteren, zijn naast gezonde mensen ook ‘gebruikers’ geënquêteerd. Bovendien is het realiteitsgehalte van de vragen vergroot door aan de wensen van cliënten realistische bedragen te koppelen. Alle kanttekeningen ten spijt is er geen reden om af te zien van consumentenonderzoek. Veel meer is het een pleidooi om de feitelijke ontwikkeling van het keuze- en reisgedrag van cliënten te volgen.

### *Kanttekening 2*

Het NIVEL wijst in de achtergrondstudie op de complexiteit van het vergelijken van data over consumptie en kosten uit de diverse landen. Om de vergelijkbaarheid zo groot mogelijk te maken is ervoor gekozen een beperkt aantal bronnen te gebruiken (OECD, WHO). Dit betekent soms dat niet alle gewenste data beschikbaar zijn. Ten tweede kunnen er nog enkele kanttekeningen worden geplaatst bij de resultaten die in dit rapport worden gepresenteerd. Het is goed om de beperking van deze studie aan te geven. Hoewel het NIVEL over veel expertise beschikt op het gebied van "health systems research" blijft dit een literatuurstudie die vanuit Nederland en door een Nederlander is uitgevoerd en heeft dus een andere status dan een uitgebreid overzicht van een deskundige uit het betreffende land. Een laatste punt dat aandacht verdient, is het feit dat in deze studie de analyse-eenheid bestaat uit landen. Dat betekent dat de gepresenteerde cijfers geen inzicht geven in verschillen die er *binnen* een land bestaan, bijvoorbeeld tussen rijk en arm, stad en platteland, of in Duitsland: oost en west.

## 2 Europa: nationale voorkeuren

### 2.1 Inleiding

*“French doctors will diagnose vague symptoms as spasmophilia or something to do with the liver; German doctors will explain it due to the hart, low blood pressure or vasovegative dystonia; The British will see it as a mood disorder such as depression; and Americans are likely to search for a viral or allergic cause.”- Lynn Payer (1988)*

Lynn Payer heeft in haar boek *Medicine & Culture* (1988) een aantal opvallende uitspraken gedaan over de verschillen tussen landen op het gebied van gezondheidszorg. Cliënten hebben verschillende definities van gezondheid en ziekte en andere preferenties ten aanzien van diagnose en behandeling. Ook de wijze waarop aanbieders zorg aanbieden verschilt, evenals de ideeën over solidariteit en eigen verantwoordelijkheid. Al deze zaken bepalen gezamenlijk het gebruik en de inrichting van de zorg in een land. Vraag en aanbod vormen een geheel. De verschillen tussen de landen zijn het vertrekpunt van de ontwikkeling naar een Europese gezondheidszorg. Een vertrekpunt dat complexer is dan in veel andere sectoren. In dit hoofdstuk wordt deze complexiteit expliciet gemaakt. Eerst worden de verschillen tussen de landen uiteengezet. Zoals eerder vermeld zijn, de wensen van cliënten hierbij het uitgangspunt. Daarna worden op basis van de profielen van de landen een aantal opvallende observaties gedaan.

Om de verschillen tussen de landen duidelijk te maken geeft de RVZ een profiel per land

### 2.2 Verschillende profielen

De bijlage bij deze studie geeft een uitgebreide beschrijving van de relatie en de wisselwerking tussen vraag en aanbod in de onderzochte landen. Hier volstaat de RVZ met de belangrijkste bevindingen per land.

#### **België**

*“Betaalbare zorg met keuzemogelijkheden”.*

De Belgen hechten zeer aan keuzemogelijkheden, aan hun huisarts en aan behandeling in hun eigen omgeving. Alles wat behandeling thuis mogelijk maakt is welkom. Telemetrie vinden Belgen dan ook een aantrekkelijke vernieuwing. Voor (nog) meer bijbetalen voor meer keuzemogelijkheden is weinig animo in België. Dit kan betekenen dat Belgische cliënten vinden dat zij voldoende keuzemogelijkheden hebben. Maar

Belgische cliënten hechten aan keuzemogelijkheden en zorg thuis

het kan ook zijn dat zij van mening zijn dat zij meer al dan genoeg bijbetalen voor hun zorg. Belgische cliënten zijn niet bereid ver te reizen of het land te verlaten voor kwalitatief betere zorg of meer expertise.

De Belgische gebruiker wordt op zijn wenken bediend. “Vrijheid” is de beste definitie van de Belgische zorg. Er is vrije keuze van de huisarts en vrije toegang tot de specialist. Een bijna overvloedig te noemen aanbod aan dokters en faciliteiten in de eerste en de tweede lijn. Een grote bereidheid bij artsen om cliënten thuis te bezoeken. Al deze zaken gelden voor de eerste en de tweede lijn, voor “de cure” dus. Voor revalidatie en langdurige zorg is het minder duidelijk dat vraag en aanbod elkaar vinden. Ondanks het genereuze aanbod in de eerste en tweede lijn zijn de kosten van de zorg in België relatief beperkt (8,7% BBP). Opvallend is de hoge consumptie van extramurale zorg. Dit laatste strookt natuurlijk met de voorkeur van cliënten voor behandeling thuis.

Het aanbod sluit daarbij uitstekend aan

Financieel zijn keuzevrijheid en toegankelijkheid ook geregeld. 99% van de bevolking is verzekerd via de verplichte ziektekostenverzekering, een tak van de sociale zekerheid. Maar de dekking verschilt. Deze is breed voor werknemers en betreft uitsluitend de grote risico's voor zelfstandigen. Ruim 70% van de kosten wordt publiek gefinancierd en hoewel de “remgelden” (eigen bijdragen) fors zijn, zijn deze herverzekeraar. De solidariteit blijft gehandhaafd doordat er een fiscaal maximum is voor de “remgelden” en sociaal zwakkeren van betaling van “remgelden” ontheven zijn.

Ook financieel zijn keuzevrijheid en mogelijkheden goed geregeld

Over de innovatiekracht van de Belgische zorg is niet direct een uitspraak te doen. Een paar indirecte aanwijzingen zouden mogelijk gevonden kunnen worden in het feit dat België laat was met invoering van dagbehandeling. Ook duurt het lang voordat nieuwe medicijnen op de markt komen en is België zeer traag met het aanleveren van data aan de OECD dataset. Dit lijkt iets te zeggen over transparantie. Helaas is de vraag, of bij het ruime aanbod en de beperkte kosten ook voldoende kwaliteit geleverd wordt, (nog) niet te beantwoorden.

Er zijn indirecte aanwijzingen dat België geen grote innovatiekracht en transparantie heeft

## Duitsland

### *“Specialisatie en luxe zorg”*

De Duitser vindt zichzelf snel ziek en is niet optimistisch over zijn gezondheid. Mogelijk spelen deze opvattingen mee bij de resultaten van de enquête. Duitsers vinden keuzemogelijkheden belangrijker dan cliënten in andere landen. Zij wenden zich tot de specialist voor informatie, diagnose en behandeling. Willen naar een ziekenhuis of liever nog naar een gespecialiseerde kliniek. Ook bij revalidatie vinden Duitsers keuzemogelijkheden opvallend belangrijk. Hier verdwijnt de expliciete voorkeur voor het specialistische aspect en is behandeling thuis een gelijkwaardige optie voor cliënten. De Duitse cliënt vertaalt zijn waardering voor keuzemogelijkheden ook in geld en is bereid bij te betalen. Vooral ook voor keuze bij revalidatie. Voor innovatie (ook voor technische innovaties) toont de Duitse cliënt een gemiddelde belangstelling. Ook de bereidheid om te reizen is gemiddeld. Zelfs indien een reis naar het buitenland toegang verschaft tot een gespecialiseerd centrum is de Duitse cliënt daar niet bovengemiddeld in geïnteresseerd.

Duitse cliënten gebruiken veel gespecialiseerde zorg en vinden keuzemogelijkheden belangrijk

De Duitse zorg is duur (10,6% BBP), vooral de intramurale zorg. Daar gebruiken de Duitsers dan ook veel van. Duitsland kent veel opnames en lange ligduur. De zorg mag duur zijn, cliënten krijgen er veel voor terug. Ruim aanbod huisartsen, specialisten en faciliteiten in eerste en tweede lijn. Ook in dit land is beoordeling van de faciliteiten voor revalidatie lastig. Wel is bekend dat veel ouderen gebruik maken van mantelzorg en dat verzorgingshuizen een slechte reputatie hebben. Thuiszorginstellingen hebben een belangrijke positie verworven.

De Duitse zorg is duur en luxe

In Duitsland is het mogelijk elk kwartaal van huisarts te veranderen. De specialist is vrij toegankelijk en met een chipcard is keuzevrijheid gewaarborgd. De financiële toegankelijkheid is dus redelijk goed geregeld. 90% van de bevolking is verzekerd via de verplichte sociale ziektekostenverzekering (GKV) en er is “freie Kassenwahl”. Het pakket is breed, haast luxe, en ruim 75% van de kosten is publiek gefinancierd. Maar de eigen bijdragen zijn hoog en niet herverzekeraar. Zij beslaan 10,6% van de totale kosten aan zorg. Door gebruik te maken van gecontracteerde artsen kunnen verzekerden overigens een deel van de eigen bijdragen vermijden. Voor de 10% die niet onder de verplichte verzekering valt, zijn er de particuliere verzekeringen. Deze zijn ronduit duur. Voor ouderen zorg geldt een aparte verzekering (Pflege versicherung) zonder eigen bijdragen.

Ook financieel is er keuzevrijheid echter met forse eigen bijdragen

Het aanbod en de besturingsstructuur faciliteren innovatie niet. Hier lijken cliënt en aanbod bij elkaar aan te sluiten. Sterke belangenorganisaties, strikte scheiding van intramurale en ambulante voorzieningen en een ontbreken van echte, selectieve inkoop mogelijkheden voor zorgverzekeraars liggen hier aan ten grondslag. Ook de wettelijke verankering in het *Social gesetzbuch V* maakt verandering moeilijk. De praktijk geeft daar ook blijk van. Dagbehandeling is lang verboden geweest.

Het Duitse systeem is star en inflexibel

Al met al heeft Duitsland hoogwaardige maar dure zorg en, naar het bij eerste aanblik lijkt, waarschijnlijk tevreden klanten. De (financiële) houdbaarheid is echter een issue.

### **Frankrijk**

*“Gezondheidszorg tussen staat en markt”*

Frankrijk: een gezond land met een hoge levensverwachting. Een sterke overheid en een sterke markt. Ook cliënten geven blijk van dit dualisme. Zij vinden keuzemogelijkheden belangrijk, maar niet zo belangrijk als Belgen en Duitsers. Franse cliënten kiezen voor de specialist, maar niet voor de specialistische kliniek. Zij zijn liever thuis, ook in de revalidatiefase. De apotheker geniet de speciale belangstelling van de Franse cliënt. Als bron van informatie zijn de publieke media (TV, krant en tijdschrift), de apotheek en de overheid opvallend populair. Net als de Belgen zijn ook de Fransen niet echt bereid meer te betalen voor hun zorg. Uitzondering hierop is keuzemogelijkheden bij diagnostiek. De belangstelling voor innovaties is gemiddeld. Opvallend is het grote percentage Fransen dat geen mening heeft over de voorgelegde vernieuwingen.

De Fransen willen kiezen en zorg thuis

Ook dit land heeft een relatief dure gezondheidszorg (9,3% BBP) en voor intramurale zorg zelfs de hoogste kosten per hoofd van de bevolking. Een verklaring hiervoor is dat de Franse gezondheidszorg van ouds her gericht is op de ziekenhuiszorg. De “markt” regeert vooral in de extramurale zorg. Vrije vestiging voor artsen en de mogelijkheid om zelf prijzen te bepalen. Voor de cliënt is er keuzevrijheid en mogelijkheden. Vrije artsenuitvoering, direct toegankelijke specialisten en ruim aanbod. Van huis uit is de Franse zorg op het ziekenhuis georiënteerd. In de tweede lijn is naast de “markt” ook de publieke sector terug te vinden. 65% van de bedden staan in publieke ziekenhuizen, 35% in particulier for profit instellingen. Het aanbod aan ziekenhuiszorg is ruim. Het lijkt erop dat ook het aanbod voor revalidatie en zorg voor ouderen ruim is.

Ook de Franse zorg is duur. De markt en de overheid spelen allebei een rol

De Franse zorg kent diensten voor thuiszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Het sociale verzekeringssysteem is verplicht en biedt goede toegang tot zorg. Het dekt 100% van de bevolking. Bijna 76% van de kosten wordt betaald uit publieke middelen. Het systeem werpt geen belemmeringen op in de keuzevrijheid: betaling geschiedt volgens het restitutie-systeem. Belemmeringen door de hoge eigen bijdragen (10,2%) worden ondervangen doordat deze door aanvullende verzekeringen gedekt worden. 87% van de Fransen heeft een dergelijke verzekering. Het Franse stelsel kent geen aparte verzekering voor langdurige zorg. Deze kosten worden uit de sociale verzekering betaald.

De sociale verzekering biedt 100% dekking en de eigen bijdragen zijn herverzekerd

Het is moeilijk iets concreets te zeggen over innovatiesnelheid in Frankrijk. Het lijkt in Frankrijk niet zo gemakkelijk om veranderingen door te voeren als dat in Engeland is. Hoewel ook de Franse staat een flinke vinger in de pap heeft in de zorg, zijn er, in tegenstelling tot in Engeland, ook veel andere belanghebbenden die meebeslissen over veranderingen. Bewijs uit de praktijk is er nauwelijks. Helaas zijn er geen gegevens over bijvoorbeeld de snelheid van invoer dagbehandeling bekend. Qua snelheid waarmee geneesmiddelen na goedkeuring op de markt komen, bevindt Frankrijk zich in de middenmoot.

De staat heeft een flinke vinger in de pap, maar ook sociale partners beslissen mee

## **Nederland**

*“Gezondheidszorg op weg naar keuzemogelijkheden”*

Nederlanders hechten minder belang aan keuzemogelijkheden dan de Fransen, de Belgen en de Duitsers maar meer dan de Engelsen. Nederlanders zijn niet tevreden met het poortwachtersysteem en willen directe toegang tot de specialist en het ziekenhuis. Keuzemogelijkheden voor revalidatie zijn minder belangrijk voor de Nederlander. Maar als hij mag kiezen, heeft de Nederlandse cliënt een voorkeur voor behandeling thuis door de fysiotherapeut. Zij hebben het meest van alle geïnterviewden geld over voor meer keuze en betere toegang. Voor innovatie is hun interesse gemiddeld. Ook hier scoort betere toegang, in dit geval tot nieuwe geneesmiddelen, relatief hoog. De Nederlandse cliënten zijn bereid te reizen, niet alleen voor betere toegang, maar ook voor betere kwaliteit.

De Nederlanders hechten minder aan keuzemogelijkheden dan de Belgen, de Fransen en de Duitsers

Nederlanders zijn niet gewend aan keuzemogelijkheden en de toegankelijkheid is een probleem in Nederland. Het aanbod is

Er valt ook niet veel te kiezen in Nederland

in de eerste en de tweede lijn krap. Overigens met uitzondering van verpleegkundigen, waar Nederland ruim bemeten lijkt te zijn. Dit is opmerkelijk en niet direct verklaarbaar. Keuzevrijheid is ook beperkt. Het poortwachtersysteem en de inschrijving op naam bij de huisarts limiteren de mogelijkheden voor cliënten. Voor revalidatie lijkt het aanbod ruimer bemeten. Opmerkelijk is dat Nederland zeer weinig uitgeeft aan extramurale zorg. Het kostenprobleem van Nederland lijkt in deze vergelijking overigens niet veel groter dan in andere landen.

De financiële toegankelijkheid is goed geregeld in Nederland. De Ziekenfondswet (ZFW) dekt 61% van de verzekerden, maar de uitgebreide particuliere verzekeringen bieden eveneens een brede dekking. Nederland kent geen eigen bijdragen. Financiering uit publieke middelen is met 63,4% relatief beperkt. De verzekering zelf faciliteert keuze nauwelijks. Het dominante deel wordt, ook voor de particulier verzekerden, uitgekeerd in natura. Langdurige zorg en thuiszorg worden uit een volksverzekering, de z.g. AWBZ gefinancierd. Hier gelden wel eigen bijdragen en zijn er mogelijkheden om zelf zorg in te kopen.

Nederland kent een complex besluitvormingsproces en het is voor zorgverzekeraars moeilijk om innovatie af te dwingen door het aanbodtekort en de contracteerplicht. De contracteerplicht staat overigens momenteel ter discussie. Een illustratie van de complexe situatie in Nederland is de huidige discussie rond DBC's. Het ontwikkelings/onderzoeks- en besluitvormingsproces heeft tien jaar in beslag genomen. Overigens bevindt Nederland zich in de middenmoot als het gaat om de invoer van dagbehandeling. Ook de tijd die het kost voor nieuwe geneesmiddelen na registratie beschikbaar zijn voor de cliënt is niet opvallend hoog.

De uitslagen van de enquête illustreren duidelijk een aantal van de problemen die de zorg in Nederland kent. De Nederlanders zijn bereid meer te betalen indien duidelijk is wat deze meerkosten opleveren. Daarnaast lijkt de Nederlander nog te moeten wennen aan keuzemogelijkheden.

De financiële toegankelijkheid is goed, de keuzevrijheid beperkt

Nederland kent een complex besluitvormingsproces

De uitslagen van de enquête reflecteren de problemen in de Nederlandse zorg



## Verenigd Koninkrijk

*"Staatsgezondheidszorg met sturing op de vraag"*

Kiezen is voor de Engelsen<sup>3</sup> duidelijk minder belangrijk dan voor cliënten in de andere landen. Het vertrouwen in de huisarts is groot. Opvallend is de voorkeur voor behandeling in het ziekenhuis. Bij revalidatie vindt de Engelse cliënt keuze het minst belangrijk. Het liefste is hij thuis en wordt hij behandeld door de fysiotherapeut. Zijn beperkte waardering van keuzemogelijkheden vertaalt de Engelse cliënt in een beperkte betalingsbereidheid. Er is uitsluitend bereidheid meer te betalen voor snellere behandeling. Vooral voor organisatorische innovaties als de zorgconsulent toont de Engelse cliënt belangstelling.

Voor Engelsen is keuze het minst belangrijk

Engeland is het land van de poortwachter en nadruk op de eerste lijn. Het grote vertrouwen in de huisarts suggereert dat het aanbod in de eerste lijn cliënten goed bevalt. Cliënten hebben hier ook enige reële keuzemogelijkheden. Dit in tegenstelling tot de tweede lijn, die krap bemeten is en niet direct toegankelijk. Voor revalidatie lijkt het aanbod ruimer, vooral in de thuissituatie.

Zij zijn tevreden met hun huisarts, minder met de tweede lijn

De financiële toegankelijkheid die de NHS biedt is goed. 100% van de bevolking is verzekerd en 80,9% van de kosten zijn publiek gefinancierd. Na forse reorganisaties is de betalings- en aanbiedingsfunctie gescheiden. De zorginkoop is gedecentraliseerd naar de Primary Care Trusts (PCT) en er is vrije artsenuitvoering in de eerste lijn. Het stelsel lijkt dus keuzevrijheid en mogelijkheden te bieden. Maar in de praktijk heeft de cliënt nog weinig mogelijkheden om echt met de voeten te stemmen. Eigen bijdragen gelden alleen voor geneesmiddelen. Voor langdurige zorg is slechts een beperkte en inkomensafhankelijke toegang gewaarborgd door de NHS. Voor deze zorg zijn de particuliere verzekeringen op de markt gekomen. Slecht 10% van de Engelsen heeft een dergelijke verzekering.

De NHS biedt brede dekking, geen keuzevrijheid

De NHS kenmerkt zich door een ongekennd grote organisatorische innovatiesnelheid. Er zijn in vergelijking met de andere vier landen weinig dwarsliggende veldpartijen. Dit is niet altijd een voordeel. De NHS is door het relatieve gemak waarmee veranderingen in het zorgaanbod kunnen worden doorgevoerd eigenlijk voortdurend in reorganisatie. Dit lijkt echter wel aan te sluiten bij de affiniteit van de cliënt met nieuwe ontwikkelingen als de zorgconsulent. Engeland heeft overigens meer gegevens beschikbaar over

De NHS kent wel een grote organisatorische slagkracht

de resultaten van de gezondheidszorg dan de andere vijf landen. Ook hierin loopt dit land dus voorop. Wachtlijsten zijn een groot probleem in Engeland. De NHS koopt zorg in het buitenland in. Zo is er in de afgelopen jaren zorg ingekocht in Duitsland en Frankrijk. Cliënten hebben dus de mogelijkheden om naar het buitenland te reizen.

### **Conclusie van de landenvergelijking**

Niet alleen in de inrichting van het aanbod en het stelsel verschillen de landen sterk van elkaar, ook de preferenties van cliënten uit de vijf landen lijken flinke onderlinge verschillen te vertonen. Het NIVEL schetst in de inleiding van zijn studie het verschil tussen enerzijds de landen met keuzevrijheid en keuzemogelijkheden en anderzijds de landen die van nature weinig keuzemogelijkheden bieden. Deze tweedel. In die zin willen veel cliënten wat beschikbaar is en wat zij gewend zijn. Nederland is een uitzondering op deze regel. De Nederlander wil meer en wil er ook meer voor betalen. Dit geeft te denken. In paragraaf 2.3 worden een aantal observaties uit de enquête specifiek vanuit het Nederlandse perspectief bekeken.

### **2.3 Opmerkelijke observaties**

Het mag zo zijn dat er grote verschillen tussen de landen zijn, toch zijn er, vooral in de politieke problemen waar landen mee kampen en in de oplossingen die beleidsmakers overwegen, ook grote overeenkomsten. “De Belgen doen het beter” of “in Frankrijk en Duitsland betalen verzekerden hoge eigen bijdragen”. Het zijn veel gehoorde uitspraken. In hun zoektocht naar oplossingen voor grote problemen als stijgende kosten<sup>4</sup>, tekortschietende kwaliteit en doelmatigheid en achterblijvend innovatievermogen kijken de landen naar elkaar en trekken conclusies over mogelijke effecten van nieuw beleid. Maar is dat eigenlijk wel reëel? Het is inmiddels bekend dat het een hachelijke onderneming is om conclusies over effectiviteit van beleidsmaatregelen te trekken uit landenvergelijkingen. Het is gevaarlijk één element uit een systeem te halen. Cijfermateriaal is vaak onvergelykbaar en effecten zijn zelden toe te schrijven aan een enkel onderdeel van het systeem. Dat maakt het moeilijk om conclusies te trekken anders dan dat er inderdaad verschillen tussen de landen zijn. Toch kunnen uit het verzamelde materiaal in de achtergrondstudies van dit onderzoek wel een aantal opvallende observaties gedaan worden. Opvallend niet zo zeer op basis van de *vergelijking tussen de landen*, maar meer op basis van de beschreven *verhouding tussen vraag en aanbod*

Er zijn een aantal opmerkelijke observaties mogelijk op basis van de landenvergelijking

per land. Deze observaties worden hieronder behandeld. Hierbij is vanuit het perspectief van de vragen die spelen in de Nederlandse zorg gekeken.

1. De Nederlandse overheid heeft besloten om meer vraagsturing in te voeren. Cliënten moeten kunnen kiezen en met de voeten kunnen stemmen. De resultaten van de enquête geven aanwijzingen dat cliënten dergelijke veranderingen zullen waarderen. Uit de enquête kan worden afgeleid dat waardering van keuzemogelijkheden door cliënten een leerproces is. Maar ook blijkt dat, als cliënten er eenmaal mee vertrouwd zijn, zij er grote waarde aan toe kennen. Immers, in Duitsland, België en Frankrijk, landen met veel keuzemogelijkheden, kennen cliënten ook de meeste waarde aan keuzemogelijkheden toe.

Waar cliënten keuzemogelijkheden hebben waarderen zij dat
2. De Nederlandse overheid vreest dat bij introductie van meer keuzemogelijkheden de kosten van de zorg sterk op zullen lopen. In ieder geval blijkt uit dit onderzoek dat meer keuzevrijheid en keuzemogelijkheden niet per sé leiden tot keuze voor een directe gang naar de (dure) zorg in de tweede lijn en de specialist. In landen waar de specialist direct toegankelijk is, blijven cliënten een duidelijke rol voor de huisarts zien. Ook hebben cliënten in deze landen niet per definitie een grotere voorkeur voor behandeling in het ziekenhuis. De uitslagen van de enquête in België en ook in Frankrijk en de gegevens over deze landen uit de NIVEL-studie plaatsen tenminste enkele vraagtekens bij de vrees van de overheid.

Introductie van keuzemogelijkheden leidt niet direct tot voorkeur voor de tweede lijn
3. De Nederlandse overheid vindt dat de kosten van de zorg te snel oplopen en overweegt om eigen bijdragen in te stellen. De overheid maakt zich daarnaast ook hard voor meer transparantie van de resultaten die bereikt worden met de publieke middelen. Het lijkt dat deze twee zaken, in ieder geval voor cliënten, onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Uit de enquête blijkt dat cliënten bereid zijn om meer te betalen, indien zij duidelijk weten wat dit oplevert. Zo is 50% van de Europese cliënten bereid meer dan 2,5 euro extra premie per maand te betalen met een gemiddelde van 4,1 euro voor meer keuzemogelijkheden. In Nederland zelfs 4,8 euro. De betalingsbereidheid vertoont geen één op één relatie met de aanwezigheid van eigen bijdragen.

Eigen bijdragen en transplantatie over het geleverde horen onlosmakelijk bij elkaar

4. De Nederlandse overheid is van mening dat de zorg in Nederland weinig innovatief vermogen heeft. Eén van de ideeën in dit kader is dat een sterkere vraagzijde innovatie afdwingt. Hoewel het verre van volledig is, blijkt uit deze eerste inventarisatie niet direct dat meer keuzevrijheid en keuzemogelijkheden voor cliënten leiden tot een grotere innovatiesnelheid van het aanbod.
- De verschillen in de interesse die cliënten in de vijf landen tonen in innovatie zijn relatief klein en hebben geen relatie met de aanwezigheid van keuzemogelijkheden.
  - Hoewel ook de landenvergelijking verre van volledig is, blijkt bij deze eerste screening niet dat landen met meer keuzemogelijkheden een hogere innovatiekracht aan de dag leggen.

Versterking van de vraagzijde alleen is niet voldoende voor vergroting van het innovatief vermogen van de zorg

Er is in de enquête wel bewijs voor het tegendeel te vinden. Vertrouwdheid met veranderingen in de organisatie van het zorgaanbod, zoals in Engeland, leidt tot grotere interesse in dergelijke ontwikkelingen bij cliënten (zorgconsulent). Vanuit de zijde van de cliënt is de druk dus niet groter in landen met meer keuzemogelijkheden en een sterkere vraagzijde. De overheid moet dus meer doen en zal na moeten gaan wat de impact is van andere factoren als de aanwezigheid van incentives voor aanbieders en de inrichting van besluitvormingsprocessen en besturing.

5. Veel partijen in de Nederlandse gezondheidszorg hebben nog maar beperkt oog voor Europa. Ook cliënten hebben maar beperkt interesse getoond voor zorg in het buitenland voor omzeiling van wachtlijsten. Slechts 1,5% van de zorg wordt in het buitenland verstrekt<sup>5</sup>. Hoewel resultaten van consumentenonderzoek geen garanties geven voor daadwerkelijk gedrag blijkt toch dat cliënten bereidheid tonen te reizen. Niet alleen uit ontevredenheid over bijvoorbeeld wachtlijsten, maar vooral ook voor betere kwaliteit en bijzondere expertise. Momenteel is er nog lang niet altijd informatie beschikbaar over kwaliteit van zorg. Indien hier meer over bekend wordt, bijvoorbeeld door benchmarkonderzoeken, is het goed mogelijk dat een deel van de bevolking een grote reisbereidheid aan de dag leggen.

Cliënten willen reizen als duidelijk is wat de meerwaarde is

## 3 Mogelijkheden voor convergentie

### 3.1 Inleiding

Ondanks de grote verschillen tussen de landen is het aanne- melijk dat “Europa” steeds meer invloed zal uitoefenen op de gezondheidszorg. Dit hoofdstuk schetst een aantal mogelijke ontwikkelingen die bij kunnen (gaan) dragen aan het ontstaan van een Europese gezondheidszorg. De RVZ pretendeert beslist niet om een blauwdruk van deze ontwikkeling neer te leggen. De beschrijving is opgesteld als een schets, een visie en als een vertrekpunt voor discussie.

De RVZ presenteert in dit hoofdstuk een visie op de ontwikkeling van Europese gezondheidszorg

De volgende vragen zouden onderwerp van discussie bij deze visie kunnen zijn: “Wat zal er veranderen in de organisatie van de Europese gezondheidszorg, indien een Europese gezondheidszorg ontstaat”?

1. Wordt de dienstverlening aan en de zorg voor, de cliënt beter en innovatiever?
2. Zal het kostenprobleem verminderen of groter worden?
3. Blijft risicosolidariteit bestaan en zo ja, in welke vorm?

De schets, die de RVZ hieronder van een Europese gezondheidszorg geeft, is deels gebaseerd op observaties in de achtergrondstudies van TNS-NIPO en het NIVEL, deels op eigen kennis en ervaring.

### 3.2 De spelers

In de zorg zoeken cliënten met uiteenlopende vragen informatie en hulp. Artsen en andere hulpverleners leveren deze zorg. Ziekenhuizen, gezondheidscentra en gespecialiseerde klinieken faciliteren dit proces. Wetenschap en industrie leveren nieuwe diagnostische technieken en behandelmethoden. Al deze partijen kunnen een rol spelen bij convergentie van gezondheidszorg in Europa. Om iets te kunnen zeggen over de mogelijke gebieden en de manier waarop de gezondheidszorg zich zal ontwikkelen in Europa is het zinvol eerst naar de drijfveren van deze groepen te kijken.

Eerst kijkt de RVZ naar de motieven van de spelers

#### **Cliënten**

In de gezondheidszorg is het nog steeds vooral de cliënt die de eerste stap in het proces zet. Hij (of zijn naasten) ervaart een probleem of maakt zich zorgen. Hij wil kwalitatief goede en

Cliënten willen kwaliteit en toegankelijkheid

toegankelijke zorg en dwingt dit ook steeds meer af<sup>6</sup>. Uit de enquête van TNS-NIPO bleek dat er verschillen zijn tussen de diverse groepen Europese cliënten<sup>7</sup>. Op hoofdlijnen zijn in het onderzoek van TNS-NIPO twee groepen te onderscheiden:

1. De eerste groep bestaat uit jonge mensen (18-34 jaar en vaak ook 35-54 jaar), hoger opgeleiden, mensen met een hoger inkomen en mensen met een electieve hulpvraag<sup>8</sup>. Deze groep heeft bij behandeling een voorkeur voor de specialist, toont meer reisbereidheid en heeft geld over voor meer keuzemogelijkheden. Waarbij jonge mensen en hoger opgeleiden ook een voorkeur voor informatievoorziening via het Internet hebben.
2. De tweede groep bestaat uit oudere mensen (55+), lager opgeleiden, mensen met een lager inkomen en mensen met een chronische aandoening. Deze groep kiest vaker voor behandeling door de huisarts en heeft een minder sterke voorkeur voor de specialist. Zij zijn minder bereid (en in staat) te reizen en bij te betalen voor extra keuzemogelijkheden. Zij willen bij voorkeur informatie van de zorgverlener krijgen.

Er zijn, op hoofdlijnen, twee groepen cliënten te onderscheiden

Het is duidelijk dat er overlap tussen de groepen vertegenwoordigd in een categorie aanwezig is. Deze is echter geanalyseerd door TNS-NIPO. Er bleek nauwelijks correlatie tussen opleiding en ziekteprofiel, wel tussen ziekteprofiel en inkomen en ook met leeftijd.

Deze twee groepen stellen eigen eisen aan het zorgaanbod. De eerste groep zoekt specialistische zorg en is bereid hiervoor te reizen en bij te betalen. De tweede groep wil zorg dicht bij huis. Het is de vraag hoe zorgaanbieders op deze vragen in kunnen spelen.

### **Ziekenhuizen en andere organisaties**

Zoals uit het NIVEL-onderzoek bleek, is in Duitsland, Frankrijk en Engeland sprake van een toenemend aantal private aanbieders met winstoogmerk. Voorbeelden hiervan zijn onder andere het Röhn Klinikum in Duitsland, Capio in Zweden en Général de Santé in Frankrijk. Desgevraagd zeggen deze aanbieders dat zij momenteel nog voldoende kansen zien in de nationale markt<sup>9</sup>. Maar zij houden hun ogen open voor kansen in andere landen. Deze aanbieders hebben als belangrijkste strategisch voordeel dat zij een zeer efficiënte bedrijfsvoering hebben en dus zeer doelmatig zorg kunnen leveren.

Aanbieders kunnen inspelen op de behoefte van deze twee groepen

Het is mogelijk dat deze aanbieders zich zullen gaan richten op de eerste doelgroep. Deze groep is geïnteresseerd in specialistische behandeling in het buitenland. Een passend aanbod voor deze groep zouden Europese centra kunnen zijn, die gespecialiseerd zijn in een bepaalde behandeling. Hier kunnen de voornoemde aanbieders op inspringen. Maar deze aanbieders kunnen er ook voor kiezen om in te spelen op de behoefte van de tweede groep en laagcomplexere zorg aanbieden in een aantal regio's. Door een beproefd bedrijfsvoeringsconcept in een aantal regio's aan te bieden kunnen deze aanbieders schaalvoordelen (in kosten en in uitkomsten) realiseren en zeer doelmatige zorg leveren.

en of zich toeleggen op regionale zorg

of Europese expertisecentra oprichten

### **Artsen en paramedici**

Artsen en paramedici hebben al blijk gegeven van interesse in het buitenland. Zo werken momenteel meer dan 480 Nederlandse artsen in Duitsland<sup>10</sup>. Ook deze groep is geen uniforme groep. (Super) specialisten hebben andere ambities dan huisartsen. Allen willen echter op hun eigen gebied de beste zorg leveren en zich nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling eigen maken. Zij worden gedreven door kwaliteit en zijn op zoek naar kansen om zich verder te ontplooiën of zijn op zoek naar betere arbeidsomstandigheden. Een groeiend deel van vooral de specialisten toont ook ondernemerschap en start een eigen kliniek. Winst is een belangrijke motivatie voor deze groep en waar kansen in de markt liggen, zullen zij daar op inspelen. Als laatste is soms werkgelegenheid een drijfveer. Ook deze groepen kunnen inspelen op de twee beschreven cliëntengroepen.

Dat geldt ook voor zorgverleners

### **Zorgverzekeraars**

Voor ziekenfondsen liggen de zaken waarschijnlijk anders dan voor particuliere zorgverzekeraars. Beide stellen zich ten doel om kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare (doelmatige) zorg in te kopen. Er zijn echter ook verschillen. Zo is het voor particuliere aanbieders meer dan voor ziekenfondsen noodzakelijk om hun omzet te vergroten en hun rendement te verbeteren. Zij kunnen dit doen door meer (aantrekkelijke) verzekeren aan te trekken of door nieuwe diensten aan hun verzekeren te leveren. Ziekenfondsen zijn veelal meer op een regionale markt georiënteerd en gericht op het vergroten van het aantal verzekeren. Zij leggen zich vooral toe op zorginkoop.

Ook voor zorgverzekeraars biedt Europa kansen

Het is mogelijk dat op basis van deze doelstellingen verzekeraars kijken naar nieuwe mogelijkheden. Het ligt meer voor de hand dat de ziekenfondsen zich zullen gaan richten op de

tweede groep. De omvang van de zorgvraag voor deze groep is groot en regiogebonden. Inkoop van goede en doelmatige zorg is hier van belang. Deze zorgverzekeraars zullen mogelijk nieuwe aanbieders binnen hun regio uitnodigen om de doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren. Voor de particuliere verzekeraars is vooral de eerste groep interessant. Het ontwikkelen van nieuwe producten voor deze groep opent nieuwe mogelijkheden voor deze verzekeraars.

Voor ziekenfondsen is de tweede groep relevant

Voor particuliere verzekeraars de eerste groep

Tot nu toe hebben verzekeraars (fondsen en particuliere verzekeraars) uitsluitend vanwege toegankelijkheid (wachtlijstomzetting) zorg in het buitenland. Voorgaande geeft aan dat er meer mogelijkheden voor verzekeraars zijn. De RVZ zal verderop in dit hoofdstuk ingaan op de belemmeringen die zorgverzekeraars ondervinden bij grensoverschrijdend verkeer.

### Overigen

Hoewel zij enigszins buiten de directe focus van dit rapport vallen, hebben ook de wetenschap en de industrie reden om landsgrenzen te overschrijden. De wetenschap is per definitie internationaal georiënteerd. En de industrie in toenemende mate. Deze twee sectoren sluiten dus goed aan bij de EU-doelstelling: het creëren van een interne markt. Zij ervaren momenteel nog beperkingen in de vergoedingsfeer. Vooral daar, waar het financiële evenwicht van de nationale stelsels ernstig door grensoverschrijdende zorgconsumptie in gevaar zou worden gebracht. Hier ligt een probleem voor de Europese overheid. Het voert echter te ver om hier in dit document uitvoerig op in te gaan.

Industrie en wetenschap zijn veelal al Europees georiënteerd

Naast de hiervoor geschetste economische overwegingen van aanbieders en zorgverzekeraars geeft de Public Health geheel eigen impulsen aan de Europese gezondheidszorg. Een belangrijke factor voor convergentie ligt in de epidemiologie. Immers, meer en meer worden wij weer geconfronteerd met infectieziekten. Grote epidemieën als SARS, TBC en HIV/AIDS bedreigen de volksgezondheid. Maar ook andere aandoeningen als obesitas, diabetes, alcohol- en drugsproblematiek vragen aandacht van overheden<sup>11</sup>. Voor een deel van deze aandoeningen is een lokale aanpak vereist. Maar voor infectieziekten en zeker ook voor de andere grote volksziekten is een supranationale aanpak nodig.

Dat geldt ook voor de Public Health

Nationale overheden laten het nogal eens afweten op het gebied van Public Health en preventie. In het NIVEL-rapport bleek dat in Frankrijk Public Health ondergesneeuwd wordt

Europa heeft hier het voortouw genomen



door de focus op curatieve zorg en de druk van de markt en ook in Nederland is in de begroting formeel slechts 2-3%<sup>12</sup> van het totale budget vrijgemaakt voor preventie. De Europese overheid heeft haar rol op het gebied van Public Health al uitgebreid opgepakt en het convergentieproces is hier al ver gevorderd. Preventieprogramma worden op Europees niveau opgesteld en lokaal uitgevoerd. Deze ontwikkeling zal naar verwachting verder toenemen.

### **De overheid**

Als laatste zijn de Europese en nationale overheden natuurlijk belangrijke actoren in dit proces. De drijfveren van de Europese overheid zijn duidelijk. De principiële doelstelling, namelijk het verhogen van de levensstandaard van burgers door bevordering van vrij verkeer tussen de lidstaten, geldt ook voor de zorg. De lidstaten moeten dit actief bevorderen. Maar de nationale overheden stellen zich vaak defensief op en het besef dat Europa belangrijke invloed zal gaan uitoefenen, is nog niet zeer groot. Als de nationale overheid al een reden heeft om over de grenzen te kijken, liggen deze vooral op het gebied van samenwerking bij bijvoorbeeld slachtofferopvang bij rampen, voedselveiligheid en bestrijding van besmettelijke ziekten.

Nationale overheden stellen zich nog defensief op

### **3.3 Ontwikkeling van een speelveld, een schets**

Welke dynamiek zou op gang kunnen komen op basis van de hierboven geschetste drijfveren? De RVZ voegt hier nog eerst twee overwegingen aan toe. Ten eerste is visie op de spreiding van zorg die de RVZ beschreef in het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg (RVZ, 2003) ook hier van belang. In dit advies stelt de RVZ dat de aard van de zorgvraag (urgentie, kapitaal- en kennisintensiteit en omvang) de optimale mate van (de)concentratie bepaalt. Ten tweede verwijst de RVZ naar het door M. Castell geïntroduceerde concept van “The economy of flows”. De kenniseconomie en de informatietechnologie leiden volgens deze theorie tot een internationale netwerkeconomie. Het is bij uitstek de taak van regionale overheden om bij deze ontwikkeling aan te sluiten door gunstige vestigingsvoorwaarden en hoog opgeleide mensen te bieden (“revival” van de regio). De rol van landelijke overheden zal afnemen volgens Castell. Op basis van het voorgaande zou het volgende beeld geschetst kunnen worden.

De RVZ analyseert in deze paragraaf welke dynamiek op gang kan komen

### Het regionale speelveld

Niemand zal voor een verzwikte enkel of de reguliere controle van diabetes gaan reizen. Uit het consumentenonderzoek bleek de tweede groep zorg graag dicht bij huis wil hebben. Maar ook cliënten in de eerste groep bleken bij diagnostiek een voorkeur voor de huisarts te hebben. Een groot deel van de zorg zal dus regiogebonden blijven.

Een deel van de zorg blijft regiogebonden

Wat vraagt deze regiogebonden zorg van de aanbieders? Cliënten vragen diversiteit, flexibiliteit. Daarnaast is doelmatigheid hier van groot belang; Waarom diversiteit? Naast de huisarts en de specialist verkiezen cliënten ook behandeling door paramedici. De cliënt vindt het dus aan de ene kant belangrijk dat de huisarts zijn positie in het zorgproces behoudt, maar hij wil ook naar de specialist of de fysiotherapeut. Aan de andere kant zijn ook nieuwe beroepen gewenst. Waarom flexibiliteit: cliënten willen maatwerk. Sommigen willen zorg aan huis, misschien ook van de specialist. Anderen prefereren het ziekenhuis. De zorgvraag is evenals de doelgroep divers. Waarom doelmatigheid? Het gaat om grote groepen cliënten. Vanwege betaalbaarheid is een doelmatige organisatie van het proces belangrijk en ook de cliënt wil graag een lage premie.

Deze zorg vraagt diversiteit, flexibiliteit en doelmatigheid

Hoe moet dit georganiseerd worden? Ten eerste is het weg-nemen van scheiding tussen de eerste en de tweede lijn een belangrijke voorwaarde voor het ontstaan van meer flexibiliteit en diversiteit. Om tegemoet te komen aan de wensen van cliënten is het wenselijk dat huisartsen, specialisten en paramedici zowel bij de cliënt thuis, als in gezondheidscentra in de wijk, als ook in de ziekenhuizen/klinieken werken.

Zorgverleners moeten in en buiten het ziekenhuis kunnen werken

Ten tweede is het de vraag of zorgverleners in staat zijn een optimale bedrijfsvoering te realiseren. Uit het voorgaande bleek dat er een aantal aanbieders op de markt zijn die zeer doelmatige zorg kunnen aanbieden en voor wie het interessant kan zijn om zorg aan te bieden in een bepaalde regio. Dat betekent dat deze aanbieders (of ketens van aanbieders) met hun oorsprong in diverse landen zullen inspringen op lokale mogelijkheden om beter en doelmatiger zorg te leveren en de bedrijfsvoering voor de zorgverleners op zich zullen gaan nemen.

Om doelmatige zorg te leveren zijn aanbieders nodig die uitblinken in efficiënte bedrijfsvoering

Het lijkt onvermijdelijk dat bewezen doelmatige organisatie van zorg, als bijvoorbeeld geboden door het Rhön Klinikum, aan terrein zal winnen. Naarmate het kostenprobleem in de landen groter wordt, wordt de lokale behoefte aan de expertise

Zij kunnen uit alle landen komen en inspringen op regionale behoeften

van deze aanbieders groter. Het is aan de regio om te zorgen voor een aantrekkelijk vestigingsklimaat en goed opgeleide mensen.

Het is overigens niet onmogelijk dat ook beproefde concepten in ouderenzorg en thuiszorg internationaal “uitgerold” worden. Nederland kent een aantal “best practices” waarbij door inzet van ICT tegemoet gekomen wordt aan de behoefte van ouderen om thuis te blijven<sup>13</sup>. Wellicht is hier ook in andere landen een markt voor.

Het uitrollen van concepten kan ook in de ouderenzorg plaatsvinden

ICT kan enerzijds worden ingezet om cliënten van informatie te voorzien. Zeker jongeren zijn hierin geïnteresseerd. Anderzijds biedt ICT ook de mogelijkheid om aansluiting te vinden bij de internationale netwerkeconomie. Het gaat dan vooral om toegang tot de kennis en expertise. Specifieke expertise vanuit alle delen van de wereld kan elektronisch lokaal beschikbaar worden gemaakt. Met videoverbindingen zijn het oordeel en zelfs de vaardigheden van de specialist direct beschikbaar te maken.

ICT is een cruciale factor in dit proces

De invloed van Europa zal zich voor dit deel van de zorg dus vooral doen gelden in nieuwe vormen van zorgverlening en nieuwe beroepen, nieuwe aanbieders (faciliterende organisaties) die ook de zorg in de eerste lijn gaan faciliteren, vanwege hun competenties op het gebied van bedrijfsvoering en logistiek. Mogelijk zullen deze aanbieders naast hun expertise op het gebied van bedrijfsvoering ook eisen stellen aan de kwaliteit van de medische dienstverlening en protocollair- en evidence based handelen afdwingen. Het is mogelijk dat artsen en paramedici zich vestigen in gebieden waar relatieve tekorten zijn of aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden worden geboden door deze faciliterende organisaties. Momenteel werkt een aantal Nederlandse verpleegkundigen via een uitzendbureau in Zweden. Ook hierdoor kunnen “best practice” mogelijk sneller verspreid worden.

Beproefde bedrijfsvoeringsconcepten zullen zich dus over Europa verspreiden

### **Het internationale speelveld**

In het vorige stuk werd duidelijk dat de regionale zorg een belangrijk deel van de zorgvragen zal beantwoorden. Door een aantrekkelijke vestigingsplaats te zijn voor nieuwe aanbieders kan de regio zich profileren en zo optimale zorg aan haar burgers bieden. Maar er is nog een andere dimensie. Uit de enquête blijkt dat vooral jongere cliënten met een electieve zorgvraag willen reizen. Cliënten willen reizen voor toegankelijkheid en voor kwaliteit. Indien lokaal de doelmatigheid van de

Een onderdeel van de zorg zal zich concentreren in Europese centra

zorgverlening verbeterd, is het te hopen dat de eerste reden om te reizen niet meer relevant zal zijn. De tweede reden is voor een deel van de zorg zeer gewenst en zelfs noodzakelijk.

Het wordt steeds duidelijker dat, naarmate de zorg complexer wordt, concentratie van bepaalde vormen van zorg noodzakelijk is om kwaliteit te kunnen garanderen. Voor een deel van de zorg zal dit betekenen dat de zorg op Europees niveau aangeboden zal worden. De eerste tekenen zijn zichtbaar. Academische centra spannen zich in om zich niet alleen landelijk, maar ook internationaal te profileren. In de eerste plaats op wetenschappelijk gebied, maar steeds meer ook op het gebied van behandelingen voor zeer complexe en/of zeldzame aandoeningen.

Dit proces is al gestart voor hoogcomplexere zorg

Dit is een goede ontwikkeling. Ten eerste uit kwaliteitsoverwegingen. Immers, naarmate de zorg complexer wordt, moet een arts of een behandelteam meer cliënten zien om zijn vaardigheden op peil te houden. Omdat het aantal cliënten voor zeldzame en complexe meestal relatief beperkt is, is concentratie hier dus noodzakelijk. Ten tweede is concentratie uit financieel oogpunt gewenst. De faciliteiten en de apparatuur voor de genoemde behandelingen zijn vaak duur. Het loont niet om voor een klein aantal patiënten een grote investering te doen. Concentratie van de zorg en het vervoeren van de cliënten naar het centrum is dan een veel doelmatiger oplossing.

Het is noodzakelijk uit kwaliteitsoverwegingen en omwille van betaalbaarheid

Overigens is er nog een andere mogelijke reden waarom Europese expertisecentra zich kunnen ontwikkelen. Het is een feit dat chronische aandoeningen een steeds groter deel van de zorgvraag uitmaken en grote cumulatieve kosten met zich meebrengen. De medische wereld heeft nog maar zeer beperkt antwoorden op de vragen van deze cliënten. Dit opent een markt voor centra die zich verdiepen in deze problematiek en van waaruit nieuwe behandelmethoden en benaderingen ontwikkeld worden en verspreid.

Ook voor een aantal nog slecht behandelbare chronische aandoeningen is concentratie gewenst

Wederom is ICT van groot belang. De doelgroep van deze centra heeft affiniteit met het Internet. Maar ook mensen die minder vertrouwd zijn met dit medium worden vaak via naasten of via patiëntenverenigingen op de hoogte gebracht van de aanwezigheid van speciale behandelingen in expertisecentra.

Ook hier is ICT van groot belang

Ook in deze ontwikkeling speelt de regio uiteindelijk een belangrijke rol. Wederom kan deze zich profileren door gunstige

vestigingsvoorwaarden en een kenniscentrum op het gebied van gezondheidszorg worden.

### **De ziektekostenverzekering in Europees perspectief**

Voordat de mogelijkheden voor convergentie op het gebied van zorgverzekeringen besproken worden, brengt de RVZ eerst de volgende twee punten naar voren:

1. Hoewel het ongetwijfeld nog lang zal duren, is er veel voor te zeggen om een Europese basisverzekering in het leven te roepen. Immers, hoe groter en diverser de groep hoe meer spreiding van risico's en hoe meer solidariteit. De lidstaten zijn hier echter fel op tegen en willen controle houden over deze grote kostenpost en de solidariteit tot hun landsgrenzen beperken.
2. De RVZ signaleert in dit kader nog het volgende. Een opvallende conclusie uit het NIPO-onderzoek is dat jongeren in Europa graag voor zichzelf lijken te willen zorgen. Betalen voor wat je nodig hebt, "zelf doen" is een trend onder jongeren. De uitslag van de enquête plaatst daarmee mogelijk kanttekeningen bij de mate waarin jongeren bereid zijn tot risicosolidariteit. Voor deze groep zijn nieuwe producten als persoonlijke spaarplannen voor zorg (Medical savings account) waarschijnlijk aantrekkelijk.

Een Europese basisverzekering lijkt wenselijk op lange termijn

Het is de vraag hoe deze twee zaken in de toekomst op elkaar in gaan werken en met elkaar verenigbaar zijn. Dit is een complex probleem. De RVZ stelt dat een mogelijke oplossing ligt in het opzetten van een Europese basisverzekering met per aanspraak of per groep aanspraken meer of minder risicosolidariteit en keuzemogelijkheden. Daardoor kan enerzijds genuanceerd invulling worden gegeven aan solidariteit en waar mogelijk ook keuzemogelijkheden aan cliënten geboden worden.

De vraag is welke vorm risicosolidariteit zal krijgen

Terug naar convergentiemogelijkheden op kortere termijn. Zoals bij de beschrijving van de spelers al duidelijk werd, hebben zorgverzekeraars hun eigen redenen om zich over de landsgrenzen te begeven. Tot nu toe is dat overigens weinig het geval geweest, anders dan inkoop van zorg waarvoor wachtlijsten bestaan of in de grensregio's. Veel meer zijn het de verzekerden zelf die via de rechter zorg in het buitenland af dwingen<sup>14</sup>. Wat is wel op kortere termijn mogelijk?

Op kortere termijn liggen er vooral mogelijkheden

Voor particuliere verzekeraars liggen er uitgebreide mogelijkheden binnen de eerste groep cliënten (reisbereid en beta-

Om aantrekkelijke aanvullende verzekeringen te bieden

lingsbereid). Deze groep is geïnteresseerd in extra keuzemogelijkheden en specialistische zorg en in aanvullende verzekeringen. Door deze keuzemogelijkheden te identificeren en in de vorm van een polis aan te bieden kunnen particuliere verzekeraars het grensoverschrijdend verkeer bevorderen. Deze groep zal zich overigens ook op de verzekeringsmarkt breder oriënteren en zoeken naar de aantrekkelijkste polis.

Voor ziekenfondsen liggen er waarschijnlijk vooral kansen in de regionale markten. Zij kunnen zich profileren door aantrekkelijke pakketten te bieden bij preferred providers in de regionale markt. Het identificeren en uitnodigen van doelmatige innovatieve aanbieders binnen de regio zal een belangrijke taak voor deze verzekeraars worden. Zij moeten zich vooral toeleggen op zorginkoop.

en zorginkoop te verbeteren

### **Randvoorwaarden**

Kijkend naar het voorgaande, kunnen om te beginnen twee belangrijke randvoorwaarden genoemd worden.

Er zijn een aantal belangrijke randvoorwaarden voor convergentie

#### 1. *Transparantie*

Ten eerste is het van groot belang dat er informatie beschikbaar komt over de kwaliteit en de kosten van de zorg. Cliënten hebben aangegeven bereid te zijn meer zelf te betalen als zij weten wat dat oplevert. Deze enquête toont onomstotelijk aan dat de cliënt wil weten wat er te koop is en vooral wat hij krijgt voor zijn geld. Zonder informatie zullen cliënten niet zoeken naar de beste aanbieder of zich oriënteren op de aanwezigheid van een expertise centrum. Dat geldt ook voor keuze uit een verzekeringspakket. Daarnaast zijn er ook anderen die transparantie eisen. Aanbieders moeten verantwoording afleggen aan de kapitaalverschaffers en, naarmate de zorg een groter deel van het BBP in beslag neemt, zal ook de druk van de publieke opinie transparantie eisen. Transparantie is dus een absolute voorwaarde voor het ontstaan van meer transnationaal verkeer.

transparantie is erg curciaal

#### 2. *ICT*

Het belang van een goede informatie-infrastructuur behoort nauwelijks uitleg. Niet alleen om cliënten te informeren, maar ook om informatie, expertise en vaardigheden lokaal beschikbaar te maken voor cliënten en zorgverleners.

evenals ICT

#### 3. *Verzekering*

Veel belemmeringen liggen in de financiering van de zorg en verzekering. Het voert te ver om deze hier te bespreken. Wel is het is de vraag of het naturastelsel in zijn hui-

De belemmeringen op het gebied van verzekeringen moeten uit de weg geruimd worden

dige vorm behouden blijft. Het is waarschijnlijker dat een systeem van preferred providers ingesteld zal worden dan dat het huidige systeem van contracteerplicht blijft bestaan.

4. *Wettelijke maatregelen*

Hoewel dit niet meer voor alle lidstaten geldt, lijkt het voor Nederland absoluut noodzakelijk om het winstoogmerk toe te staan. Dit is een belangrijke drempel voor nieuwe toetreders tot de Nederlandse markt.

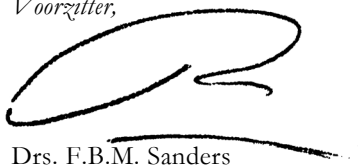
Voor Nederland is vooral het toestaan van winstoogmerk belangrijk

### **Conclusie**

Er zijn veel obstakels op de weg naar Europese gezondheidszorg. Toch zijn er ook voldoende redenen om aan te nemen dat Europa steeds meer invloed op de gezondheidszorg zal hebben. Er zijn voordelen te halen op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid door snellere verspreiding en bredere toepassing van “best practices” en door kennis en vaardigheden te bundelen. Er zijn een aantal cruciale randvoorwaarden aanwezig die de snelheid en het succes van deze ontwikkeling sterk kunnen beïnvloeden. Ook zorgverzekeraars kunnen hun steentje bijdragen door excellente kwaliteit te identificeren en zich toe te leggen op zorginkoop. Cliënten zullen in dit proces een steeds belangrijker rol gaan spelen.

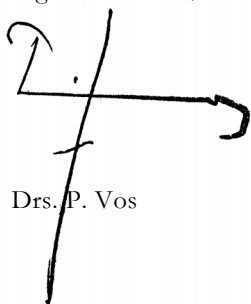
### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*



Drs. F.B.M. Sanders

*Algemeen secretaris,*



Drs. P. Vos

## Noten

- <sup>1</sup> European patiënt of the future, Coulter, Magee, 2003.
- <sup>2</sup> De term acute bedden wordt door de OECD gebruikt voor reguliere ziekenhuisbedden.
- <sup>3</sup> Zie opmerking in bijlage over gebruik termen “Verenigd Koninkrijk” en “Engeland”.
- <sup>4</sup> OECD newsletter 16-10-2003.
- <sup>5</sup> ZN, 2003. Exclusief behandeling van ski-ongelukken.
- <sup>6</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheidszorg en Europa : een kwestie van kiezen. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- <sup>7</sup> Deel II rapport TNS-NIPO. Voor deze sociodemografische analyses zijn de data van de landen gewogen naar omvang van het land geaggregeerd.
- <sup>8</sup> Mensen met een acute hulpvraag spraken ook een voorkeur uit voor de specialist en gaven ook aan te willen reizen indien dit betere kwaliteit oplevert. Hier bepaalt uiteraard de aard van de aandoening of reizen mogelijk en/of noodzakelijk is (zie ook het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg, Zoetermeer: RVZ, 2003).
- <sup>9</sup> Uitspraak medewerker Rhön Klinikum, 2003.
- <sup>10</sup> Bundesärztekammer, 2003.
- <sup>11</sup> WHO-rapport, 2002.
- <sup>12</sup> Uiteraard zijn de daadwerkelijke uitgaven aan Public Health groter, omdat een deel van deze zorg door de curatieve sector wordt geleverd.
- <sup>13</sup> Trynwalde, 2003.
- <sup>14</sup> Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen. Arrest Smits-Peerbooms.



## **Bijlage**

### **Vraag en aanbod in de lidstaten**

#### **Inleiding**

In deze bijlage is per land een profiel opgesteld. Dit is gedaan op basis van de resultaten uit het consumentenonderzoek van TNS-NIPO en de studie van het NIVEL. Het profiel is opgesteld langs vier onderwerpen:

1. Belang en invulling van keuzemogelijkheden en de mogelijkheden die het aanbod en het verzekeringsstelsel daartoe bieden.
2. (Financiële) waardering van keuzemogelijkheden en de aanwezigheid van eigen bijdragen.
3. Wensen van cliënten op het gebied van innovatie en de mate waarin het aanbod innovatie ondersteund<sup>1</sup>.
4. Wensen cliënten op het gebied van zorg in het buitenland en de mate waarin het verzekeringsstelsel dit ondersteund<sup>2</sup>.

## **België: Cliëntenpreferenties, het zorgaanbod en het stelsel**

### **Inleiding**

#### *Algemeen*

De Belgische cliënt heeft veel gemeen met de Fransen en de Duitsers. De Belgen delen hun liberale opvattingen over de zorg. Zij zijn gewend aan keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid. Ook het Belgische aanbod van gezondheidszorg en het ziektekostenstelsel tonen overeenkomsten met het Franse en het Duitse. Hier overheersen eveneens keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid in de vorm van eigen bijdragen.

#### *Epidemiologie en levensverwachting*

België heeft net als Duitsland een relatief oude bevolking. 16,9% van de populatie is boven de 65 jaar. De belangrijkste doodsoorzaken in België zijn hart- en vaatziekten en kanker en de levensverwachting is 77,7 jaar (2002). Ook daarmee staat België samen met Duitsland op de laatste plaats in de ranglijst van de vijf landen.

#### *Consumptie*

Het lijkt erop dat de Belgische gebruiker vooral extramurale en poliklinische zorg gebruikt. Het gemiddelde aantal artscontacten is hoog. Het bedroeg in 2000 7,9 per hoofd van de bevolking. Per 1000 inwoners werden 170 opnames in een ziekenhuis geregistreerd met een gemiddelde ligduur van 8,2 dagen (2001). Daarmee is het gebruik van klinische zorg het laagste van de vijf onderzochte landen.

#### *Kosten*

Totale kosten van de Belgische gezondheidszorg bedragen 8,7% van BBP<sup>3</sup> 2002. Dit komt neer op US\$ 2293 (PPP<sup>4</sup>) per capita. Alleen de cliënt in Engeland is goedkoper uit. De nadruk op extramurale zorg is ook in de kosten terug te vinden. Procentueel geeft België het hoogste percentage van de totale uitgaven zorg uit aan extramurale zorg (34,3%). Per hoofd van de bevolking scoort België eveneens het hoogste met US\$ 691 (PPP).

### **Het profiel van de Belgische zorgcliënt en zijn omgeving**

Welke wensen heeft de Belgische cliënt? Het consumentenonderzoek volgt hem door het zorgproces heen; vanaf het

moment dat de cliënt informatie over gezondheids(zorg) en ziekte wil hebben tot aan het revalidatieproces.

*Belang en invulling van keuzemogelijkheden*

Als de Belgische cliënt informatie nodig heeft, wendt hij zich het liefst tot de medische zorgverlener. Daarna kiest hij voor de apotheek. Daarmee weerspiegelt hij het gemiddelde gedrag van cliënten uit de vijf landen. Afwijkend gedraagt de Belg zich in het gebruik van Internet en geneesmiddelen fabrikanten als informatiebronnen. Beide scores in België significant lager dan in de andere landen. Over de invloed van betere informatie op hun zorgconsumptie zijn de Belgen veel minder optimistisch dan de cliënten in de andere vier landen. Slechts 39% verwacht hierdoor zijn gebruik te verminderen (gemiddelde 49%). Zijn de gewenste bronnen van informatie voor handen? Ja, de Belg heeft veel dokters ter beschikking waar hij met zijn vragen terecht kan. Met 1,4 huisartsen, 1,7 specialisten per 1000 inwoners en met 11.191 apothekers (1,1 per 1000 inwoners) zijn de favoriete bronnen van informatie ruimschoots voor handen. Dat Internet niet populair is als bron van informatie is een algemeen verschijnsel in België. De penetratie van het medium is 37%<sup>5</sup>. Hier laat België alleen Frankrijk achter zich.

De Belgische cliënt hecht met de Duitser het meeste belang aan keuzemogelijkheden. 88% vindt keuzemogelijkheden belangrijk. In bijna alle fasen van het proces vinden de Belgen keuzemogelijkheden significant belangrijker dan cliënten in de andere landen. Uitzondering op deze regel zijn de keuzemogelijkheden voor de behandelaar. Daar hecht de Belgische cliënt niet meer belang aan dan andere cliënten. In de diagnostiek speelt de huisarts een belangrijke rol voor de Belgische cliënt. Keuzemogelijkheden bij de plaats van behandeling van een electieve aandoening vindt de Belg zelfs belangrijker dan cliënten in de andere 4 landen. Hij wil deze zorg in zijn eigen regio ontvangen. De huisarts en de specialist zijn beide opties voor de Belgische cliënt. Moet er medicatie worden voorgeschreven dan deelt deze cliënt de meeste autoriteit toe aan de zorgverlener. De apotheker scoort hoger als bron van informatie dan als geneesmiddelen voorschrijver. Hij zakt van de tweede naar de derde plaats. Naast behandeling door de arts ziet de Belgische cliënt ook een rol voor de gespecialiseerde verpleegkundige bij behandeling van diabetes. Keuzemogelijkheden voor de plaats van behandeling vindt hij zeer belangrijk en kiest er daarbij significant meer dan cliënten in ande-

re landen voor om thuis behandeld worden. Dit geldt zowel in de behandelfase als bij revalidatie. Bij revalidatie is er echter een uitgesproken voorkeur voor de revalidatiearts.

En de Belg kan inderdaad kiezen. De eerste lijn spant de kroon. De Belgische cliënt heeft niet alleen vrije toegang tot een groot aantal vooral solistisch werkende huisartsen (1,4 per 1000 inwoners), maar ook zijn er veel specialisten werkzaam in de eerste lijn. 34% van de contacten met de specialist vinden plaats in een “privé-kabinet” in de eerste lijn. De huisarts komt veel bij de cliënt thuis. Hij legt voor 34% van zijn patiëntcontacten een visite af. In Nederland is dit in minder dan 5% het geval. Dit lijkt goed te beantwoorden aan de wensen van cliënten om thuis zorg te ontvangen. Hoewel hij er minder gebruik van maakt, biedt ook de tweede lijn een ruime keuze. De specialist in de tweede lijn is ook vrij toegankelijk voor de cliënt. 65% van de polikliniek bezoeken is op initiatief van de cliënt. Hij is vrij beroepsbeoefenaar en wordt per verrichting betaald. Het aantal dokters en bedden is ruim. Met 1,7 specialisten per 1000 inwoners en 7,2 bedden heeft de Belgische cliënt de meeste keuze van de vijf landen. De voorkeur voor behandeling thuis wordt in Vlaanderen ingevuld door het Wit Gele kruis met 4.515 verpleegkundigen. Deze organisatie biedt thuisverpleging. De cijfers zijn dus niet vergelijkbaar met de Nederlandse thuiszorg. Cijfers voor Wallonië ontbreken.

Ook financieel is de toegang tot de zorg goed geregeld. De verplichte ziektekostenverzekering is een onderdeel van de sociale zekerheid en valt onder verantwoordelijkheid van de federale overheid. De uitvoering vindt plaats door de lokale ziekenfondsen. Vrijwel alle Belgen (99%) zijn op deze manier verzekerd. De aanspraken verschillen echter wel. Werknemers hebben een breed pakket, zelfstandigen zijn alleen voor de grote (intramurale) risico's verzekerd. 71,2% van de uitgaven aan zorg is publiek gefinancierd (alleen in Nederland ligt dit lager). Aanvullende verzekeringen dekken de kosten van de “remgelden” (eigen bijdragen). Deze verzekeringen spelen nu nog een marginale rol, maar winnen aan belang. Keuzevrijheid is ook gegarandeerd: het restitutiestelsel biedt veel flexibiliteit. België kent overigens geen apart regime voor langdurige zorg en thuisverpleging. Deze vallen onder de sociale ziektekostenverzekering.

#### *Waardering van keuzemogelijkheden*

Belgen tonen een gemiddelde betalingsbereidheid. Het aantal mensen dat niet wil meer betalen voor meer keuzemogelijkhe-

den is 32%. Indien aan deze bereidheid reële bedragen worden gekoppeld, ontstaat een iets ander beeld. De bereidheid daalt, maar blijft rond het gemiddelde. Voor snellere behandeling en meer keuze bij revalidatie blijkt dan dat de betalingsbereid van Belgische cliënten significant lager is dan van andere cliënten. Als hij de totale rekening gepresenteerd krijgt van zijn keuzes krabbelt de Belgische gebruiker terug en eindigt uiteindelijk op de laatste plaats met de intentie om € 3,7 premie per maand bij te betalen voor meer keuzemogelijkheden.

En dat is niet verbazingwekkend. Niet alleen heeft de Belgische cliënt al veel keuzemogelijkheden, hij betaalt ook al veel bij voor zijn zorg. De “remgelden” (eigen bijdragen) worden breed toegepast en gelden voor artsenbezoek, geneesmiddelen en ziekenhuisverblijf. De eigen betalingen bedragen maximaal 25% van de kosten van medische zorg. Voor geneesmiddelen kunnen de eigen bijdragen oplopen tot 80%. Er is een fiscaal maximum en voor sociaal zwakkeren geldt een ontheffing. Het is overigens de vraag of de remgelden wel zullen blijven “remmen” gezien het feit dat aanvullende verzekeringen aan belang winnen. Het is wel waarschijnlijk dat cliënten door het restitutiesysteem de waarde van de geleverde diensten kennen.

#### *Wensen op het gebied van innovatie*

De Belgische cliënten zien significant meer dan andere cliënten in telemetrie; 56% voelt hiervoor (gemiddeld 47%). Gezien de grote affiniteit met behandeling thuis is dit een logische score. Voor de zorgconsulent toont de Belgische cliënt minder animo. Hij toont gemiddelde belangstelling voor deze nieuwe vorm van dienstverlening. Iets meer belangstelling toont de Belgische cliënt voor toegang tot nieuwe geneesmiddelen met minder bijwerkingen.

In hoeverre de Belgische zorg innovatief is, is niet een vraag die snel te beantwoorden is. Verantwoordelijkheden zijn vooral langs de territoriale lijn georganiseerd. De federale overheid heeft samenwerkingsovereenkomsten met de “gemeenschappen”. De organisatie van de besturing lijkt minder complex dan bijvoorbeeld in Duitsland. Dit zou kunnen betekenen dat veranderingen van beleid sneller doorgevoerd kunnen worden. Aan de andere kant bemoeilijkt het ontbreken van een financiële relatie tussen zorgverzekeraar en aanbieder door het restitutiesysteem de uitvoering van een regierol door de verzekeraar. Daarnaast hangt verandering natuurlijk niet alleen af van de complexiteit van het bestuur, maar ook van de mate waarin genomen beslissingen op draagvlak kunnen rekenen. Uit on-

derzoek blijkt dat de verspreiding van dagbehandeling achter loopt bij bijvoorbeeld Engeland en Nederland. Opmerkelijk is dat België traag is met het aanleveren van data voor de OECD database. Voor geneesmiddelen is een machtiging nodig van de Belgische minister van sociale zaken. In België duurt het opvallend lang voordat geneesmiddelen, na goedkeuring, op de markt komen ( $\pm$  800 dagen<sup>6</sup>). De vertraging wordt vooral veroorzaakt door de vergoedingsprocedure.

#### *Transnationaal verkeer*

De Belgen zien niet veel in zorg in het buitenland. Zij zijn significant minder reislustig dan cliënten in andere landen. Slechts 75% is bereid enkele uren te reizen (gemiddelde 81%). Het percentage zakt naar 40% als de Belg wordt gevraagd of hij naar het buitenland wil reizen voor kortere wachtlijsten. Hierin laten zij alleen de Fransen achter zich. Niet verbazend, want het fenomeen wachtlijst is in België een onbekend fenomeen. Maar dat laat onverlet dat de interesse voor zorg in het buitenland laag is. Ook voor reizen naar een Europees Expertise centrum loopt de Belg minder warm dan cliënten in andere landen. Helaas is er niet veel bekend over de mogelijkheden voor de Belgische bevolking om zorg over de grens te betrekken.

#### **Conclusies**

Het is opmerkelijk dat België geen kostenprobleem lijkt te hebben. Keuzevrijheid leidt dus niet per definitie tot oplopende kosten. De uitgaven liggen immers op hetzelfde niveau als dat van Nederland. Toch krijgen de Belgen wat ze willen en blijft de solidariteit behouden. Met de kanttekening dat velen forse “remgelden” betalen. Maar daar krijgt de Belg dan ook wat voor. Er is een ruim aanbod en vrije toegang tot de specialist, ook in de eerste lijn. Behandeling kan thuis. De Belgen vinden wel dat ze genoeg betalen. Hun interesse in innovaties is niet opvallend hoog en hun land verlaten doen ze niet gauw.

## Duitsland: Cliëntenpreferenties, het zorgaanbod en het stelsel

### Inleiding

#### *Algemeen*

De Duitse gezondheidszorg kan getypeerd worden als luxe en kwalitatief hoogwaardig. Chronische aandoeningen krijgen veel aandacht. Vooral voor artrose en aandoeningen van de bloedsomloop worden allerlei kürprogramma's aangeboden. De Duitse cliënt is gewend om toegang te hebben tot veel faciliteiten. Tevens neemt hij -gedwongen- in financieel opzicht verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid; hij betaalt forse eigen bijdragen. In dit onderzoek is niet gekeken naar de verschillen die er binnen landen bestaan. Hoewel de verschillen tussen voormalig Oost- en West-Duitsland waarschijnlijk nog aanwezig zijn, worden deze niet in kaart gebracht in deze studie.

#### *Epidemiologie en levensverwachting*

Duitsland wordt gekenmerkt door een sterke vergrijzing. 16,9% is ouder dan 65 jaar. De belangrijkste doodsoorzaken zijn cardiovasculaire aandoeningen en kanker. De gestandaardiseerde sterfte aan kanker ligt relatief laag en aan hart en vaatziekten relatief hoog ligt. De cultuurverschillen tussen de landen zijn groot. Dit blijkt ook uit de uiteenlopende percentages geïnterviewden die zeggen langer dan drie maanden last te hebben van een aandoening. De Duitser toont hier een opmerkelijk verschil met de rest van de geïnterviewden. Hij vindt zichzelf relatief snel chronisch ziek; desgevraagd antwoordde 43% van de geïnterviewden in de NIPO enquête dat hij/zij langer dan drie maanden last had van een aandoening (gem. 34%). Ditzelfde beeld ontstaat bij navraag over acute episoden en electieve ingrepen. Ook andere cijfers illustreren dit beeld. OECD-cijfers laten zien dat slechts 66,1% van de Duitsers zijn gezondheidstoestand als goed beoordeelt. Voor de andere landen ligt dit cijfer tussen de 75 en 80%. De levensverwachting is 77,7 jaar (2000). Dit is lager dan in Nederland, Engeland en Frankrijk.

#### *Consumptie*

Duitsland heeft een opvallend grote consumptie van vooral intramurale curatieve zorg. Het is het land met een groot aantal opnames: 201 per 1000 inwoners en een zeer lange gemiddelde ligduur (9,3 dagen; 2001). Met Frankrijk genereert de

Duitse gezondheidszorg het grootste aantal ligdagen per hoofd van de bevolking. Vergeleken met de 0,8 in Nederland, is de 1,9 in Duitsland en Frankrijk zeer hoog.

#### *Kosten*

De Duitse gezondheidszorg is duur: 10,6% van het BBP in 2001. Met US\$ 2780 (PPP) per hoofd van de bevolking heeft Duitsland de hoogste kosten. Voor ambulante zorg betaalt de gemiddelde Duitser US\$ 542 per jaar. Ook hier scoort Duitsland na België het hoogste. Percentueel is het beeld echter anders. Duitsland geeft maar 22% van het totale budget uit aan extramurale zorg, in België ligt dit percentage op 34,3%! Hoewel de consumptie van intramurale zorg hoog is, liggen de kosten voor intramurale zorg lager dan in Frankrijk en slechts fractioneel boven die van Nederland. Voor zijn acute ziekenhuiszorg betaalt de Duitse cliënt US\$ 841 per jaar. Mogelijk speelt indicatiestelling hier een rol en is de zorg door de lange ligduur minder intensief.

#### **Het profiel van de Duitse zorgcliënt en zijn omgeving**

##### *Belang en invulling van keuzemogelijkheden*

De Duitse cliënt heeft een sterke voorkeur voor de specialist. Dit blijkt bijvoorbeeld uit zijn keuze voor zijn bron van informatie. Opvallend is ook de grote voorkeur voor het medisch naslagwerk. Deze twee bronnen scoren significant hoger dan in andere landen. Tegelijkertijd heeft de Duitser ook duidelijk vertrouwen in de informatie verstrekt door (artsen in) tijdschriften, TV en kranten. Deze scores zelfs hoger dan de apotheek. Over het effect op zijn gebruik van zorg is de Duitser gemiddeld optimistisch; 47% schat in dat hij minder zorg zal gaan gebruiken door betere informatie (gemiddelde 46%). De dokter is bereikbaar voor de vragen van de cliënt. De cliënt heeft vrije toegang en er zijn 1,1 huisartsen per 1000 inwoners. Ook zijn specialisten werkzaam in de eerste lijn. Met 0,6 apothekers per 1000 inwoners is ook deze bron van informatie ruim beschikbaar (Nederland 0,2 per 1000 inwoners). Dat Internet niet hoog scoort als bron van informatie strookt met de penetratie van dit medium (39%).

De Duitse zorgcliënt is zelfbewust. Zijn behoefte aan keuzemogelijkheden is zowel in de diagnostische fase als bij keuze voor een behandelaar en bij revalidatie het hoogste van de vijf onderzochte landen. De Duitser is op zoek naar de specialist. Bij de invulling van zijn keuze heeft de Duitse cliënt wederom sterke voorkeur voor de specialist en de gespecialiseerde kliniek. Hoewel 70% van de Duitsers de huisarts als eerste noemt



in de diagnostische fase, staat de specialist in Duitsland vaker op de eerste plaats dan in andere landen. Bij behandeling stijgt de populariteit van de specialist naar 61%. Hierin onderscheidt de Duitse cliënt zich niet van andere cliënten. Ook het voorschrijven van medicijnen laat de Duitser het liefste aan de specialist over. Significant meer dan in de overige landen geeft de Duitse cliënt hier een hoofdrol aan de behandelaar (78% versus gemiddelde van 66%). De gespecialiseerde verpleegkundige is een onbekend fenomeen in Duitsland. Bij revalidatie verandert het beeld van de Duitse cliënt enigszins. Alle geboden opties zijn gelijkelijk in trek: revalidatie thuis of in de kliniek, begeleidt door de fysiotherapeut of de revalidatiearts.

Het bedje van de Duitse cliënt is gespreid. Hij kan een keer per kwartaal van huisarts wisselen, heeft vrije toegang tot de specialist en keuze uit een groot aantal artsen. Het ruime aanbod in de eerste lijn verklaart mogelijk waarom de gespecialiseerde verpleegkundige zijn/haar intrede nog niet gedaan heeft; er zijn immers dokters genoeg. Vrije toegang en een ruim aanbod typeren ook de tweede lijn. In Duitsland is er geen poortwachtersysteem en er zijn geen problematische wachtlijsten. Het zwaarte punt van de zorg ligt, net als bij de cliënt, bij de specialistische zorg. Duitsland heeft hier een ruim aanbod. Maar liefst 2,1 specialisten per 1000 inwoners, 9,7 verpleegkundigen en een groot aantal acute bedden 6,7 per 1000 inwoners. De 2240 ziekenhuizen zijn relatief klein met gemiddeld 245 bedden per ziekenhuis. 21% van deze ziekenhuizen zijn private for profit instellingen. De overige ziekenhuizen zijn voor 37% publieke ziekenhuizen en voor 41% not for profit private instellingen. Het aanbod sluit dus ook in de tweede lijn goed aan bij de behoefte aan specialistische zorg. De cliënt legt nadruk op keuzemogelijkheden bij revalidatie. Maar hoe zit het met het aanbod? In 2001 waren er 1388 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen met ruim 189.000 bedden. Het is moeilijk om hier een oordeel over te geven. Slechts een deel van deze bedden is beschikbaar voor revalidatie. Overigens maken 1,2 miljoen ouderen gebruik van mantelzorg.

Vrije keuze en goede toegankelijkheid zijn ook terug te vinden in de verzekering. Duitsland heeft een sociaal verzekeringsstelsel. 90% van Duitse bevolking is bij deze Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verzekerd. 75% van de uitgaven worden publiek gefinancierd. Er is "freie Kassenwahl". Hier maken 3-5% van de verzekerden per jaar gebruik van. Het pakket is breed en sommige verstrekkingen zijn ronduit luxe te noemen.

Naast de GKV zijn er twee soorten particuliere verzekeringen, die een volledig pakket en een aanvullend pakket aanbieden. Deze zijn ronduit duur te noemen. Hoewel de zorg in Duitsland in natura wordt geleverd, beperkt dit de keuzevrijheid niet. Met een chipcard heeft de cliënt vrije toegang tot de huisartsen en de specialisten in de eerste lijn. Ook voor ouderen en hulpbehoevenden is de toegankelijkheid van de zorg verbeterd met de invoering van de Pflegeversicherung in 1994. Overigens treden de Duitse Krankenkassen ook als arbeidsverzekeraar op.

#### *Waardering van keuzemogelijkheden*

Zoals hiervoor al duidelijk werd, hangt aan luxe zorg een prijskaartje! De Duitse cliënt blijft echter bereid te betalen voor keuzemogelijkheden. Na confrontatie met een reëel bedrag zegt een significant lager dan gemiddeld aantal geïnterviewden niet bij te willen betalen. De betalingsbereidheid ligt voor revalidatie aanzienlijk boven het gemiddelde, voor diagnostiek significant onder het gemiddelde. Opmerkelijk is dat de bereidheid om te betalen, bij koppeling aan een reëel bedrag, minder daalt in Duitsland dan in de andere landen. Consumenten schrikken niet van de bedragen en Duitsland eindigt op de tweede plaats met de bereidheid om gemiddeld € 4,2 meer premie te betalen per maand.

Toch wordt het Duitse systeem al gekenmerkt door hoge eigen bijdragen. Met 10,2% betaalt de Duitser met de Fransman (10,6%) aanzienlijke eigen bijdragen. Dit heeft met budgettering als kostenbeheersinginstrument gewerkt. Dit heeft echter beperkt succes gehad. De Duitse burger betaalt eigen bijdragen voor geneesmiddelen: € 4-5 per recept. Ook moet men bijbetalen voor ziekenhuiszorg, hulpmiddelen, en revalidatiekuren. In de Pflegeversicherung gelden overigens geen eigen bijdragen, maar de vergoedingen zijn wel aan een maximum gebonden.

#### *Wensen op het gebied van innovatie*

De Duitse cliënt is wel geïnteresseerd in nieuwe techniek, in nieuwe diensten en geneesmiddelen. Hij scoort hier echter niet significant hoger dan cliënten in andere landen. Zo ligt de interesse voor telemedicine op 50% (gemiddeld 47%). Zijn interesse voor zorgvernieuwing en voor nieuwe medicijnen liggen met 65% en 61% eveneens bij het gemiddelde.

Het zorgaanbod vertoont geen uitgesproken hoge innovatiekracht. De gespecialiseerde verpleegkundige is nog een onbe-

kend fenomeen en het begrip “dagbehandeling” deed pas in 1993 zijn intrede. Duitsland bevindt zich daarmee in de achterhoede. De strikte scheiding van klinische en ambulante zorg staat substitutie en ketenzorg in de weg. Vreemd genoeg leidt dit niet tot hoger dan gemiddelde interesse bij de cliënt voor een zorgconsulent. Mogelijk komt dit door de sterke oriëntatie op intramurale zorg. Daardoor zijn de afstemmings- en overdracht problemen wellicht minder groot. Immers, wie volledig herstelt het ziekenhuis of het revalidatiecentrum verlaat, heeft minder of geen nazorg in de eerste lijn nodig. Behoudendheid is ook troef bij de geneesmiddelenoelating. Deze is zeer streng gereguleerd en verloopt traag. Echter, als middelen eenmaal toegelaten zijn, zijn zij ook direct beschikbaar. Opvallend is de grote mate van gerichtheid op technische vernieuwing. De cliënt delen deze interesse maar beperkt. Misschien zijn het meer de ambities van de artsen dan de vraag van de cliënt.

Het stelsel en de besturingsstructuur faciliteren innovatie van het aanbod niet. Er zijn sterke belangenorganisaties en er is ook hier een sterke scheiding van ambulante en klinische zorg. In de eerste lijn maken de verenigingen van ambulante werkende artsen (Kassenärztliche Vereinigungen) afspraken met de zorgverzekeraars (“Kassen”). Deze “Verenigingen” hebben een sterk corporatistisch karakter en veel macht. Hoewel het momenteel een onderwerp van politieke discussie is, kunnen de ziekenfondsen nu nog geen individuele contracten met aanbieders sluiten. Verzekeraars hebben dus geen echte, selectieve inkoopmogelijkheden. Dit alles leidt er toe dat de mogelijkheden van ziekenfondsen om druk te zetten op zorgvernieuwing beperkt zijn. Ook de wettelijke verankering van de zorg in het *Socialgesetzbuch V* maakt het moeilijk veranderingen door te voeren. Koerswijzigingen zijn veelal alleen mogelijk via aanpassing van de wet en dat is in een parlementaire (consensus) democratie een “zwaar” en “inflexibel” instrument.

#### *Transnationaal verkeer*

De Duitse cliënt is gehecht aan zijn eigen zorgsysteem. Hoewel minder sterk dan de Franse en de Belgische gebruiker, wil de Duitse cliënt het liefst in eigen land behandeld worden. Indien een reis naar het buitenland een snellere behandeling oplevert, zijn Duitsers gemiddeld geïnteresseerd. In het eerste deel van deze enquête werd duidelijk dat de Duitse cliënt veel waarde hecht aan specialistische zorg. Het is dan ook opmerkelijk dat, indien een reis naar het buitenland een behandeling

door een hooggekwalificeerde specialist of een expertisecentrum mogelijk maakt, de reisbereidheid gemiddeld blijft.

### **Conclusies**

De op specialisatie gerichte cliënt krijgt wat hij wil: keuzevrijheid en keuzemogelijkheden en een ruim aanbod. Misschien zijn meer mogelijkheden in de revalidatie gewenst gezien de hogere betalingsbereidheid op dit onderdeel. De Duitse cliënt is bereid te betalen voor keuzemogelijkheden. De zorg is echter wel duur. Meer nog dan in de omliggende landen kampt de Duitse overheid met een onbetaalbaar systeem. Budgettering en eigen bijdragen hebben weinig soulaas gebracht. Momenteel worden discussies over de verkleining van het pakket gevoerd. Een complicatie daarbij zijn de vastgeroeste verhoudingen die het verzekeringsstelsel en de relaties van dit stelsel met de aanbieders kenmerkt. De mogelijkheden om te veranderen, zijn zeer beperkt. Het is dan ook de vraag of dit systeem nog lang houdbaar is. Momenteel zoekt men oplossingen in beperking van het pakket. Uit de enquête blijkt niet dat de Duitse cliënt de zorgen van de overheid over de houdbaarheid van de gezondheidszorg deelt.

## Frankrijk: Cliëntenpreferenties, het zorgaanbod en het stelsel

### Inleiding

#### *Algemeen*

Het dualisme van enerzijds de “liberté” en anderzijds de “égalité et fraternité” is ook terug te vinden in de Franse gezondheidszorg. Een sterke overheid gecombineerd met een sterke markt, keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid kenmerken niet alleen de preferenties van de cliënt, maar ook het zorgaanbod en het stelsel en de financiering.

#### *Epidemiologie en levensverwachting*

In Frankrijk is 16,2 % ouder dan 65 jaar. Belangrijke dooorsoorzaken zijn cardiovasculaire aandoeningen en kanker. Opmerkelijk is echter dat de gestandaardiseerde sterfte aan deze aandoeningen in vergelijking met andere landen relatief laag is. De Fransman vindt zichzelf niet zo snel ziek; slechts 27% van de geïnterviewden in de NIPO-enquête antwoordde dat hij/zij langer dan 3 maanden last had van een aandoening (significant lager dan de andere landen). De levensverwachting is hoger dan in de andere landen: 79 jaar (2000).

#### *Consumptie*

De Fransman gaat net als de Belg vaak naar de dokter. Met 6,9 artsbezoeken per persoon per jaar staat hij op de tweede plaats. Het aantal opnames in een ziekenhuis is onbekend en ook over de gemiddelde ligduur op acute bedden heeft de OECD geen gegevens. In het vorige hoofdstuk bleek wel dat de Franse ziekenhuizen 1,9 ligdagen per hoofd van de bevolking per jaar produceren. Met Duitsland scoort Frankrijk hier hoog.

### Kosten

Hij betaalt veel voor zijn zorg, de Fransman: 9,3 % van het BBP. De Franse cliënt geeft weliswaar minder uit aan gezondheidszorg dan zijn Duitse tegenvoeter, toch scoort hij nog steeds hoog in de vergelijking. De eerstelijns zorg, waar 23% van het budget gezondheidszorg aan op gaat, kost US\$ 496 per hoofd van de bevolking. Voor de ziekenhuiszorg wordt in Frankrijk zelfs meer geld uitgegeven dan in Duitsland; US\$ 931 per capita (39% van de totale uitgaven).

## **Het profiel van de Franse zorgcliënt en zijn omgeving**

### *Belang en invulling van keuzemogelijkheden*

Waar gaat de Fransman heen met vragen over gezondheid en ziekte? Het eerste dat opvalt, is dat artsen in Frankrijk significant minder populair zijn als bron van informatie dan in de andere landen. Het lijkt erop dat hun taak wordt overgenomen door de apotheker, de TV, het tijdschrift en de krant. Ook de patiëntenvereniging geniet duidelijk meer populariteit dan in andere landen. Naast “de markt” blijkt ook hier de overheid een toevluchtsoord te zijn voor de Franse cliënt. De overheid is een significant belangrijker bron van informatie dan voor de cliënten in Duitsland, Nederland en België. De Fransman deelt deze laatste eigenschap met de Engelsen. Het is niet moeilijk voor de Franse cliënt om zijn favoriete bronnen van informatie aan te spreken. Aan apotheken ontbreekt het de Fransen niet. Met 1 apotheek per 1000 inwoners kan het aanbod als ruim worden getypeerd. Ook de ruim 3,4 artsen (1,6 huisartsen en 1,7 specialisten) per 1000 inwoners zijn vrij toegankelijk voor vragen.

Als het gaat om wensen op het gebied van keuzemogelijkheden tonen de Fransen het eerder genoemde dualisme. Fransen vinden keuzemogelijkheden belangrijk, maar minder dan de Belgen en de Duitsers: de Fransen staan op de derde plaats in de landenvergelijking. De Franse cliënt ziet bij de diagnose een rol voor de huisarts. In de behandelfase hechten de Fransen relatief veel waarde aan keuzemogelijkheden voor de behandelaar (eerste plaats in de vergelijking) en toont hij voorkeur voor de specialist en sluit daarbij aan bij het gemiddelde. De Fransman hecht significant meer waarde aan de plaats van behandeling bij een chronische ziekte dan cliënten in de andere vier landen. De Franse cliënt deelt de voorkeur voor de gespecialiseerde kliniek niet met de Duitser. Hij is het liefst thuis. Het gaat hem meer om de gespecialiseerde dokter dan om de gespecialiseerde kliniek. Als het om voorschrijven van medicijnen gaat, wint de zorgverlener. De cliënt laat zich hier leiden: hij wil zelf geen rol spelen bij keuze voor medicatie. Hoewel de dokter op de eerste plaats staat, scoort de Franse apotheek het hoogste in vergelijking met zijn collega's in andere landen. Bij revalidatie blijft de Fransman consequent bij zijn voorkeur voor de specialist. In de revalidatiefase verkiest hij de revalidatiearts boven de fysiotherapeut. Zijn voorkeur voor behandeling thuis is hier minder duidelijk aanwezig.

Bij de gedachte aan Frankrijk komt al snel het woord centralisme naar voren. De publieke sector speelt een belangrijke rol.

De gezondheidszorg is hierop geen uitzondering. Het gewicht van de publieke sector is terug te vinden in het zorgaanbod. Maar daar staat een, soms te, sterke markt tegenover. Dit wordt hieronder geïllustreerd.

Het aanbod voor de cliënt is ruim en biedt keuzemogelijkheden: met 3,3 artsen per 1000 inwoners waarvan 1,6 huisartsen zijn de Fransen goed bediend. De consumptie in de eerste lijn wordt helaas niet apart gegeven in de OECD gegevens. De ambulante particuliere praktijk is bij de dokter populair. Maar liefst 56% van de artsen werkt in een dergelijke setting. Dit naast hun werk in loondienst in het ziekenhuis. Het grote aantal vrij toegankelijke specialisten in de eerste lijn sluit goed aan bij de voorkeur van de Franse cliënt voor behandeling dicht bij huis en de voorkeur voor behandeling door de specialist.

Zoals gezegd kent het zorgaanbod veel vrijheid en er is ruimte voor de markt in de relatie van de cliënt en de aanbieder. Dit uit zich op een aantal punten. In de eerste lijn werken huisartsen en specialisten. Artsen mogen zich vrij vestigen. Hoewel de tarieven centraal worden bepaald, zijn deze niet voor alle artsen bindend. Artsen die in de vrije sector werken en artsen met speciale bevoegdheden mogen hogere prijzen rekenen. Daarnaast kent Frankrijk een restitutiesysteem. De klant weet dus wat hij betaalt voor zijn zorg. De Franse arts verkoopt zichzelf goed en weet wat marketing is. Hij etaleert zijn diploma's. Over performancemetingen is echter weinig bekend.

Van huis uit is de zorg in Frankrijk sterk ziekenhuis georiënteerd. De tweede lijn heeft dan ook een ruim aanbod, goede toegankelijkheid en vrije keuze. Met 6,7 acute bedden, 1,7 specialisten en 7 verpleegkundigen per 1000 inwoners zijn de Fransen goed voorzien. Het gewicht van de private sector is ook hier duidelijk. Vijfendertig procent van de ziekenhuisbedden zijn gesitueerd in for profit privé-klinieken/ziekenhuizen deze staan voor 22,8 % van de totale ziekenhuiskosten. Deze klinieken leggen zich vooral toe op chirurgische ingrepen. Overigens is de keerzijde van de gerichtheid op specialistische, technische en curatieve zorg dat de belangen van Public Health en maatschappelijke dienstverlening op de achtergrond staan.

Op het gebied van care zijn 10.400 instellingen voor ouderen zorg en langdurige zorg actief. De Franse ziekenhuizen bieden echter ook veel accommodatie aan langdurig zorgbehoeftigen.

Het totale aanbod is hier dus moeilijk in kaart te brengen. Het is eveneens moeilijk om hier een conclusie te trekken over de mate waarin dit aanbod aansluit bij de wensen van cliënten. Het NIVEL-rapport vermeldt dat 1,4 miljoen Fransen gebruik maken van thuiszorg en maatschappelijk werk. Dit lijkt goed bij de behoefte van Fransen aan zorg thuis aan te sluiten. Dit betekent immers dat 1,7% van de bevolking thuiszorg ontvangt. Dit is verhoudingsgewijs meer dan in Nederland verstrekt wordt.<sup>7</sup>

Het sociale verzekeringsstelsel is verplicht en biedt goede toegang tot zorg. Frankrijk en Engeland hebben als enige een verzekering die 100% van de bevolking dekt. 75% van de uitgaven wordt publiek gefinancierd. De overheid bepaalt het pakket. Alle wettelijke ingezetenen worden gedekt. Het systeem werpt geen belemmeringen op in de keuzevrijheid. Zoals gezegd geschiedt betaling volgens het restitutiesysteem. Belemmeringen door de hoge eigen bijdragen worden ondervangen doordat deze door aanvullende verzekeringen gedekt worden. 87% van de Fransen heeft een dergelijke verzekering. Het is gebleken dat zij vaker kiezen voor behandeling door een specialist. Het Franse stelsel kent geen aparte verzekering voor langdurige zorg. Deze wordt uit de sociale verzekering betaald.

#### *Waardering van keuzemogelijkheden*

De Fransen vinden dat zij genoeg betalen voor hun gezondheidszorg. De betalingsbereidheid voor meer keuzemogelijkheden behoort, met die van de Belgen, tot het laagste van de vijf onderzochte landen. Op vrijwel alle geboden opties zeggen significant meer Fransen “nee” dan in de andere landen. Ook het aantal geïnterviewden dat geen enkele uitbreiding van de keuzemogelijkheden wil, is duidelijk hoger dan in de andere landen. Een opvallende uitzondering is dat de Fransen een veel hogere betalingsbereidheid hebben voor meer keuze bij diagnostiek. Dit moet waarschijnlijk opgevat worden als een illustratie van de eerder gedane constatering dat de Fransen keuze op dit onderdeel belangrijk vinden. Uit het feit dat het belang van keuzemogelijkheden hetzelfde patroon vertoont als de betalingsbereidheid zou afgeleid kunnen worden dat de Franse cliënt een goed waarde oordeel heeft.

De directe betalingsrelatie (restitutiesysteem) tussen de aanbieder en de cliënt en de hoge eigen bijdrage (10,2%) verklaren mogelijk waarom de Franse cliënt niet bereid is meer te betalen. Hij ziet immers de rekening van de dienst die hij heeft ontvangen en heeft waarschijnlijk een goed kostenbewustzijn



ontwikkeld. Hij betaalt 25% eigen bijdrage voor een consult in het ziekenhuis en wel tot 65% voor geneesmiddelen. Overigens valt medicatie voor chronische ziekten hier buiten. Mensen met een invaliditeitspensioen en arbeidsongeschikten betalen geen eigen bijdragen.

#### *Wensen op het gebied van innovatie*

Voor zorginhoudelijke innovaties tonen de Fransen gemiddelde belangstelling. Een relatief groot deel van de ondervraagden heeft geen mening over de geboden innovaties. Zij hebben ook hierbij een uitgesproken voorkeur voor de dokter en verkiezen hem boven de techniek: bloeddrukmeting via een zender is beperkt in trek. Belangstelling voor nieuwe medicijnen en de zorgconsulent is eveneens niet opvallend groot.

Hoewel Frankrijk een sociale verzekering heeft en geen NHS speelt de Franse staat een grote rol in de gezondheidszorg. De Franse staat heeft echter niet dezelfde vergaande mogelijkheden om veranderingen door te voeren als in Engeland. De sociale verzekering wordt uitgevoerd door ziekenfondsen onder het bestuur van werkgevers en werknemers. De sociale partners hebben dus ook een vinger in de pap. Gegevens over de snelheid van invoer dagbehandeling zijn helaas niet bekend. Qua snelheid waarmee geneesmiddelen na goedkeuring op de markt komen, bevindt Frankrijk zich in de middenmoot.

#### *Transnationaal verkeer*

De Fransen zijn wel bereid te reizen voor een behandeling, maar die bereidheid stopt bij de landsgrenzen. Een behandeling in het buitenland is nauwelijks een optie voor de Fransen. Noch voor een snellere behandeling, noch voor behandeling in Europees expertisecentrum is animo. De Fransen sluiten op dit item de rij en eindigen op de vijfde plaats.

#### **Conclusies**

Uit bovenstaande blijkt dat de grote vrijheid in de relatie tussen cliënt en aanbieder een belangrijke eigenschap van de Franse gezondheidszorg is. Hoge eigen bijdragen, een restitutie-systeem en veel for profit zorginstellingen zijn hier exponenten van. Toch laten Fransen zich ook leiden. Hun behoefte aan keuzemogelijkheden is lager dan die van de Belgen en de Duitsers. Fransen delen de hang naar curatieve zorg en de techniek met de Duitser maar zij hebben een sterkere voorkeur voor behandeling thuis. Bij deze eerste inventarisatie zijn er geen grote verschillen aantoonbaar tussen de preferenties van de Franse cliënt en het zorgaanbod.

## Nederland: Cliëntenpreferenties, het zorgaanbod en het stelsel

### Inleiding

#### *Algemeen*

Nederland zit in een transitieproces. Cliënten, de aanbieders en de zorgverzekeraars worden geconfronteerd met een overgang van aanbodsturing naar sturing op uitkomsten en zelfregulerende markten. Ook de rol van de overheid verandert daarbij van bepaler naar toezichthouder.

#### *Epidemiologie en levensverwachting*

De Nederlandse bevolking is nog relatief jong. Slechts 13,6% is boven de 65 jaar. De belangrijkste doodsoorzaken zijn ischaemische hartziekten, cerebrovasculaire aandoeningen en kanker. De gemiddelde levensverwachting is 78 jaar (2000). Uit de OECD database blijkt dat 78,5% van de Nederlanders zich gezond voelt. Daarmee zijn zij positiever over hun gezondheid dan cliënten in de andere landen.

#### *Consumptie*

De Nederlandse consumptie is niet opvallend hoog. Met 5,9 artsenbezoeken per persoon per jaar scoort Nederland laag (laagste Engeland 4,9). De gemiddelde ligduur is 8,6 dagen. Het aantal ziekenhuisopnamen per 1000 inwoners vermeldt de OECD database niet. Maar met 0,8 verpleegdag per hoofd van de bevolking bij een ligduur van gemiddelde 8,6 dagen, lijkt de consumptie van intramurale zorg aan de lage kant.

#### *Kosten*

Volgens de OECD cijfers besteedde Nederland in 2000 8,6% van het BBP aan gezondheidszorg. Dit is US\$ 2348 (PPP). Daarmee behoort de Nederlandse zorg volgens de OECD tot de middengroep. Nederland geeft het laagste bedrag aan extramurale zorg uit per hoofd van de bevolking; slechts US\$ 293. Dit is 15% van het totale budget en staat in schril contrast met de 34,3% van België. Aan acute intramurale zorg geeft Nederland US\$ 829 (PPP) per hoofd van de bevolking uit. Dit is 35,3% van de totale uitgaven.

## **Het profiel van de Nederlandse zorgcliënt en zijn omgeving**

### *Belang en invulling van keuzemogelijkheden*

Tot wie wendt de Nederlander zich als hij informatie wil over gezondheid (zorg) en ziekte? Het blijkt dat de Nederlandse dokter maar beperkt het vertrouwen heeft van de patiënt. Slecht 57% van de geïnterviewden noemt de medische zorgverlener als belangrijkste bron van informatie (gem. 65%). Het Internet en ook de patiëntenvereniging zijn relatief populair. Deze resultaten zijn niet verbazend. Nederland heeft een hoge Internet penetratie (61%) en er zijn weinig artsen die direct toegankelijk zijn. Met 0,5 huisartsen per 1000 inwoners heeft de Nederlander beperkte mogelijkheden om informatie te krijgen. Over het effect van goede informatie op hun zorgconsumptie zijn Nederlanders niet erg optimistisch. Slechts 43% verwacht enig effect (gemiddeld 46%).

De Nederlander moet nog wennen aan keuzemogelijkheden. Zijn aspiraties op dit gebied liggen hoger dan die van de Engelsen, maar hebben nog niet het niveau van de Duitsers, de Fransen en de Belgen. Nederlanders zijn niet blij met het poortwachtersysteem. In de diagnostische fase kent de Nederlander namelijk het minst van alle cliënten waarde toe aan de huisarts en bij de behandeling van een chronische ziekte als diabetes verlaat de specialist de huisarts zelfs (63% versus 25%). Ook de gespecialiseerde verpleegkundige lijkt bij de Nederlander in de smaak te vallen. Het relatief lage vertrouwen van de Nederlandse cliënt in de zorgverlener komt terug bij preferenties bij het voorschrijven van medicijnen. De cliënt lijkt op zoek en overweegt alle geboden opties. De apotheek, de zorgverzekeraar en ook zijn eigen oordeel vindt hij van belang. Opvallend is de lage waarde die cliënten toekennen aan keuzemogelijkheden bij “de plaats van behandeling bij een chronische ziekte” en bij revalidatie. Als het om de plaats van behandeling gaat, is het ziekenhuis de aantrekkelijkste plaats van behandeling voor de Nederlander. Bij een electieve behandeling is keuze voor de plaats van behandeling veel belangrijker voor de Nederlanders (84%). Wat betreft deze ook in een buurland geleverd worden. Bij revalidatie heeft de Nederlander een lichte voorkeur voor behandeling thuis. De fysiotherapeut is populairder dan de revalidatiearts.

Hoe graag hij dit ook zou willen, voorlopig heeft de Nederlanders geen vrije toegang van de specialist. De huisarts bepaalt de verwijzing naar de specialist en zonder verwijfsbrief wordt specialistische zorg niet vergoed. De cliënt is hier duidelijk niet

blij mee. Niet alleen bij diagnose, maar vooral ook bij behandeling wil hij graag direct toegang tot de specialist. Of dit een kwaliteits- of een kwantiteitsprobleem is of beide is niet met zekerheid te zeggen. Wel werd hiervoor al duidelijk dat Nederland niet ruim bemeten is als het om huisartsenzorg gaat. In de tweede lijn is het eveneens passen en meten in Nederland. Nederland heeft 3,5 acute bedden en 0,9 specialisten per 1000 inwoners een zeer bescheiden aanbod voor de cliënt. Opvallend is het grote aantal verpleegkundigen. Met 12,8 per 1000 inwoners is Nederland hier ineens koploper! De chronische wachtlijsten oplopend tot meer dan 15 weken zijn daar eveneens een illustratie van.

Van de ruim 100 ziekenhuizen beschikte in 2001 35 ziekenhuizen over een revalidatieafdeling. Revalidatie vindt ook gedeeltelijk plaats in de 331 verpleeghuizen. Nederlandse cliënten kiezen er voor thuis te revalideren. Nederland heeft 104 reguliere en 217 commerciële thuiszorgorganisaties, die vooral thuiszorg en ook thuisverpleging bieden. Uit de enquête bleek dat de fysiotherapeut in Nederland populair is. Cliënten hebben hier keuze uit ruim 12.000 fysiotherapeuten<sup>8</sup>.

De financiële toegankelijkheid is goed geregeld in Nederland. De Ziekenfondswet (ZFW) dekt 61% van de verzekerden, maar de uitgebreide particuliere verzekeringen bieden eveneens een brede dekking. Slechts 63,4% van de uitgaven is publiek gefinancierd. Aanvullende verzekering voor extra dekking is mogelijk ook voor ziekenfondsverzekerden. Langdurige zorg en thuiszorg worden uit een volksverzekering, de zogenoemde AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), gefinancierd. Cliënten mogen één keer per jaar wisselen van ziekenfonds. De verzekering zelf faciliteert keuze nauwelijks. Het dominante deel wordt uitgekeerd in natura. Binnen de AWBZ kunnen cliënten zelf hun zorg inkopen door te kiezen voor een PGB (persoonsgebonden budget) in plaats van de gebruikelijke uitkering in Natura. Kortom wat betreft het verzekeringsstelsel: brede toegang, weinig echte inkoopmogelijkheden en macht voor cliënten.

#### *Waardering van keuzemogelijkheden*

De Nederlander wil graag betalen voor meer keuzemogelijkheden! Hij staat op dit onderdeel op de eerste plaats in het consumentenonderzoek. Slechts 24% slaat alle aangeboden uitbreidingen af (gemiddeld 33%). Ook na confrontatie met reële bedragen blijft de bereidheid om te betalen bestaan. Vooral meer keuzemogelijkheden bij diagnostiek, soort behandeling

en voor snellere toegang tot behandeling heeft de Nederlander geld over. De Nederlander wil niet alleen relatief *veel* bijbetalen (gemiddelde van € 4,8), het *aantal* Nederlanders dat wil bijbetalen is ook het hoogste van de vijf onderzochte landen. (mediaan van de geïnterviewden in Nederland ligt op € 5).

Wat zegt deze uitslag? Is het te interpreteren als een blijk van ontevredenheid en wil de Nederlander zeggenschap en invloed “kopen”? Dat is niet uitgesloten. Hier moet echter een kanttekening bij gemaakt worden. In tegenstelling tot cliënten in Frankrijk, België en Duitsland wordt de Nederlander betrekkelijk weinig geconfronteerd met de kosten van de zorg die hij ontvangt. Voor de ziekenfondsverzekerde is zijn premie al door zijn werkgever betaald. Zoals gezegd is het naturastelsel dominant in Nederland. Alleen voor de particulier verzekerden geldt een restitutiemodel. Maar de particulier verzekerde ziet vaak alleen de rekening van de kleine bedragen. Vaak maken zorgverzekeraars ook voor deze verzekerden afspraken met aanbieders voor een directe betaling. Dit geldt vooral voor dure intramurale (klinische) zorg. In de ZFW ontbreken de eigen bijdragen vrijwel geheel. Bij particuliere polissen geldt meestal een eigen risico. Het ontbreken van eigen bijdrage in de ZFW kan een reden zijn voor het verschil in betalingsbereidheid tussen de Nederlander en cliënten in de andere landen.

Overigens moet aangetekend worden dat de OECD data tonen dat Nederland toch aanzienlijke eigen bijdragen kent (8,6%). Deze komen voornamelijk voor in AWBZ gefinancierde zorg. Hier is de confrontatie met de kosten wel direct. De betalingsbereidheid bij revalidatie is echter niet opvallend veel lager dan voor de andere delen van de zorg.

#### *Wensen op het gebied van innovatie*

Nederlanders tonen gemiddelde interesse in nieuwe vormen van zorgverlening. Bij telemedicine 47% kiest voor een dergelijke behandeling (gemiddeld 47%). Ook voelt hij wel wat voor de zorgconsulent (71% gemiddeld 69%). Wellicht speelt hier mee dat de Nederlander het begrip zorgconsulent al enigszins kent. De sterke echelonnering die de Nederlandse zorg kenmerkt, betekent dat er strikte scheiding is tussen eerste en tweede lijn. Coördinatie tussen de twee gebieden verloopt vaak moeizaam. Het is dan ook verwonderlijk dat de Nederlandse cliënt niet meer dan gemiddeld geïnteresseerd is in de zorgconsulent. De interesse voor geneesmiddelen met minder bijwerkingen is groot. 72% (gemiddeld 63%) opteert hiervoor. Ge-

neemsmiddelen komen in Nederland relatief snel na registratie op de markt. Gemiddelde duur is  $\pm 160$  dagen<sup>9</sup>.

Er zijn een aantal aspecten van de Nederlandse zorg aanwijsbaar die een beperking van de innovatiesnelheid tot gevolg hebben. Zo is de (politieke) besluitvorming complex. Belangenorganisaties hebben veel te zeggen in Nederland. Het feit dat publieke taken door private aanbieders en zorgverzekeraars worden uitgevoerd, is een complicerende factor. De Nederlandse overheid heeft daardoor veel minder mogelijkheden om vernieuwingen af te dwingen dan in Engeland. Het aanbodtekort in de eerste lijn en de contracteerplicht van zorgverzekeraars in de tweede lijn geven ook de zorgverzekeraars niet veel mogelijkheden om zorginhoudelijke vernieuwing af te dwingen. Een typisch voorbeeld van de complexiteit van processen in Nederland is de invoering van DBC's. Het ontwikkelings/onderzoeks- en besluitvormingsproces heeft tien jaar in beslag genomen. Wat betreft de snelheid invoering dagbehandeling bevindt Nederland zich in de middenmoot.

#### *Transnationaal verkeer*

Hoewel hij niet uitblinkt in reisbereidheid zegt de Nederlander wel naar het buitenland te willen reizen voor een snellere behandeling (67% versus gemiddeld 47%). Ook voor kwaliteit wil de Nederlander reizen. Het Europees expertisecentrum is voor 77% een reden om de grens over te gaan (gemiddeld 69%). De Nederlandse zorgverzekeraars kopen zorg in de buurlanden in. Vooral om de wachtlijsten te omzeilen. Hier wordt echter in de praktijk beperkt gebruik van gemaakt<sup>10</sup>. Totaal wordt 1,5% van de zorg in het buitenland ingekocht. Daarmee wordt tegemoetgekomen aan de wensen van de Nederlanders. De interesse lijkt hier vooralsnog groter dan het gedrag doet vermoeden!

#### **Conclusies**

De Nederlander maakt een ontevreden indruk. Hij wil vooral meer keuzemogelijkheden in de zin van vrije toegang. Hij is bereid te betalen als hij daarmee meer keuzemogelijkheden en betere toegang tot zorg kan kopen. Het aanbod lijkt vooral kwantitatief tekort te schieten. De behoefte aan meer keuzemogelijkheden voor diagnose en behandeling geeft in ieder geval te denken. Opmerkelijk is dat Nederland ondanks het poortwachtersysteem zo weinig geld uitgeeft aan extramurale zorg. De Nederlander wil vooral reizen om de wachtlijsten te omzeilen en bijzondere zorg.

## Verenigd Koninkrijk: Cliëntenpreferenties, het zorgaanbod en het stelsel

### Inleiding

#### *Algemeen*

De verschillende gebiedsdelen in het Verenigd Koninkrijk hebben een eigen organisatie en sturing van de zorg. Engeland en Wales leggen echter het meeste gewicht in de schaal, zowel demografisch als economisch (88,6% van de bevolking). In dit onderzoek wordt het aanbod en het stelsel van Engeland en Wales ("Engeland") beschreven. Het cliëntenonderzoek en de OECD cijfers zijn echter cijfers van het Verenigd Koninkrijk.

Engeland heeft een staatsgezondheidszorg. In de afgelopen 15 jaar heeft het systeem een omslag naar decentralisatie en naar resultaat- en klantgerichtheid ondergaan. De cultuuromslag is echter nog lang niet afgerond. Niet alleen voor de aanbieder, maar ook voor de cliënt betekende dit blijkbaar een grote overgang. Voor de cliënt is het belang van keuzemogelijkheden nog niet zo duidelijk. Een groot voordeel van de lange historie van staatsinvloed is een goed geoutilleerde Public Health.

#### *Epidemiologie en levensverwachting*

De Engelse bevolking vergrijsst, 15,9% is ouder dan 65 jaar. De levensverwachting bij geboorte is 77,8 jaar (2000). Belangrijke doodsoorzaken zijn kanker en hart- en vaatziekten.

#### *Consumptie*

Het aantal artscontacten van cliënten in Engeland is het laagste van de vijf landen. De gemiddelde inwoner uit Engeland ziet 4,9 keer per jaar een dokter. De ziekenhuizen leveren 1,1 verpleegdagen op acute bedden per hoofd van de bevolking. Opvallend laag is de gemiddelde ligduur van 7,0 dagen. Al met al een beperkte consumptie van intramurale ziekenhuiszorg.

#### *Kosten*

De kosten van de gezondheidszorg in Engeland zijn met 7,3% van het BBP ronduit laag te noemen. Kosten aan extra- en intramurale zorg per hoofd van de bevolking zijn helaas niet beschikbaar. Maar het totaal van US\$ 1992 per capita illustreert de hiervoor gedane constatering.

## **Het profiel van de zorgcliënt in Engeland en zijn omgeving**

### *Belang en invulling van keuzemogelijkheden*

De cliënt in Engeland lijkt actief op zoek naar informatie over ziekte en gezondheid. Zijn voorkeur gaat uit naar de medische zorgverlener. Met 72% spreekt de cliënt hiermee significant meer vertrouwen uit in de medische zorgverleners dan cliënten in de andere vier landen. Ook het Internet, het medisch naslagwerk en de overheid zijn populairder dan in de andere landen. Hoewel het absolute percentage laag is, heeft men in Engeland meer vertrouwen in informatie gegeven door geneesmiddelenfabrikanten dan in andere landen. De Engelsen verwachten veel van goede informatie. 60% van de bevolking denkt dat goede informatie zijn medische consumptie zou verminderen (gemiddelde 46%).

De cliënt in Engeland vindt keuzemogelijkheden aanzienlijk minder belangrijk dan cliënten in de andere vier onderzochte landen. Dit beeld is zowel bij diagnostiek als bij behandeling en revalidatie aanwezig. In de diagnostische fase kiezen de Engelsen voor de huisarts. Hij krijgt veel vertrouwen van zijn cliënten. Ook de gespecialiseerde verpleegkundige lijkt een positie aan het verwerven te zijn. Hetzelfde beeld leveren de preferenties voor behandelaar op. Ook hier krijgt de huisarts significant veel vertrouwen. Vreemd genoeg is het hiervoor geuite vertrouwen in de zorgverlener niet terug te vinden bij het voorschrijven van medicijnen. Op dit gebied willen cliënt aanzienlijk vaker zelf beslissen. Medicatie is overigens het enige onderdeel waar cliënten eigen bijdragen voor betalen. Cliënten in Engeland zijn gewend aan een belangrijke functie voor de eerste lijn. Engeland is hét land van de poortwachtersfunctie van de huisarts. Patiënten zijn vrij in hun keuze voor de huisarts. Het aanbod is weliswaar niet ruim met 0,6 huisartsen per 1000 inwoners, maar huisartsen krijgen uitgebreide ondersteuning van de practice nurse (0,2 fte/1000), een telefonische hulplijn (NHS direct) en walk-in centres. Cliënten hebben hier dus wel enige reële keuze. Directe toegang tot de specialist is er niet. Maar dat lijkt de cliënt ook niet expliciet te willen. Zowel bij diagnose als behandeling stelt hij vertrouwen in de zorgverleners in de eerste lijn en toont relatief weinig animo voor directe toegang tot de specialist.

Vragen naar preferenties voor de plaats van behandeling levert een opmerkelijk beeld op. De cliënt in Engeland heeft een voorkeur voor behandeling van een chronische ziekte in een ziekenhuis. Dit is verbazend gezien de gerichtheid van de



gezondheidszorg in Engeland op de eerste lijn en thuiszorg. Hier spelen mogelijk twee zaken.

- Ten eerste een algemene constatering. Cliënten hebben maar zeer beperkte keuzevrijheid en keuzemogelijkheden. Hoewel de NHS in de afgelopen vijftien jaar een omslag heeft gemaakt van volledige aanbodsturing naar een zelf-regulerend systeem met output financiering en er strak toezicht is op kwaliteit en prestaties en meer keuzevrijheid voor patiënten, wordt “patiënt focus” nog steeds paternalistisch ingevuld. Het klinkt dus mooier dan het in de praktijk uitpakt. De keuzevrijheid van patiënten is nog steeds beperkt; hun woonplaats bepaalt onder welke Primary Care Trust (PCT) zij vallen. Binnen de PCT zijn cliënten weliswaar vertegenwoordigd, maar bepalen de aanbieders toch vooral hoe de eerstelijnszorg vorm krijgt en welke tweedelijnszorg wordt ingekocht.
- Ten tweede wordt de zorg in de tweede lijn gekenmerkt door grote tekorten. Met 3,9 acute bedden per 1000 inwoners zijn de cliënten in Engeland aanzienlijk minder beddeeld dan cliënten in Frankrijk, België en Duitsland. Ook de 1,4 ziekenhuisartsen per 1000 inwoners is niet ruim. Wel wat ruimer bemeten is het aanbod verpleegkundigen met 9,0 per 1000 inwoners. Opvallend is de vrij sterk ontwikkelde particuliere sector. De NHS kan via contractering wel gebruik maken van particuliere ziekenhuizen. Cijfers over productie van deze centra ontbreken helaas.

Het aanbod lijkt hier zowel kwantitatief als kwalitatief niet goed aan te sluiten bij de wensen van de cliënten. Cliënten geven mogelijk uiting aan hun ontevredenheid door nadruk te leggen op behandeling in het ziekenhuis.

Bij revalidatie is de waarde van keuzemogelijkheden laag. Bij invulling van zijn keuze levert de cliënt zijn voorkeur voor de kliniek in voor behandeling door de fysiotherapeut. De ouderenzorg en langdurige zorg in Engeland is er op gericht mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te houden. De wijkverpleegkundige neemt hierbij een belangrijke positie in. Bij langdurige intramurale zorg hebben private aanbieders een grote rol. Zij leveren 85% van deze zorg. Het aanbod is ruim 8,9 bedden per 1000 inwoners. Het aantal aanbieders is groot en de voorzieningen zijn kleinschalig.

De financiële toegankelijkheid van de NHS is goed. De NHS staat open voor alle ingezetenen en biedt toegang voor alle acute/curatieve zorg. Na forse reorganisaties is de betalings-

en aanbiedingsfunctie gescheiden. De zorginkoop is gedecentraliseerd naar de Primary Care Trusts (PCT) en er is vrije artskeuze in de eerste lijn. Het stelsel lijkt dus keuzevrijheid en mogelijkheden te bieden. Maar, zoals in beschrijving van het aanbod al bleek, heeft de cliënt in de praktijk nog weinig mogelijkheden om echt met de voeten te stemmen.

Voor langdurige zorg is slechts een beperkte en inkomensafhankelijke toegang gewaarborgd door de NHS. De zorg in verzorgingshuizen wordt deels door gemeenten gefinancierd, deels door de centrale overheid. Cliënten moeten eerst hun eigen vermogen aanspreken voor zij aanspraak mogen doen op publieke middelen. Mede voor deze zorg zijn de particuliere verzekeringen op de markt gekomen. Cliënten lijken hier toch niet goed bediend te zijn. Gezien de vergrijzing kan hier in de toekomst een probleem ontstaan. Vooral omdat slechts 10% van de Engelsen een particuliere verzekering heeft. Deze bieden vooral toegang tot verpleeghuizen en bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen. Voor deze voorzieningen is de toegankelijkheid dus minder goed gewaarborgd.

#### *Waardering van keuzemogelijkheden*

De beperkte waardering van keuzemogelijkheden uit zich ook in de betalingsbereidheid van de cliënt in Engeland. Hij scoort steeds rond het gemiddelde. Met twee belangrijke uitzonderingen; snellere behandeling en meer keuzemogelijkheden bij revalidatie. Geconfronteerd met een reële premieverhoging voor meer keuzemogelijkheden verdwijnt de betalingsbereidheid voor revalidatie. De bereidheid om bij te betalen voor snellere behandeling blijft gehandhaafd. Dit mag niet verbazen gegeven het capaciteitstekort in de tweede lijn.

Cliënten in Engeland zijn dan ook niet gewend om hun zorg zelf te betalen. Een uitzondering op deze regel zijn de geneesmiddelen. De cliënt in Engeland betaalt € 9,74 per receptregel bij. Met de mogelijkheid tot het nemen van een abonnement voor € 104 per jaar. Met deze informatie kan de beperkte betalingsbereidheid voor medicijnen verklaard worden.

#### *Wensen op het gebied van innovatie*

De Engelsen zijn wel in voor zorginhoudelijke innovaties. De zorgconsulent is een aantrekkelijk concept voor deze cliënt. Techniek en nieuwe geneesmiddelen zijn minder interessant voor hen. Het is de vraag of het aanbod aansluit bij de wensen van cliënten? Voor zorginhoudelijke (organisatorische) ontwikkeling is dat inderdaad het geval. De NHS kenmerkt

zich hier door een ongekeerd grote innovatiesnelheid. Er zijn in vergelijking met de andere vier landen weinig dwarsliggende veldpartijen. Dit is niet altijd een voordeel. De NHS is door het relatieve gemak waarmee veranderingen in het zorgaanbod kunnen worden doorgevoerd eigenlijk voortdurend in reorganisatie. Dit lijkt echter wel aan te sluiten bij de affiniteit van de cliënt met nieuwe zorginhoudelijke ontwikkelingen. Engeland heeft overigens meer gegevens beschikbaar over de resultaten van de gezondheidszorg dan de andere vijf landen. Ook hierin loopt dit land dus voorop.

#### *Transnationaal verkeer*

De algemene reisbereidheid is in Engeland het grootst van de onderzochte landen. Het krappe aanbod in de tweede lijn zijn hier waarschijnlijk de oorzaak van. Het is dan ook niet verbazend dat de cliënten in Engeland graag reizen om sneller geholpen te kunnen worden; 51% is zelfs bereid hiervoor het kanaal over te steken (gemiddeld 30%). Maar ook voor kwaliteit willen deze cliënten naar het buitenland reizen; 83% wil gebruikmaken van een Europees expertisecentrum (gemiddelde 69%). De NHS koopt zorg in het buitenland in. Zo is er in de afgelopen jaren zorg ingekocht in Duitsland en Frankrijk. De mogelijkheden zijn dus zeker aanwezig en de zorg wordt vergoed. Het is echter de vraag of de cliënten er ook gebruik van maken.

#### **Conclusies**

De cliënt in Engeland, het stelsel en de aanbieders lijken samen op weg naar meer vraagsturing. Voorlopig wordt er nog meer óp de vraag dan dóór de vraag gestuurd. De cliënt lijkt ook nog te moeten wennen aan keuzemogelijkheden. Zijn wensen zijn op dit gebied veel minder uitgesproken dan in de andere landen. Wellicht spelen de wachtlijsten hierbij een rol. Het is denkbaar dat door de wachtlijsten keuzemogelijkheden illusoir zijn voor cliënten. Deze hypothese wordt echter weerproken door de resultaten van de Nederlanders, die geconfronteerd met dezelfde wachtlijsten veel meer waarde toekennen aan keuzemogelijkheden. Waarschijnlijker is het dat er gewoonweg nog weinig reële keuzemogelijkheden zijn voor cliënten. Het adagium onbekend maakt onbemind kon hier wel eens van toepassing zijn.

## Noten (bijlage)

- 1 Indien het mogelijk is hierover enige uitspraak te doen.
- 2 Idem.
- 3 Bruto Binnenlands Product.
- 4 Purchasing Power Parity.
- 5 Nielsen. NetRatings, 2003.
- 6 EFPIA ,2002.
- 7 De LVT behandelt jaarlijks 150.000 cliënten en komt daarmee met 1 op 100 mensen die thuiszorg ontvangen. Dit ligt dus lager dan in Frankrijk waar het percentage op 1,7 ligt.
- 8 Bron: NIVEL, 2000.
- 9 EFPIA, 2002.
- 10 ZN, 2003.

# Consumer empowerment



Carolien Hendrix



## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>73</b>
	<b>Deel 1 De landenvergelijking</b>	
<b>1</b>	<b>Preferenties ten aanzien van keuzemogelijkheden</b>	<b>78</b>
1.1	Pre-diagnose	81
1.2	Diagnose	83
1.3	Behandelaar	85
1.4	Behandelplaats	88
1.5	Revalidatie	91
<b>2</b>	<b>Gepercipieerde waarde</b>	<b>95</b>
<b>3</b>	<b>Innovatieve behandelmethoden</b>	<b>100</b>
<b>4</b>	<b>Transnationaal verkeer</b>	<b>103</b>
	<b>Deel 2 Vergelijking op socio-demografische groepen</b>	
<b>5</b>	<b>Sekse</b>	<b>108</b>
5.1	Informatiezoekgedrag	108
5.2	Voorkeur bij zorgtraject	108
5.3	Transnationaal	109
5.4	Innovatie	110
<b>6</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>111</b>
6.1	Informatiezoekgedrag	111
6.2	Voorkeur bij zorgtraject	111
6.3	Transnationaal	113
6.4	Innovatief	114
<b>7</b>	<b>Opleiding</b>	<b>115</b>
7.1	Informatiezoekgedrag	115
7.2	Voorkeur in de zorgketen	115
7.3	Transnationaal	117
7.4	Innovatief	117
<b>8</b>	<b>Patiënten versus niet-patiënten</b>	<b>119</b>
8.1	Profiel van patiënten	119
8.2	Informatiezoekgedrag	120
8.3	Voorkeur in de zorgketen	120
8.4	Transnationaal	122
8.5	Innovatie	123





## Samenvatting

De markt van de medische zorgverlening is een ‘onvolkomen markt’ waar de eindgebruiker het niet rechtstreeks voor het zeggen heeft. Tussen eindgebruiker en aanbod zitten tal van intermediairs en een regulerende overheid. De aanbodzijde krijgt daarom voor een deel informatie die niet rechtstreeks van de eindgebruiker afkomt. De stem van de eindgebruiker wordt te weinig gehoord.

In opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg heeft TNS NIPO in de tweede helft van 2003 een onderzoek uitgevoerd naar de wensen en de attitude van de zorgconsument. Niet alleen in Nederland, maar tevens in een viertal andere west Europese landen (Nederland, België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk).

Hierbij is de ‘zorgketen’ (het achtereenvolgende traject dat een patiënt doorloopt wanneer hij een belangrijke medische behandeling ondergaat) als uitgangspunt genomen. Hierbij is de volgende vraagstelling gekozen: in welke fase is de behoefte aan meer keuzes het grootst (pré-diagnose, diagnose, behandeling of revalidatie) en welke preferenties hebben cliënten bij invulling van de keuzemogelijkheden. Daarbij is ook gekeken naar de behoefte aan innovatie en bereidheid om naar het buitenland te reizen. Tevens is gekeken welke (financiële) waarde cliënten toekennen aan keuzemogelijkheden. Naast een vergelijking tussen landen is ook in kaart gebracht in welke mate de resultaten worden beïnvloed door nationaliteit, andere demografische factoren of ervaring die men heeft met de zorg (is men wel of geen ‘patiënt’).

Per land is een representatieve groep van 500 respondenten ondervraagd. Het telefonische veldwerk van het onderzoek is - op volledig uniforme wijze - uitgevoerd in Nederland en in Luxemburg tussen 26 mei en 3 juli 2003.

### **Belangrijkste bevindingen**

De Europese zorgconsument heeft grote behoefte om zelf te kiezen: uitgaande van de zogenaamde ‘zorgketen’ (het achtereenvolgende traject dat een patiënt doorloopt wanneer hij een belangrijke medische behandeling ondergaat) blijkt dat de behoefte aan keuzemogelijkheden het grootst is aan het begin van de zorgketen (dus bij informatie, diagnose en behandeling). Toch blijft de keuzebehoefte groot – ook in latere stadia

van deze keten. In het algemeen blijkt dat in die landen waar het aanbod meer vraaggestuurd is (Frankrijk, Duitsland, België) dan in andere landen (Nederland, Verenigd Koninkrijk), de keuzebehoefte tevens het grootst is. Het aanbod lijkt de vraag (deels) te bepalen.

### **Behoeftte aan keuzemogelijkheden**

#### *De informatiefase*

De Europese zorgconsument kan op veel verschillende manieren informatie tot zich nemen. Informatie via de medische zorgverlener is in elk land het meest populair. Grote verschillen zijn er ten aanzien van het gebruik van het internet: in Nederland beschouwt de helft van de bevolking dit als een geliefd medium om naar informatie op zoek te gaan; in Frankrijk en België ligt dit aanzienlijk lager.

#### *De diagnosefase*

Verreweg de meeste Europeanen (zo'n 75%) willen het liefst dat de diagnose door de huisarts plaatsvindt; een minderheid geeft derhalve in deze fase de voorkeur aan de specialist (in Nederland en Engeland iets meer dan gemiddeld).

#### *De behandelfase*

Wanneer het op behandelen aankomt is de liefde voor de huisarts wat bekoeld: de meerderheid laat dit liever aan de specialist over, wederom is de Nederlandse zorgconsument degene die het meest specialistische zorg op prijs stelt.

Specialistische zorg wordt in veel landen geassocieerd met ziekenhuisbehandeling. Toch blijkt dat ondanks de hier vermelde voorkeur voor behandeling door de specialist circa de helft van de consumenten thuis behandeld wil worden (de andere helft geeft dus de voorkeur aan een ziekenhuis).

#### *De revalidatiefase*

Er zijn grote verschillen ten aanzien van revalidatie met behulp van een revalidatiearts dan wel een fysiotherapeut. In het Verenigd Koninkrijk kiest ruim 80% voor de fysiotherapeut, terwijl in Frankrijk de voorkeur precies andersom ligt. In Nederland, Duitsland en België zijn deze voorkeuren veel minder uitgesproken.

### **De financiële gevolgen van keuzemogelijkheden**

Het kan redelijk gratis zijn om aan te geven dat men meer wil kiezen dan thans het geval is. In het onderzoek is daarom

gekeken of men tevens bereid is om de financiële gevolgen van meer keuzemogelijkheden onder ogen te zien.

Nederlanders zijn het meest bereid om daadwerkelijk meer te betalen voor extra keuzemogelijkheden. Driekwart van onze landgenoten heeft daar maandelijks een bedrag voor over (gemiddeld zo'n € 4,8). Hierbij valt op dat Nederlanders het vooral belangrijk vinden dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op het krijgen van de modernste geneesmiddelen met de minste bijwerkingen.

Fransen zijn het minst geneigd voor extra keuzemogelijkheden bij te betalen, bijna de helft wil hier geen geld aan spenderen.

### **Innovatie**

De Europese zorgconsument treedt nieuwe ontwikkelingen in redelijke mate met open vizier tegemoet. Om de beantwoording zo betrouwbaar mogelijk te maken – mensen zeggen graag dat ze modern en innovatief zijn - kregen de respondenten een aantal concrete situaties te beoordelen. Zorgconsumenten zijn zeer positief over de nieuwste geneesmiddelen (zo nodig met bijbetaling), maar staan ook open voor een 'zorgconsulent' en de helft van de consumenten ziet er zeker voordelen in om een bloeddruk door middel van een zender te laten registreren in plaats van het ter plekke laten meten door een arts of verpleegkundige. In tegenstelling tot veel andere zorggerelateerde onderwerpen is het opvallend dat ten aanzien van innovatie de Europeanen redelijk uniform denkt.

### **Transnationaal verkeer**

Dat uniforme geldt absoluut niet ten aanzien van behandeling over de landsgrenzen, Nederlanders en Britten zijn veel meer geneegen om voor een zorgbehandeling naar het buitenland te gaan wanneer ze daarmee een wachtlijst kunnen vermijden (in de andere drie landen speelt het 'wachtlijstprobleem' ook veel minder).

Maar het gaat niet alleen om wachtlijsten. Nederlanders en Britten staan ook het meest positief ten aanzien van behandeling in een 'Europees expertisecentrum'. Het zijn (weer) de Fransen – al zijn de verschillen met de Duitsers en Belgen zeer gering – die hier relatief weinig van verwachten.



# Deel 1

## De landenvergelijking

## 1 Preferenties ten aanzien van keuzemogelijkheden

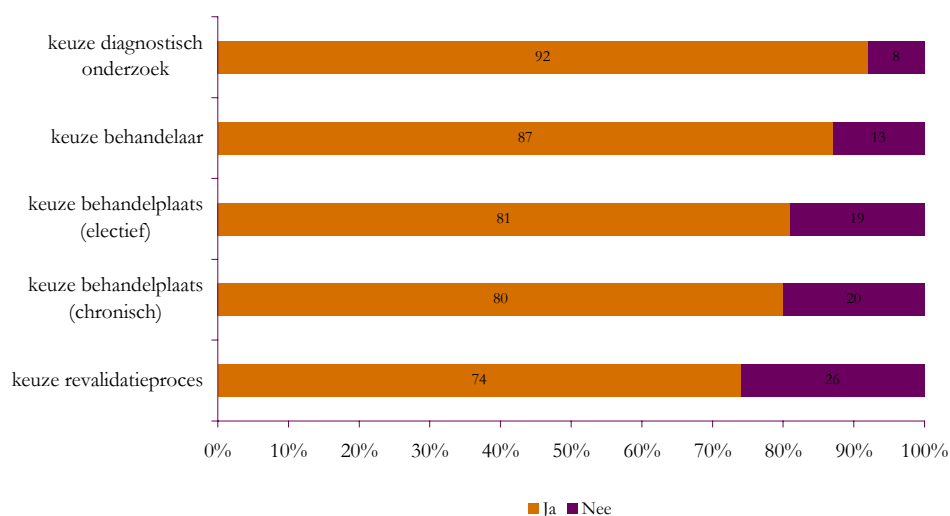
In het onderzoek is dieper ingegaan op de keuzemogelijkheden in de informatie-, diagnose-, behandel- en revalidatiefase. Willen consumenten wel kiezen in de zorg? En waar hebben zij de voorkeur voor? De consumenten zijn geconfronteerd met vragen over de medische informatiebron van hun voorkeur, de invloed van begrijpelijke medische informatie en voorschrijfkuzes. Daarnaast is een aantal fictieve zorgsituaties voorgesteld uit iedere fase van het zorgtraject.

- *Paragraaf 1.1 Pre-diagnose fase (welke informatiebron)*  
In het onderzoek is gevraagd via welke informatiebron men het liefst voorgelicht wordt.
- *Paragraaf 1.2 Diagnosefase (wie)*  
Stel dat u zich al een tijdje niet zo goed voelt. U vermoedt dat u last heeft van een chronische aandoening. Heeft u een voorkeur door wie u het liefst diagnostisch onderzocht zou willen worden?
- *Paragraaf 1.3 Behandelfase (wie)*  
Stel uw vermoeden blijkt waar te zijn. Onlangs is de diagnose diabetes gesteld. Heeft u een voorkeur door wie u het liefst behandeld zou willen worden?
- *Paragraaf 1.4 Behandelfase (waar)*  
Heeft u een voorkeur waar u het liefst behandeld zou willen worden (in een chronische en een electieve situatie)?
- *Paragraaf 1.5 Revalidatiefase (waar en door wie)*  
Stel u moet revalideren van een rugoperatie. Het revalidatieproces kan op verschillende manieren begeleid worden. Heeft u een voorkeur voor waar en door wie u begeleid wordt?

Alle respondenten geven per situatie aan of ze de keuze willen hebben, en zo ja, waar dan hun voorkeur naar uitgaat. In de volgende grafiek is samengevat in welke fases van de zorgketen keuzevrijheid door de Europese consument op prijs wordt gesteld.

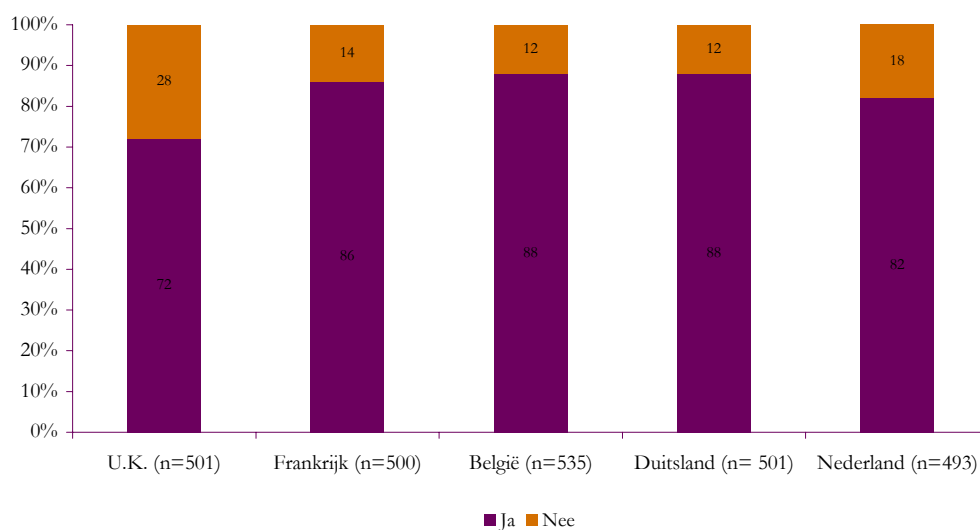
De mening van de *Europese zorgconsument* is berekend door de totale score van het onderzoek op bevolkingsgrootte van de deelnemende landen te herwegen (aangezien de deelnemende landen grote verschillen in bevolkingsomvang vertonen). In onderstaande grafiek treft u een samenvatting aan van de onderzoeksresultaten, herwogen naar de mening van de Europese consument:

**1 Wilt u kiezen...? (n=2530) (getallen zijn herwogen naar Europese bevolkingssamenstelling)**



In de volgende grafiek wordt per land de gemiddelde behoefte aan keuzevrijheid getoond. Hierbij zijn de resultaten van alle vijf de situaties uitgemiddeld per land. Het blijkt dat de bevolking van de U.K. de minste behoefte aan keuzevrijheid heeft.

## 2 De gemiddelde behoefte aan keuzevrijheid in de zorgketen per land



In dit hoofdstuk verdiepen we ons in de preferentiever schillen per land. Keuzevrijheid in de diagnosefase blijkt het meest op prijs te worden gesteld. Gemiddeld 92% van de Europese consumenten geeft te kennen een voorkeur te hebben voor door wie ze onderzocht wordt. Is dit ook het geval bij de verschillende landen? De volgende tabel geeft een overzicht van de behoefte aan keuzevrijheid per land.

### 3 Wilt u kiezen in de...?

U.K.		Frankrijk	
Diagnose	79%*	Diagnose	96%*
Behandelaar	76%*	Behandelaar	92%*
Behandelaars (electief)	75%*	Behandelaars (chronisch)	88%*
Behandelaars (chronisch)	67%*	Behandelaars (electief)	80%
Revalidatie	62%*	Revalidatie	72%
Gemiddeld	72%	Gemiddeld	86%



België		Duitsland	
Diagnose	96%*	Diagnose	98%*
Behandelaar	90%	Behandelaar	92%*
Behandelplaats (electief)	87%*	Behandelplaats (electief)	84%*
Behandelplaats (chronisch)	86%*	Behandelplaats (chronisch)	83%*
Revalidatie	80%*	Revalidatie	83%*
Gemiddeld	88%	Gemiddeld	88%
Nederland		Hoogste keuzedrang per deel in de zorgketen	
Diagnose	90%	Diagnose	Duitsland (98%*)
Behandelplaats (electief)	84%	Behandelaar	Duitsland en Frankrijk (92%*)
Behandelaar	83%	Behandelplaats (electief)	België (87%*)
Behandelplaats (chronisch)	78%	Behandelplaats (chronisch)	Frankrijk (88%*)
Revalidatie	73%	Revalidatie	Duitsland (83%*)
Gemiddeld	82%		

(\*) significant verschillend op 95% betrouwbaarheidsniveau ten op zigt van de andere landen

## 1.1 Pre-diagnose

In het onderzoek is gevraagd via welke informatiebron men het liefst voorgelicht wordt. Hieruit blijkt dat Europese consumenten medische informatie het liefst willen ontvangen van medische zorgverleners (zoals artsen en specialisten) en de apotheek. Indien de respondenten maximaal drie bronnen mogen aangeven ziet het resultaat er als volgt uit:

#### 4 Uit welke bron zou u bij voorkeur medische informatie willen ontvangen? (in %)

	Euro consument n=2530	U.K n=501	Frankrijk n=500	België n =535.	Duitsland n=501	Nederland n=493
Medische zorgverleners	65	72*	55*	66	69*	57*
Apotheek	44	39	49*	39	45	39
TV/krant/tijdschrift	35	19*	41*	28	46*	22*
Internet	30	36*	17*	21*	33	47*
Medisch naslagwerk	24	27*	19	19	26*	19
Overheid	6	10*	9*	6	1*	6
Patiëntenvereniging	5	5	9*	5	2*	10*
Geneesmiddel Fabrikanten	5	8*	4	2*	3	4
Geen van deze	4	2*	8*	4	3	5

(\*): significant verschillend op 95% betrouwbaarheidsniveau ten opzichte van de andere landen

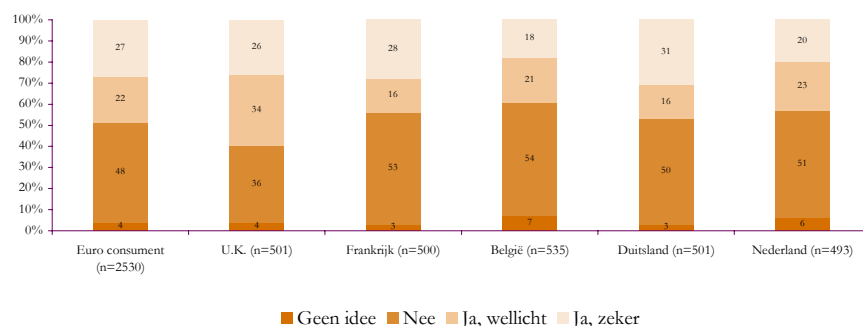
Medische zorgverleners als informatiebron zijn vooral populair in Duitsland (69%\*) en de U.K (72%\*). De apotheek is meer in trek bij Fransen (49%\*), terwijl het internet een populaire medische informatiebron onder de Nederlanders is (47%\*). In Frankrijk (41%\*) en Duitsland (46%\*) worden media als de TV, de krant en tijdschriften vaker bekeken (op zoek naar medische informatie) dan gemiddeld.

De U.K is het enige land waar een significant groter deel van de bevolking bij voorkeur medische informatie van geneesmiddelenfabrikanten zou willen ontvangen (8%\*).

#### Invloed begrijpelijke informatie

Bijna de helft van de Europese consumenten (49%) geeft aan dat, indien ze de beschikking over begrijpelijke medische informatie zou hebben, ze minder vaak naar de huisarts zou gaan voor klachten en advies. De andere helft is van mening dat deze informatie geen invloed heeft op de frequentie van hun artsenbezoek. Het is opmerkelijk dat de landen onderling op vrijwel alle items verschillen. Vooral de Engelsen geven aan dat hun artsenbezoek zou verminderen als ze goed geïnformeerd zouden zijn (60%\*).

## 5 Zou u minder vaak naar de huisarts gaan als u zou beschikken over begrijpelijke medische informatie?



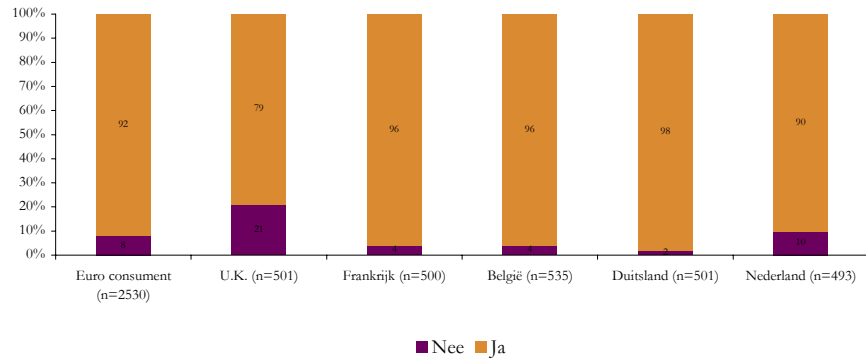
Belgen en Nederlanders zijn hier niet zo zeker van. Slechts respectievelijk 39%\* en 43%\* denkt zeker/wellicht minder vaak naar de arts te gaan als men over voldoende begrijpelijke medische informatie zou beschikken.

### 1.2 Diagnose

Als er aan Europese consumenten een fictieve chronische diagnosesituatie met symptomen die wijzen op diabetes wordt voorgelegd, blijkt dat gemiddeld 92% een voorkeur heeft voor het type medische zorgverlener door wie ze onderzocht zouden willen worden.

De bevolking van de U.K. valt hier uit de toon: hiervan heeft maar liefst 21%\* *geen* voorkeur. In Duitsland daarentegen heeft vrijwel iedereen (98%\*) een voorkeur.

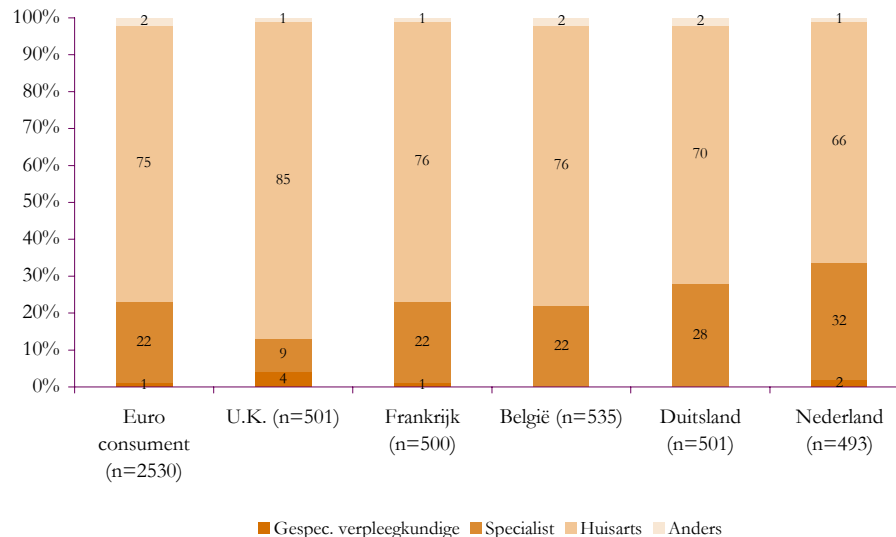
## 6 Heeft u een voorkeur door wie u het liefst diagnostisch onderzocht zou willen worden?



In Nederland heeft 90% van de bevolking een voorkeur voor het type medische zorgverlener door wie ze diagnostisch onderzocht worden.

Maar naar wie gaat de voorkeur dan uit? Het type medische zorgverlener waardoor men het liefst onderzocht wil worden bij klachten die wijzen op diabetes verschilt per land, maar in alle gevallen komt de huisarts sterk naar voren.

## 7 Door wie zou u het liefst diagnostisch onderzocht willen worden (personen met specifieke voorkeur) (uitgesplitst op land)?



In Nederland bestaat er een relatief grote voorkeur voor de specialist (32%\*), terwijl in de U.K. maar een matige belangstelling hiervoor bestaat (9%\*). Daar heeft men een bovengemiddeld grote belangstelling voor de huisarts (85%\*). Voor een diagnostisch onderzoek door een gespecialiseerde verpleegkundige bestaat in alle landen nauwelijks belangstelling (1%). Alleen in de U.K. bestaat hiervoor een lichte belangstelling (4%\*). In Duitsland scoort de specialist opvallend hoog met 28%\*.

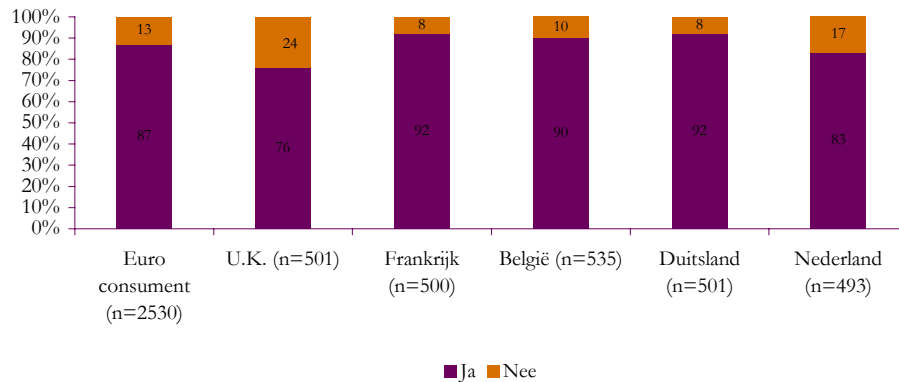
### 1.3 Behandelaar

Als er aan consumenten een fictieve behandelsituatie (in het voorbeeld verwijst men naar een chronische diabetesbehandeling) wordt voorgelegd, blijkt dat gemiddeld 87% een voorkeur heeft voor het type medische zorgverlener door wie ze behandeld zouden willen worden. Bij de diagnose was deze voorkeur nog 92%.

Ook hier valt de bevolking van de U.K. weer op: hiervan heeft maar liefst 24%\* *geen* voorkeur. In Duitsland en Frankrijk heeft vrijwel iedereen (92%\*) een voorkeur voor het type medische

zorgverlener door wie ze het liefst behandeld zouden willen worden.

## 8 Heeft u een voorkeur door wie u het liefst behandeld zou willen worden?

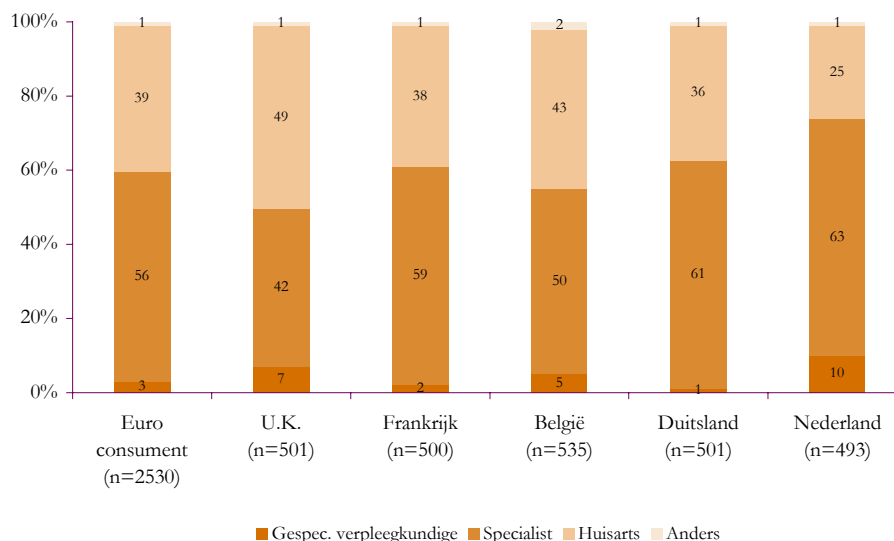


In Nederland heeft 83% van de bevolking een voorkeur voor het type medische zorgverlener door wie ze het liefst chronisch behandeld worden.

Maar naar wie gaat de voorkeur dan uit? Het type medische zorgverlener waardoor men het liefst behandeld wil worden is meestal de specialist (56%). Vooral Nederlanders worden bij een chronische aandoening het liefst door een specialist behandeld (63%\*).

Dit is anders in de U.K. Daar is het de huisarts (49%\*) waar men het liefst een behandeling van ontvangt.

9 **Door wie zou u het liefst behandeld willen worden (personen met specifieke voorkeur)(uitgesplitst naar land)?**



Ook in de behandel fase is de gespecialiseerde verpleegkundige niet de eerste keuze. In Nederland is de verpleegkundige als behandelaar populairder dan in de andere landen (10%<sup>\*</sup>). Engeland scoort met 42%<sup>\*</sup> significant lager ten aanzien van de voorkeur voor de specialist dan de andere landen.

**Preferentie voorschrijver**

Het komt vaak voor dat er meerdere medicijnen op de markt zijn die dezelfde werking hebben, maar verschillen in prijs, bijwerkingen, effectiviteit, toedieningsvorm etc.

Maar wie is degene die beslist welk van deze gelijke medicijnen er voorgeschreven worden? Is dit de behandelaar (huisarts/specialist) of moet de patiënt hier zelf invloed op kunnen uitoefenen? Of wellicht moet de apotheek of de zorgverzekeraar hierbij het laatste woord hebben.

Volgens de Europese consument is het aan de behandelaar (68%) om te bepalen welk van deze medicijnen er voorgeschreven dient te worden. De Duitsers delen deze mening significant vaker dan de andere landen (78%<sup>\*</sup>). Engelsen zijn vaak van mening dat de patiënt dit zelf moet kunnen bepalen (26%<sup>\*</sup>), Fransen willen vaker dat de apotheker deze beslissing neemt (19%<sup>\*</sup>).

**10**      **Wie dient er te bepalen welke medicijnen voorgeschreven worden in het geval van meerdere opties?**

<b>U.K.</b>		<b>Frankrijk</b>	
Behandelaar	59%*	Behandelaar	66%
Patiënt	26%*	Apotheker	19%*
Apotheker	7%	Patiënt	7%
Zorgverzekeraar	2%	Zorgverzekeraar	3%
Behandelaar en patiënt samen	1%	Behandelaar en patiënt samen	0%
<b>België</b>		<b>Duitsland</b>	
Behandelaar	62%	Behandelaar	78%*
Patiënt	17%	Patiënt	14%
Apotheker	11%	Apotheker	4%*
Zorgverzekeraar	4%*	Zorgverzekeraar	1%*
Behandelaar en patiënt samen	1%	Behandelaar en patiënt samen	1%
<b>Nederland</b>		<b>Europese consument</b>	
Behandelaar	62%	Behandelaar	68%
Patiënt	13%	Patiënt	15%
Apotheker	9%	Apotheker	9%
Zorgverzekeraar	6%*	Zorgverzekeraar	2%
Behandelaar en patiënt samen	4%	Behandelaar en patiënt samen	1%

**1.4    Behandelplaats**

Tevens blijkt dat gemiddeld 80% van de Europese consumenten een voorkeur heeft voor waar ze behandeld zouden willen worden in het geval van diabetes. Bij de voorkeur voor de diagnostisch onderzoeker en de behandelaar was dit nog een beduidend hoger percentage (resp. 92% en 87%).

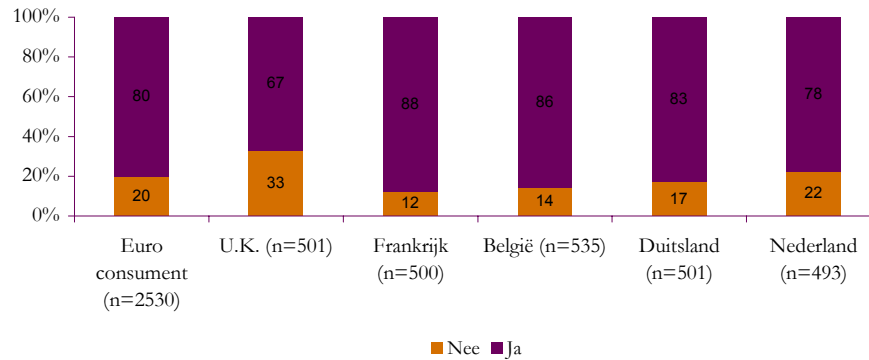
Ook hier blijkt de bevolking van de U.K. weer de minste voorkeur te hebben. Maar liefst 33%\* van de Engelse bevolking heeft *geen* voorkeur voor waar ze behandeld zouden willen worden in het geval van diabetes.

In Frankrijk hebben de meeste mensen (88%\*) een voorkeur



voor waar ze het liefst behandeld zouden willen worden in het geval diabetes.

### 11 Heeft u een voorkeur *waar* u het liefst behandeld zou willen worden?

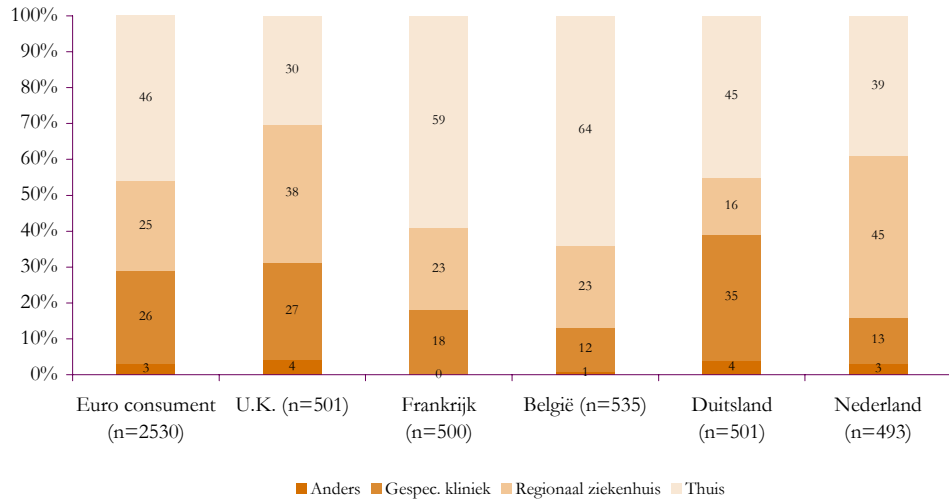


In Nederland heeft 78% van de bevolking een voorkeur voor waar ze het liefst behandeld zouden willen worden in het geval van diabetes.

Maar waar gaat de voorkeur dan naar uit? De plaats waar men het liefst behandeld wil worden bij diabetes is meestal thuis (46%). Vooral Belgen (64%\*) en Fransen (59\*) worden het liefst thuis behandeld.

Dit is wederom anders in de U.K. Daar gaat de voorkeur vooral uit naar het regionale ziekenhuis (38%\*). Ook in Nederland geeft de meerderheid de voorkeur aan het regionale ziekenhuis (45%\*). De gespecialiseerde kliniek vindt de meeste aanhang in Duitsland (35%\*). In Duitsland is de regionale ziekenhuis ook het minst populair onder de bevolking. Slechts 16%\* preferert bij diabetes een behandeling in het regionale ziekenhuis.

**12 Waar zou u het liefst behandeld willen worden bij een chronische aandoening (personen met specifieke voorkeur)(uitgesplitst per land)?**

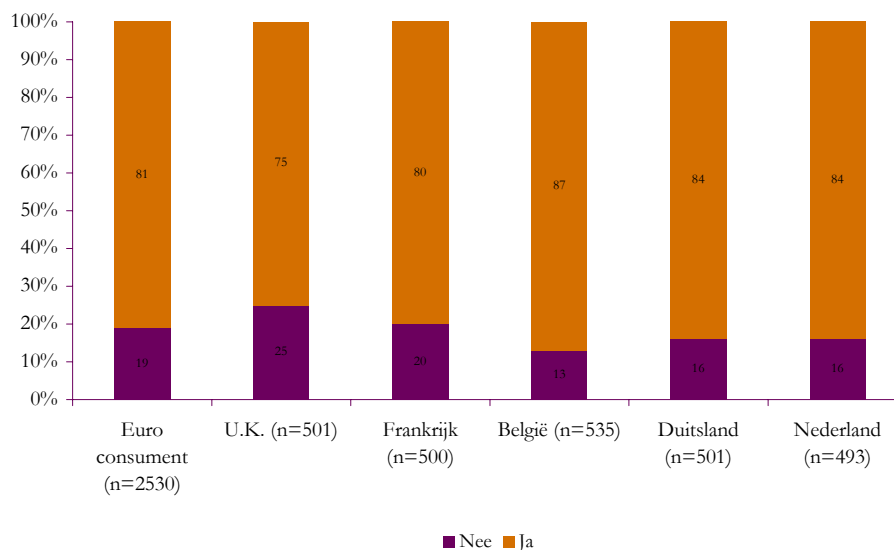


Aan de consumenten wordt een fictieve electieve behandel-situatie voorgelegd. Als voorbeeld wordt een knieoperatie aan-gehaald die niet acuut, maar in de toekomst wel onvermijdelijk is. Er worden twee mogelijke behandelpaatsen voorgelegd. In tegenstelling tot de fictieve situatie waarbij het ging om de chronische aandoening diabetes gaat het hier om een niet acute en niet chronische aandoening.

Uit het onderzoek blijkt dat gemiddeld 81% van de Europese consumenten een voorkeur heeft voor een van de twee opties.

Ook hier weer valt de U.K een beetje uit de toon. Van de bevolking van de U.K. heeft maar liefst 25% geen voorkeur. In België heeft een kleinere groep (13%) geen voorkeur.

**13 Heeft u een voorkeur voor waar u het liefst behandeld zou willen worden bij een electieve aandoening?**

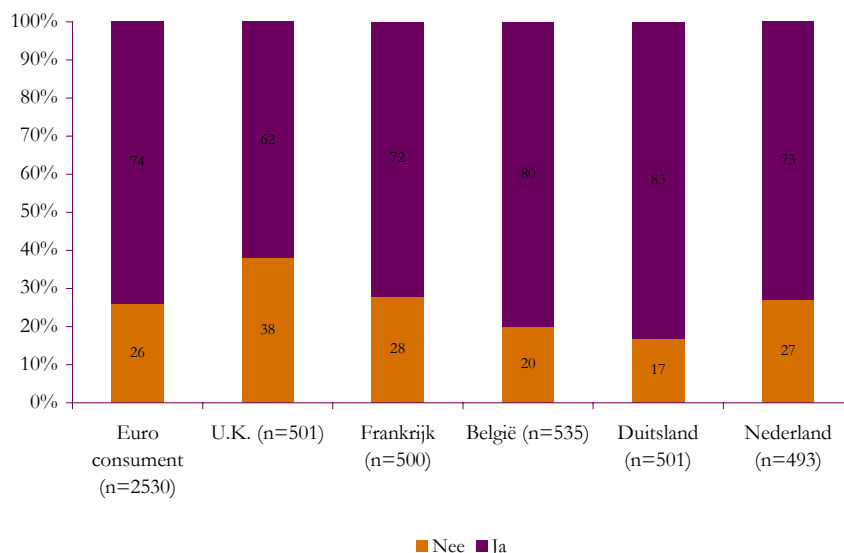


**1.5 Revalidatie**

Aan Europese consumenten wordt een fictieve revalidatiesituatie voorgelegd. Als voorbeeld wordt een rugoperatie genomen waarvan gerevalideerd moet worden. Dit kan op vier mogelijke manieren. Het blijkt dat gemiddeld 74% een voorkeur voor een van de vier geboden opties heeft.

De bevolking van de U.K. spant wederom de kroon: daar heeft 38%\* geen voorkeur.

14 Heeft u een voorkeur voor waar u het liefst gerevalideerd zou willen worden?



De vier mogelijke revalidatieopties waren in een kliniek of thuis, door een fysiotherapeut of een gespecialiseerde revalidatiearts.

Alle vier de opties worden in ongeveer even grote mate geprefereerd. Een revalidatieproces dat thuis door de fysiotherapeut begeleid wordt, blijkt iets vaker geprefereerd te worden dan de rest van de opties (28%).

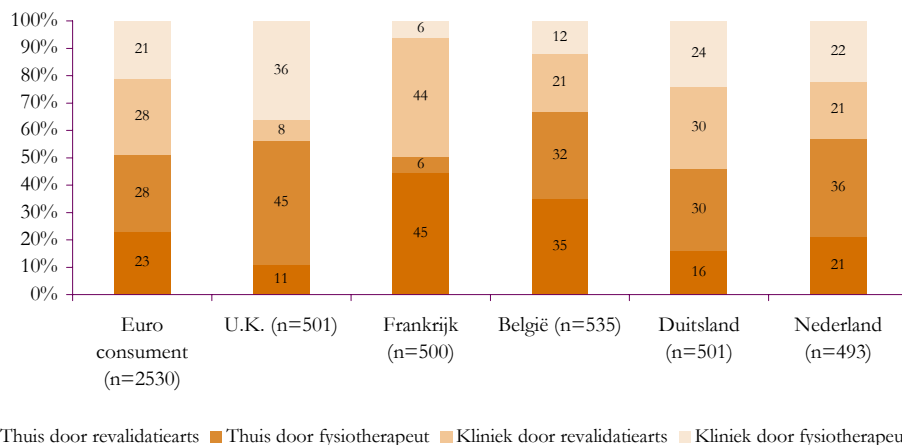
Als er per land apart wordt gekeken, valt het op dat de verschillen in voorkeur groot zijn. De bevolking in de U.K. heeft duidelijk de voorkeur voor een revalidatie die begeleid wordt door de fysiotherapeut. Het maakt niet zoveel uit of de revalidatie thuis (45%\*) of in de kliniek (36%\*) plaatsvindt.

In Frankrijk is het precies andersom. Hier heeft men een duidelijke preferentie voor de revalidatiearts. Ook hier is het om het even of dit nu thuis (45%\*) of in de kliniek (44%\*) is.

In België prefereert men een revalidatiebehandeling thuis. Hier maakt het weinig uit of dit door de fysiotherapeut (32%) of door de revalidatiearts (35%\*) begeleid wordt.

In Duitsland en Nederland zijn de voorkeuren geheel verdeeld. De meeste voorkeur in Nederland gaat uit naar een thuisbehandeling door de fysiotherapeut (36%\*).

**15 Op welke manier zou u het liefst gerevalideerd willen worden (personen met specifieke voorkeur)(uitgesplitst per land)?**



In een tabel ziet deze voorkeur er als volgt uit:

**16 Op welke manier zou u het liefst gerevalideerd willen worden (personen met specifieke voorkeur)(uitgesplitst per land)?**

U.K.	Frankrijk
Thuis door fysiotherapeut 45%*	Thuis door revalidatiearts 45%*
In kliniek door fysiotherapeut 36%*	In kliniek door revalidatiearts 44%*
Thuis door revalidatiearts 11%*	In kliniek door fysiotherapeut 6%*
In kliniek door revalidatiearts 8%*	Thuis door fysiotherapeut 6%*
België	Duitsland
Thuis door revalidatiearts 35%*	Thuis door fysiotherapeut 30%
Thuis door fysiotherapeut 32%	In kliniek door revalidatiearts 30%
In kliniek door revalidatiearts 21%*	In kliniek door fysiotherapeut 24%
In kliniek door fysiotherapeut 12%*	Thuis door revalidatiearts 16%*

Nederland	
Thuis door fysiotherapeut	36%*
In kliniek door fysiotherapeut	22%
In kliniek door revalidatiearts	21%*
Thuis door revalidatiearts	21%

(\*): significant verschillend op 95% betrouwbaarheidsniveau ten opzichte van de andere landen

## 2 Gepercipieerde waarde

Uiteraard is het mogelijk om de gezondheidszorg in Europa te verbeteren en te vernieuwen. Zaken die verbeterd zouden kunnen worden zijn kwaliteit en toegankelijkheid. Maar zijn consumenten bereid om meer te betalen aan (een verbeterde) gezondheidszorg, of nemen ze genoegen met een zorgstelsel dat niet optimaal functioneert en waarbij de keuzemogelijkheden beperkt zijn? Met andere woorden: wat is de gepercipieerde waarde van een uitbreiding van de keuzevrijheid in de gezondheidszorg?

In het onderzoek zijn vijf fictieve situaties uit de diagnose-, behandel-, en revalidatiefase aan consumenten voorgelegd. Per fictieve situatie is gevraagd of men bereid is extra premie te betalen voor meer keuzemogelijkheden.

De vijf fictieve situaties zijn als volgt voorgelegd:

- Diagnosefase: Bent u bereid extra premie te betalen om zelf te mogen kiezen door *wie* u **onderzocht** wordt?
- Behandelfase: Bent u bereid extra premie te betalen om zelf te mogen kiezen door *wie en waar* u **behandeld** wordt?
- Medicatie: Bent u bereid extra premie te betalen om te kiezen *waarmee* u **behandeld** wordt?
- Wachtlijsten: Bent u bereid extra premie te betalen om te kiezen hoe **snel** u behandeld wordt?
- Revalidatie: Bent u bereid extra premie te betalen voor keuze bij de **revalidatie**?

In dit hoofdstuk zal *per land* bekeken worden wat de verschillen zijn in de gepercipieerde waarde van een uitbreiding van de keuzevrijheid in de gezondheidszorg. Tevens zal bij iedere uitkomst *het totaal* getoond worden. Dit totaal is de gehele steekproef (n=2530), herwogen op de Europese bevolkingscijfers (aangezien de deelnemende landen grote verschillen in bevolkingsomvang vertonen).

De consumenten uit de verschillende Europese landen hebben de meeste extra premie over voor toegang tot de nieuwste generatie medicijnen (46%). Nederlanders zijn hiertoe het vaakst bereid (52%\*).

17 Respondenten die bereid zijn om extra premie te betalen om zelf te mogen kiezen (hoogte extra premie nog niet bekend) (in %).

	Euro consument n=2530	U.K. n=501	Frankrijk n=500	België n=535	Duitsland n=501	Nederland n=493
Keuze in diagnostisch onderzoeker	31	32	35*	34	27*	36
Keuze in behandelaar en behandelplaats	39	38	39	40	39	40
Keuze in soort behandeling	44	45	41*	47	45	52*
Keuze in snelheid van behandeling	39	51*	33*	34	34*	46*
Keuze in revalidatie	38	44*	30*	36	40	40
Geen enkele uitbreiding gekozen	35	36	40*	32	35	24*

(\*): significant verschillend op 95% betrouwbaarheidsniveau ten opzichte van de rest

Het is opvallend te noemen dat Duitsers relatief weinig extra premie over hebben voor keuzemogelijkheden in het diagnostisch onderzoek (27%<sup>\*</sup>). Engelsen hebben vaker extra premie over voor een snellere behandeling (51%<sup>\*</sup>), terwijl de Fransen dit aspect weer stukken minder interessant vinden (33%<sup>\*</sup>).

Fransen hebben het vaakst voor geen enkele uitbreiding van keuzemogelijkheden extra premie over (40%<sup>\*</sup>). De bevolkingen van de U.K. en van Nederland hebben relatief vaak extra premie over voor een snellere behandeling (resp. 51%<sup>\*</sup> en 46%<sup>\*</sup>). Consumenten uit de U.K. hechten meer waarde aan keuzevrijheid bij revalidatie/herstel dan gemiddeld (44%<sup>\*</sup>).

Om de *extra premie* een reële waarde te geven, is er vervolgens een maandelijks premiebedrag aan verbonden. Omdat vier van de vijf betrokken landen in de zogenoemde Euro-zone liggen, is de extra premie in dit onderzoek gesteld op een bedrag van € 2,50 per maand. Alleen de U.K. heeft een andere valuta. Om te corrigeren voor het verschil in koopkracht is voor U.K. een uitzondering gemaakt. Hier is gekozen voor £ 2,50.

Als aan consumenten die bereid te zijn extra premie te betalen voorgelegd wordt wat het financiële effect hiervan is, blijkt het totaalbedrag velen (18%) er toch van te weerhouden.



In de onderstaande tabel staan de gekozen uitbreidingen van het zorgpakket, waarbij de respondent bereid is per uitbreiding € 2,50 per maand aan extra premie te betalen. Tussen haakjes staan de percentages bereidwilligen wanneer de hoogte van de extra premie nog niet bekend is. Zo kan er in een oogopslag afgelezen worden wat het effect is van het concreet benoemen van de kostenconsequentie.

**18 Respondenten die bereid zijn om extra premie te betalen om zelf te mogen bepalen (hoogte extra premie wel bekend) (in %).**

	Euro consument n=2530	U.K n=501	Frankrijk n=500	België n=535	Duitsland n=501	Nederland n=493
Keuze in <b>diagnostisch</b> onderzoeker	26 (31)	22* (32)	30* (35*)	23 (34)	26 (27*)	31* (36)
Keuze in <b>behandelaar en behandelplaats</b>	33 (39)	28* (38)	34 (39)	31 (40)	36 (39)	37 (40)
Keuze in soort <b>behandeling</b>	39 (44)	36 (45)	35* (41*)	37 (47)	42 (45)	47* (52*)
Keuze in <b>snelheid</b> van behandeling	33 (39)	39* (51*)	29* (33*)	28* (34*)	31 (34*)	42* (46*)
Keuze in <b>revalidatie</b>	32 (38)	32 (44*)	26* (30*)	27* (36)	36* (40)	35 (40)
<b>Geen</b> enkele uitbreiding gekozen	42 (35)	46 (36)	47* (40*)	39 (32)	38* (35)	28* (24*)

(\*): significant verschillend op 95% betrouwbaarheidsniveau ten opzichte van de rest

Als op de kostenconsequenties wordt gewezen, blijken Nederlanders het vaakst extra premie over te hebben voor een snellere behandeling (42%\*) en toegang tot de nieuwste generatie medicijnen (47%\*). Keuzevrijheid bij de revalidatie spreekt Duitsers het meest aan (36%\*). De bevolking van de U.K. heeft ten opzichte van de andere landen in de minste gevallen extra premie over voor keuzevrijheid in de behandelfase (28%\*). Het percentage van de bevolking dat helemaal niet bereid is tot het betalen van extra premie is in Frankrijk het hoogst (47%\*) en Nederland het laagst (28%\*).

De gemiddelde Europese consument blijkt bereid te zijn 4,10 Euro aan extra premie per maand te spenderen. Dit gemiddel-

de is inclusief de mensen (gemiddeld 42%) die helemaal geen extra premie willen betalen.

Per land is dit gemiddelde zeer verschillend. Nederlanders hebben de meeste extra premie (4,80 Euro) over voor een uitbreiding van hun keuzevrijheid. De hoeveelheid uitbreidingen waar men per persoon interesse in heeft blijkt per land verschillend te zijn.

### 19 Bereidheid tot het betalen van extra premie (verdeling) (in %)

	Euro consument n=2530	U.K. ** n= 500	Frankrijk n=500	België n=535	Duitsland n=501	Nederland n=493
€ 0	42	46	47*	39	38*	28*
€ 2,5	17	17	14*	23*	17	20
€ 5	11	8*	10	13	12	17*
€ 7,5	10	8	7*	10	13*	12
€ 10	10	9	9	6*	10	12
€ 12,5	11	13	13	9	10	11
Gemiddelde	€ 4,1	£ 3,9	€ 3,8	€ 3,7	€ 4,2	€ 4,8
Mediaan	€ 2,5	£ 2,5	€ 2,5	€ 2,5	€ 2,5	€ 5

(\*): significant verschillend op 95% betrouwbaarheidsniveau ten opzichte van de rest

(\*\*): de premie is in de U.K. in Britse pond gevraagd

Indien de resultaten gecumuleerd worden, ervan uitgaande dat een persoon die bereid is € 12,50 extra premie te betalen ook bereid is om € 10 extra premie te betalen enz., ontstaat het volgende beeld:

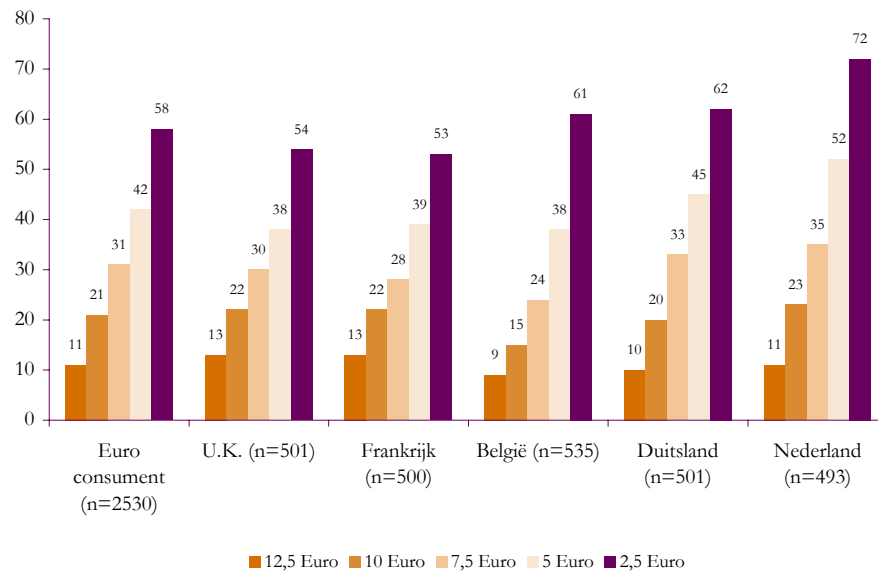
### 20 Gecumuleerde bereidheid tot het betalen van extra premie (in %)

	Euro consument n=2530	U.K. ** n= 500	Frankrijk n=500	België n=535	Duitsland n=501	Nederland n=493
12,5 Euro	11	13	13	9	10	11
10 Euro	21	22	22	15	20	23
7,5 Euro	31	30	29	25	33	35
5 Euro	42	38	39	38	45	52
2,5 Euro	58	54	53	61	62	72

(\*\*): De premie is in de U.K. in Britse pond gevraagd

Gevisualiseerd ontstaat het volgende plaatje:

## 21 Gecumuleerde bereidheid tot het betalen van extra premie



De consumenten in Nederland zijn het meest bereid tot het betalen van extra premie in ruil voor een grotere keuzevrijheid in zorgsituaties. Bijna driekwart van de Nederlanders (72%) is bereid € 2,50 of meer aan extra premie te betalen. In Frankrijk is dit slechts 53% van de bevolking. In Nederland is meer dan de helft van de bevolking (52%) bereid om € 5 of meer extra te betalen, terwijl dit in België en de U.K. slechts 38% van de bevolking is.

### 3 Innovatieve behandelmethoden

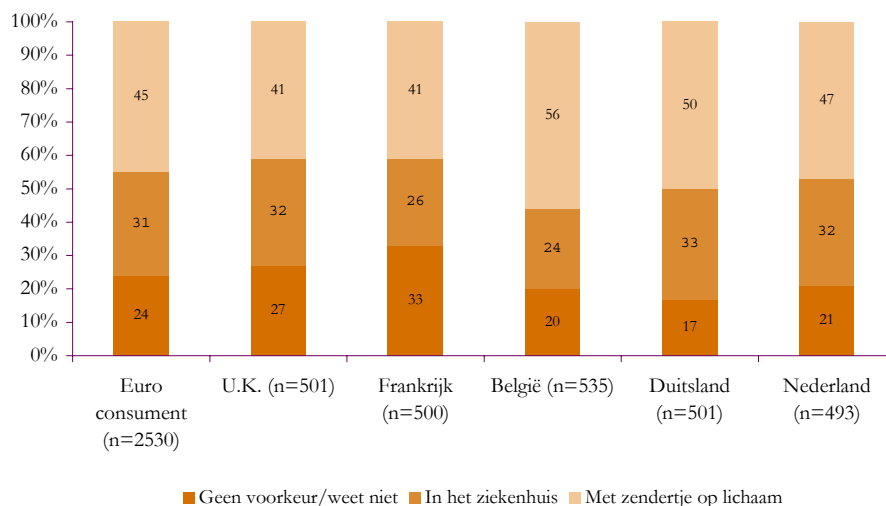
De wetenschap staat niet stil. Ook niet in de medische sector. Continu worden er nieuwe medicijnen, innovatieve toedieningsvormen en verbeterde zorgvormen ontwikkeld. Maar zijn consumenten wel geïnteresseerd in innovatieve vormen van zorgverlening en medicatie?

Om een eerste indruk te krijgen zijn er verschillende fictieve zorgsituaties aan de respondenten voorgelegd. In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar de internationale verschillen.

#### *Attitude innovatieve bloeddrukmeting/bewaking*

Een innovatieve manier om bloeddruk te meten, via een zendertje op het lichaam, blijkt ongeveer de helft van de Europese consumenten aan te spreken (45%). Belgen (56%\*) staan het meest open voor de innovatieve manier van bloeddruk meten. Een aanzienlijk deel van de Fransen heeft geen mening over deze innovatie (33%\*).

#### 22 Naar welke manier van bloeddrukmeten gaat uw voorkeur uit?

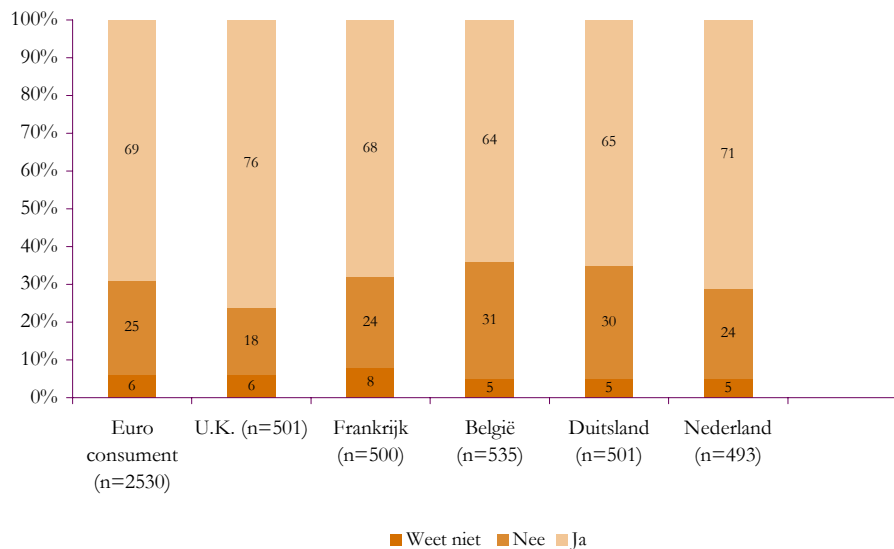


### *Attitude innovatieve zorgmethode*

Om de attitude ten aanzien van vernieuwingen op een ander vlak te meten is er tevens een andere semi-fictieve zorgsituatie aan de respondenten voorgelegd. In deze situatie draait het om de begeleiding van een patiënt tijdens het gehele ziekteverloop door een zorgconsulent. Een zorgconsulent neemt veel zaken uit handen van de patiënt zoals bijvoorbeeld plannen en informatie inwinnen. Deze vorm van patiëntbegeleiding bestaat al in de U.K., maar in de andere landen is dit fenomeen (nog) niet in de praktijk gebracht.

Uit het onderzoek blijkt dat er wel degelijk belangstelling voor deze vorm van begeleiding bestaat. Bijna zeven van de tien Europese respondenten (69%) geven aan dat ze tijdens een ziekteverloop door een zorgconsulent begeleid zouden willen worden. De hoge belangstelling in de U.K. (76%\*) zou uiteraard verklaard kunnen worden door het feit dat deze vorm van zorg daar al in de praktijk gebracht is.

### **23 Zou u tijdens een ziekteverloop door een zorgconsulent begeleid willen worden?**



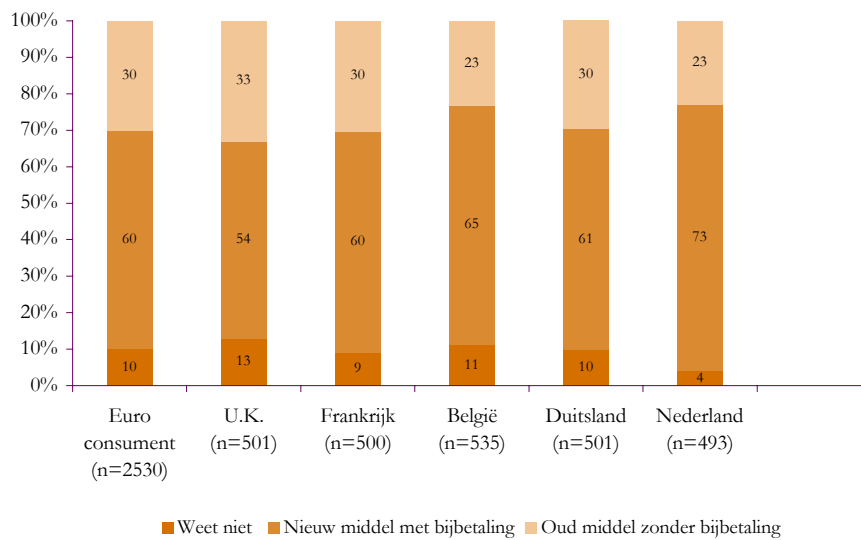
### *Attitude innovatieve medicatie*

Hoe mensen staan tegenover innovatieve medicatie is getest door middel van een fictieve chronische zorgsituatie. Respondenten hebben hierbij de keuze tussen het gebruik van een middel waarvoor ze geen eigen bijdrage hoeven te betalen, en

een nieuw middel met minder bijwerkingen waarvoor wel een eigen bijdrage betaald moet worden.

Zes van de tien Europeanen kiezen ondanks de eigen bijdrage voor het nieuwe middel met minder bijwerkingen (60%). Nederlanders zijn hier het meest (73%\*), inwoners van de U.K. zijn hier het minst toe bereid (54%\*).

**24 Kiest u voor het gebruik van een middel waarvoor geen eigen bedrage betaald hoeft te worden of voor een nieuw middel met minder bijwerkingen waarvoor wel een eigen bijdrage betaald moet worden?**



## 4 Transnationaal verkeer

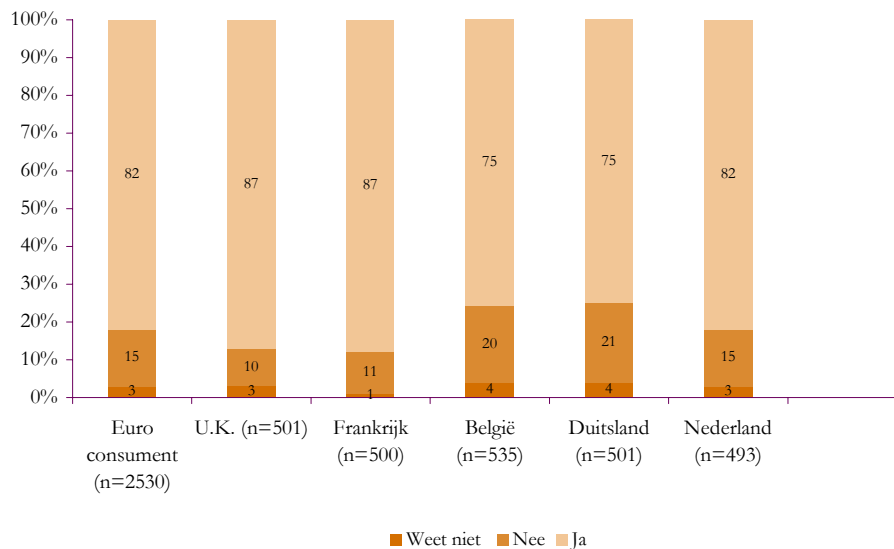
Europa wordt op vele gebieden meer en meer één. Waarschijnlijk zal er in de toekomst ook op het gebied van de zorg een steeds intensievere samenwerking plaats gaan vinden.

In dit toekomstige scenario zal bijvoorbeeld een wachtlijstprobleem in het ene land deels kunnen worden opgelost door transnationaal zorgverkeer. Maar willen consumenten wel naar het buitenland afreizen voor een bijvoorbeeld een snellere of meer innovatieve behandeling? Willen consumenten überhaupt wel enkele uren reizen voor een medische behandeling?

### *Betere behandeling*

De bereidheid om enkele uren te reizen voor een specialist die buitengewoon goed aangeschreven staat is groot (82%).

### 25 Bent u bereid enkele uren te reizen voor een behandeling door een specialist die buitengewoon aangeschreven staat?



Het zijn vooral de Fransen en de Engelsen die reisbereid zijn (87%<sup>\*</sup>). Belgen en Duitsers hebben de minste bereidheid tot reizen (beide 75%<sup>\*</sup>).

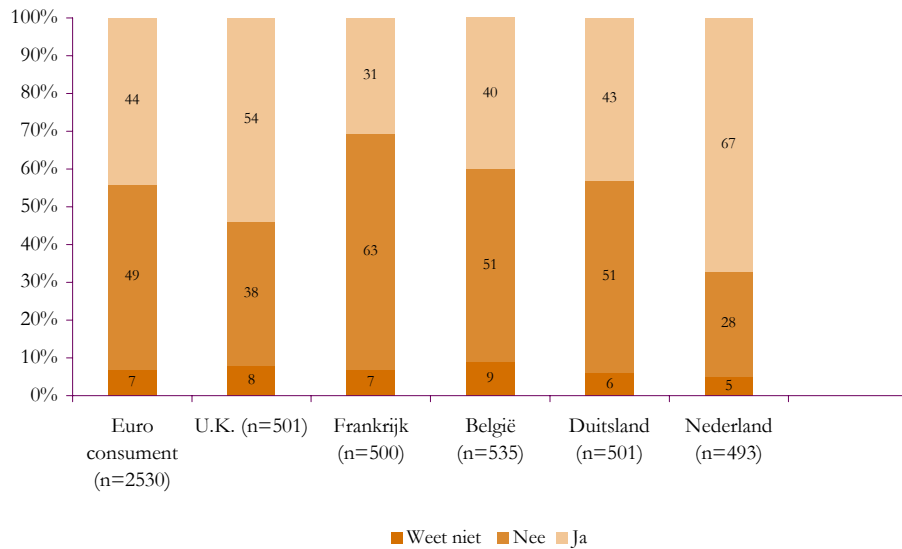
### *Wachtlijst omzetting*

Uit het onderzoek blijkt dat minder dan de helft van de Euro-

peanen (44%) bereid is om naar het buitenland af te reizen voor een bepaalde behandeling waarvoor in het eigen land een wachtlijst is.

In Nederland is deze bereidheid tot reizen veruit het grootst (67%). In Frankrijk blijft de bevolking toch liever in eigen land voor een behandeling (63%\*).

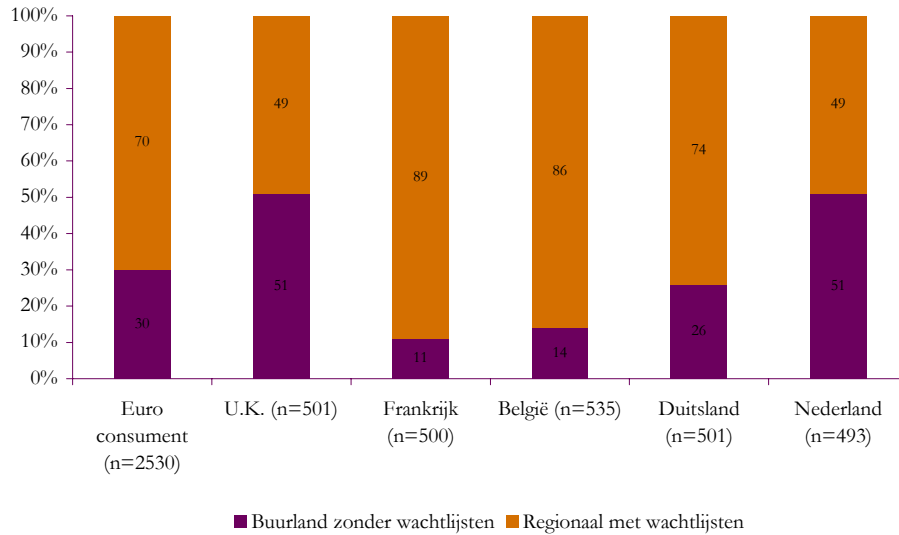
**26 Bent u bereid om naar het buitenland af te reizen voor een behandeling waarvoor u in eigen land op een wachtlijst moet staan?**



Zoals we in paragraaf 1.5 al zagen verschillen de voorkeuren enorm indien er gekozen dient te worden tussen electieve behandeling in een regionaal ziekenhuis met wachtlijst of een electieve behandeling in een buurland zonder wachtlijst. Het verschil met de vorige grafiek is dat er hier uitgegaan is van de mensen die aangegeven hebben een voorkeur voor een van de beide opties te hebben. In grafiek 27 is uitgegaan van de gehele populatie.



27 **Waar zou u het liefst electief behandeld willen worden (personen met specifieke voorkeur) (uitsplitst per land)?**

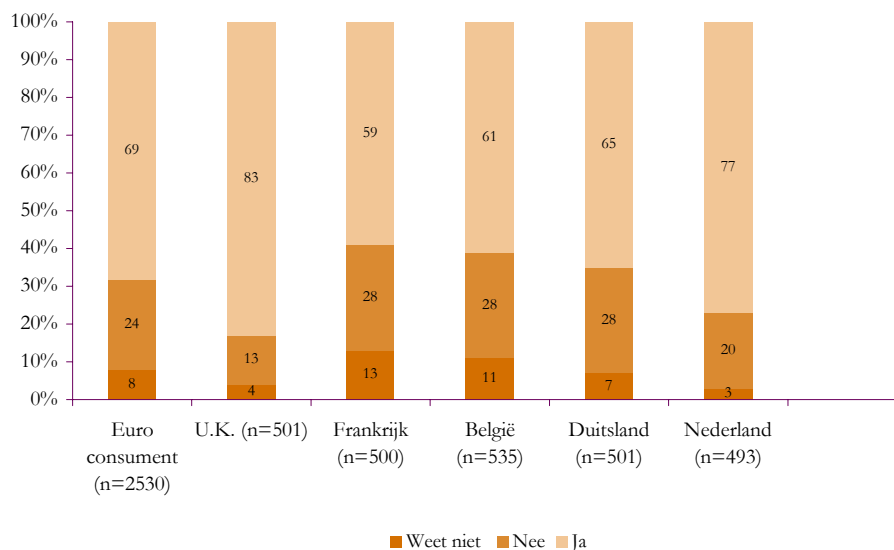


*Attitude Europees medisch expertisecentrum*

Tevens komt uit het onderzoek naar voren dat de meerderheid van de ondervraagden positief tegenover een Europees medisch expertisecentrum staat (69%). Iets minder dan een kwart van de Europese respondenten (24%) geeft aan niet in een dergelijk Europees zorgcentrum behandeld te willen worden indien dit noodzakelijk zou zijn.

De bevolking van de U.K. staat met die van Nederland (77%\*) het meest positief tegenover een Europees medisch expertisecentrum (83%\*). De Fransen (59%\*) met de Belgen (61%\*) tonen de minste belangstelling.

28 **Zou u, indien nodig, in een Europees medische expertisecentrum behandeld willen worden?**



**Deel 2**

**Vergelijking op**

**socio-demografische**

**groepen**

## 5 Sekse

### 5.1 Informatiezoekgedrag

Hoewel de medische zorgverlener (huisarts en specialist) de meest gewenste informatieverschaffer is, blijkt dat met name het Internet de seksen verdeelt: mannen zoeken daar aanzienlijk vaker dan vrouwen, bij voorkeur voor hun medische informatie (34% resp. 27%). De apotheek is met name voor vrouwen een plek waar men graag informatie ontvangt (vrouwen 48%\*, mannen 40%\*).

#### 29 Uit welke bron zou u bij voorkeur medische informatie willen ontvangen (in %)?

	man n=1221	vrouw n=1306
Medische zorgverleners	63	67
Apotheek	40*	48*
Internet	34*	27*
TV/ krant/ tijdschrift	33	37
Medisch naslagwerk	20*	27*
Patiëntenvereniging	5	5
Overheid	7	5
Geneesmiddelfabrikanten	5	4
Geen van deze	5*	3*

### 5.2 Voorkeur bij zorgtraject

De huisarts is verreweg de belangrijkste persoon bij wie men te rade gaat als er een probleem ontstaat en in mindere mate als er een behandeling moet plaatsvinden.

Mannen blijken een grotere voorkeur voor de medisch specialist aan de dag te leggen dan vrouwen. Dit geldt in lichte mate voor de diagnosefase (24% mannen, 20% vrouwen) en in grotere mate voor de behandelingsfase (61%\* resp. 52%\*). Mannen hebben geen andere voorkeur als het aankomt om thuis of in het ziekenhuis behandeld te worden. Wel zijn mannen veel meer dan vrouwen bereid om bij een electieve aan-

doening zich in een buitenlands ziekenhuis te laten opereren, wanneer ze daardoor aan een lange wachtlijst kunnen ontkomen (34%\* mannen, 26%\* vrouwen).

In de revalidatiefase kiezen mannen significant vaker voor de optie kliniek/fysiotherapeut dan vrouwen (24%\* versus 19%\*), terwijl vrouwen weer vaker kiezen voor de optie thuis/fysiotherapeut (32%\* versus 23%\*).

Mannen zijn meer dan vrouwen bereid om de portemonnee te trekken in ruil voor grotere keuzemogelijkheden (€ 4,2 tegenover € 3,9). Vooral de toegang tot de nieuwste generatie medicijnen is in dit opzicht voor mannen belangrijk (41% mannen versus 37% vrouwen).

**30 Respondenten die bereid zijn om extra premie te betalen om zelf te mogen bepalen (hoogte extra premie *wel* bekend)(naar geslacht, in %).**

	man n=1221	vrouw n=1306
Keuze in <i>diagnostisch</i> onderzoeker	27 (31)	26 (32)
Keuze in <i>behandelaar</i> en <i>behandelplaats</i>	33 (38)	33 (39)
Keuze in soort <i>behandeling</i>	41 (45)	37 (44)
Keuze in <i>snelheid</i> van behandeling	34 (38)	32 (40)
Keuze in <i>revalidatie</i>	33 (38)	31 (38)
<i>Geen</i> enkele uitbreiding gekozen	41 (37)	42 (34)

**5.3 Transnationaal**

Niet alleen in een electieve situatie maar ook in het algemeen zijn mannen meer reisbereid dan vrouwen om op die manier niet op een wachtlijst te hoeven (50%\* versus 40%\*). Mannen staan iets positiever tegenover het Europese expertisecentrum dan vrouwen (70% resp. 68%).

#### **5.4 Innovatie**

Ten aanzien van innovatie is er geen eenduidig beeld. Zoals bekend is in dit onderzoek de houding ten opzichte van innovatie door drie voorbeelden gemeten: het meten van bloeddruk via een zendertje, het instellen van een zorgconsulent en het bijbetalen voor de modernste geneesmiddelen. Vrouwen blijken positiever te staan tegenover de bloeddrukmeting via de zender (48% resp. 43%) en tegenover de zorgconsulent (72%\* resp. 66%\*), maar minder gespitst op de allernieuwste geneesmiddelen (56%\* resp. 63%\*).

## 6 Leeftijd

### 6.1 Informatiezoekgedrag

Jongeren geven vaker dan ouderen de voorkeur aan het Internet (45%\* versus 36%\* en 12%\*). Voor alle leeftijdsgroepen is informatie, via de zorgverlener, het meest populair.

#### 31 Uit welke bron zou u bij voorkeur medische informatie willen ontvangen (naar leeftijd, in %)?

	18-34 n=734	35-54 n=941	55+ n=851
Medische zorgverleners	62	65	69*
Apotheek	45	44	43
Internet	45*	36*	12*
TV/ krant/ tijdschrift	36	36	34
Medisch naslagwerk	26	25	20*
Patiëntenvereniging	5	6	5
Overheid	7	8	4*
Geneesmiddelfabrikanten	4	4	5
Geen van deze	2*	3	7*

### 6.2 Voorkeur bij zorgtraject

Als er aan Europese consumenten een fictieve diagnosesituatie wordt voorgelegd, blijkt dat gemiddeld 92% een voorkeur heeft voor de persoon door wie ze onderzocht zouden willen worden.

Europese jongeren tussen 18-34 jaar (86%\*) hebben significant minder vaak een preferentie dan 55-plussers (96%\*).

De meeste mensen met een preferentie (75%) geven er de voorkeur aan om in eerste instantie door de huisarts onderzocht te worden. Jongeren (72%) wat minder dan gemiddeld.

Wel geven jongeren – veel meer dan ouderen – in zeer grote mate de voorkeur aan een specialist wanneer het op de behan-

deling aankomt. Zoals eerder beschreven ging het in dit voorbeeld om een hypothetisch geval van diabetes (68%\* van de jongeren versus 46%\* van de 55-plussers). Het vertrouwen in de huisarts ten aanzien van de behandeling van diabetes is bij de jongeren gering (slechts 27%\* geeft de voorkeur aan behandeling door de huisarts).

**32 Voorkeur voor behandeling door huisarts resp. specialist (bij diabetes) (in %).**

	18-34 jr	35-54 jr	55+	totaal
Huisarts	27*	39	50*	39
Specialist	68*	56	46*	56

De grote voorkeur voor een behandeling door de specialist bij jongeren gaat niet gepaard met een grotere voorkeur voor een behandeling in het ziekenhuis; jongeren hebben (meer dan ouderen) vaker geen voorkeur voor een plaats waar men behandeld wil worden (28%\* 'geen voorkeur' bij jongeren, tegen 16%\* bij mensen tussen 35-54 jaar).

Jongeren zijn in relatief hoge mate bereid extra offers te brengen om maar aan wachtlijsten te kunnen ontkomen. De bereidheid om naar het buitenland te gaan of een hogere eigen bijdrage te betalen is onder jongeren groot.

**33 Inspanningen die men zich wil getroosten om niet op een wachtlijst te hoeven (in %).**

	18-34 jr	35-54 jr	55+	totaal
Wil voor electieve operatie naar buitenland	36*	30	23*	30
Ben bereid extra premie te betalen voor snellere behandeling	49*	37	33*	39

Op het gebied van revalidatie hebben jongeren minder vaak een voorkeur voor een bepaalde behandeloptie dan ouderen (69%\* van de jongeren versus 77%\* van de 55-plussers heeft een voorkeur).

Indien er sprake is van een voorkeur gaat deze bij de jongeren vaker uit naar de kliniek/fysiotherapeutoptie (27%\* van de ouderen versus 18%\* van de 55-plussers). 55-plussers zijn vaker gecharmeerd van de kliniek/revalidatiearts optie (31%\*).



Samengevat: jongeren hebben over het algemeen minder voorkeur voor een bepaalde behandelaar dan ouderen (en als ze een voorkeur hebben, dan liever de specialist dan de huisarts), maar aan de andere kant hebben ze een hekel aan wachtlijsten en zijn ze meer dan anderen bereid om zich hieraan te onttrekken.

Opvallend is dat jongeren in het algemeen minder voorkeur hebben, maar desondanks toch meer *explicietere preferenties* verlangen. Ze zijn ook bereid om het hierbij behorende prijskaartje te honoreren: een jongere is bereid om voor meer keuzemogelijkheden maandelijks € 4,8 te funderen, tegen € 3,5 voor mensen boven de 55 jaar.

Ten aanzien van de wachtlijsten zijn jongeren dus in grote mate bereid de portemonnee te trekken.

### 6.3 Transnationaal

Als de vigerende opinie van de jongeren wordt gecontinueerd zullen de landsgrenzen ten aanzien van de gezondheidszorg vervagen: men is veel meer dan ouderen bereid om de zorgconsumptie over de grens te betrekken. Reeds eerder is aangetoond dat jongeren er weinig problemen mee hebben om in het buitenland behandeld te worden wanneer daardoor wachtlijsten omzeild kunnen worden. Tevens blijkt dat jongeren veel positiever tegenover een toekomstig Europees expertisecentrum staan dan ouderen. Een en ander is in de onderstaande tabel samengevat.

**34 Attitude ten opzichte van zorg uit het buitenland (in %).**

	18-34 jr	35-54 jr	55+	totaal
Voorkeur voor buitenland zonder wachtlijsten	36*	30	23*	30
Bereid af te reizen naar buitenland voor wachtlijstomzeiling	53*	49*	32*	44
Behandeling in Europees expertisecentrum	77	71	59	69

## 6.4 Innovatie

Van jongeren verwacht men een positievere houding ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen. Wordt dit ten aanzien van de zorg ook bewaarheid? Dit wordt (weer) voor een drietal zaken bekeken: het meten van de bloeddruk via een zender, de houding ten opzichte van een zorgconsulent en de toegang tot de nieuwste geneesmiddelen (met bijbetaling).

Toch is het beeld minder eenduidig dan wellicht verwacht mocht worden: ten aanzien van toegang tot modernste geneesmiddelen en de houding tegenover een zorgconsulent blijkt zonder meer dat jongeren dergelijke ontwikkelingen meer verwelkomen dan de 55-plussers. De houding van de groep 'rond de veertig' wijkt niet zo heel veel af van die van de jongste leeftijdscategorie. Deze groep is verreweg het meest positief over het meten van de bloeddruk via een zender. Kortom: jongeren staan niet zonder meer het meest positief tegenover nieuwe ontwikkelingen.

**35 Houding ten opzichte van nieuwe ontwikkelingen(in %).**

	18-34 jr	35-54 jr	55+	totaal
Bloeddrukmeten via zender	42	52*	42	45
Houding ten opzichte van zorgconsulent	78*	71	59*	69
Bereidheid tot eigen bijdrage nieuwste geneesmiddelen	64	64*	52*	60

## 7 Opleiding

In het sociaal onderzoek blijken veel zaken die sterk naar leeftijd differentiëren, dit tevens ten aanzien van opleiding te doen. De oorzaak is duidelijk: jongeren zijn gemiddeld hoger opgeleid dan ouderen. Doorsnijdingen naar opleiding laten daarom vaak parallellen zien tussen enerzijds, hoger opgeleiden en anderzijds jongeren. Het is de vraag of dit soort parallellen ook ten aanzien van het kiezen in de zorg te ontdekken valt.

### 7.1 Informatiezoekgedrag

In alle opleidingsgeledingen is de zorgverlener (huisarts of specialist) de meest geprefereerde bron van informatie. Uit het onderzoek blijkt dat Europese consumenten (65%) medische informatie het liefst willen ontvangen van medische zorgverleners (zoals artsen en specialisten).

Lager opgeleiden nemen graag via de media (tv/radio/gedrukte media) medische informatie tot zich. Hoger opgeleiden geven blijk van een grote voorkeur voor het Internet. De hoger opgeleiden verkiezen nog het vaakst het medisch naslagwerk.

#### 36 Uit welke bron zou u bij voorkeur medische informatie willen ontvangen (in %)?

	lager n=476	middelbaar n=1042	hoger n=633	wetenschappelijk n=359
Internet	18*	28	36*	41*
Medisch naslagwerk	17*	21	25	34*

### 7.2 Voorkeur in de zorgketen

Lager opgeleiden blijken significant vaker geen voorkeur te hebben voor de diagnostisch onderzoeker dan respondenten die hoger onderwijs gevolgd hebben (4%\* versus 14%\*).

Het is al vaker opgemerkt: het gros van de mensen laat zich in eerste instantie het liefst door de huisarts onderzoeken. Opval-

lend genoeg zijn het juist de lager opgeleiden die in dit stadium van de ‘zorgketen’ een relatief grote voorkeur voor de specialist aan de dag leggen (29%\* tegen 22% gemiddeld).

Hoewel de laagopgeleiden – zoals net geconcludeerd werd – het meest de specialist al in de diagnosefase in het proces willen betrekken, blijkt dat wanneer het op behandelen aankomt de specialist evenveel geprefereerd wordt als de huisarts (49%\* beiden). De verdeling van de preferentie over huisarts en specialist, zowel ten aanzien van de diagnose als van de behandeling, wordt in tabel 38 samengevat.

**37 Preferentie voor huisarts resp. specialist in diagnose- en behandelingsfasen (in %).**

	lager n=476	middelbaar n=1042	hoger* n=633	wetenschappelijk n=359	totaal n=2530
<i>Preferent in diagnosefase</i>					
Huisarts	68*	76	79	76	75
Specialist	29*	21	19	22	22
<i>Preferent in behandelingsfase</i>					
Huisarts	49*	40	36	30*	39
Specialist	49*	55	58	64*	56

Hoger opgeleiden zijn wat vaker indifferent ten aanzien van *waar* men behandeld wordt (thuis of in het ziekenhuis) dan lager opgeleiden (23% versus 17%).

Van de respondenten die een voorkeur hebben, blijken lager opgeleiden in iets grotere mate thuis te willen worden behandeld (47% van de lager opgeleiden versus 40% van de wetenschappelijk opgeleiden)

Bij het revalidatieproces hebben de lager opgeleiden vaker een voorkeur voor een van de behandelopties dan HBO-ers (80%\* versus 69%\*).

Wetenschappelijk opgeleiden kiezen vaker dan de rest voor de kliniek/fysiotherapeut optie (30%\*).

Opvallend is het dat het niet de academisch gevormden zijn, maar degenen met een HBO-opleiding die de grootste behoef-

te aan meer keuzemogelijkheden hebben (van de HBO-ers wil 68%\* extra keuzemogelijkheden, versus 52%\* lager opgeleiden en 60% wetenschappelijk opgeleiden), en tevens bereid zijn eventuele kostenverhogende maatregelen te accepteren. Voor personen met een HBO-opleiding ligt dat op de € 4,7 terwijl iemand met een lagere opleiding daar gemiddeld € 3,8 voor wil betalen.

### 7.3 Transnationaal

Hoger opgeleiden (waarbij er weinig verschil is of men academisch dan wel HBO opgeleid is) zijn veel meer dan lager opgeleiden bereid om voor een behandeling naar het buitenland te gaan, wanneer daarmee een plaats op een wachtlijst bespaard kan blijven. Een Europees expertisecentrum kan wel bij HBO-opgeleiden, maar niet bij academisch geschoolden op een hoge bijval rekenen.

**38 Attitude ten opzichte van zorg uit het buitenland (in %).**

	lager n=476	middelbaar n=1042	hoger n=633	wetenschappelijk n=359	totaal n=2530
Voorkeur voor buitenland zonder wachtlijsten	20*	28	36*	37*	30
Bereid af te reizen naar buitenland voor wachtlijstomzeiling	34*	42	52*	50*	44
Behandeling in Europees expertisecentrum	62	71	73	67	69

### 7.4 Innovatie

Hoger opgeleiden blijken relatief open te staan voor moderne ontwikkelingen. In sommige gevallen (in sterke mate bij het raadplegen van zorgconsulenten) zijn het met name HBO-ers die er het voordeel van inzien, in andere gevallen de academici (bijvoorbeeld het meten van de bloeddruk middels een zender). Opvallend genoeg lopen academici niet echt warm voor een zorgconsulent.

**39 Houding ten opzichte van nieuwe ontwikkelingen (in %).**

	lager n=476	middelbaar n=1042	hoger n=633	wetenschap- pelijk n=359	totaal n=2530
Metten bloeddruk via een zender	42	46	46	49	45
Houding ten opzichte van zorgconsulent	65	69	76*	66	69
Bereidheid tot eigen bijdrage nieuwste geneesmiddelen	52*	59	65*	66*	60
Extra premie voor toegang tot nieuwste geneesmiddelen	33*	36	47*	39	39

## 8 Patiënten versus niet-patiënten

### 8.1 Profiel van patiënten

Hiervoor hebben we, ten aanzien van een aantal socio-demografische variabelen, gezien in welke mate ze invloed hebben op keuzevoorkeuren in de zorg. Het is zeer goed mogelijk dat ook de ervaring die men heeft in de zorg, invloed heeft op de wens om meer te kiezen. Alvorens dat te beschrijven, eerst een profiel van de ‘ervaringsdeskundigen’ om een inzicht te krijgen in welke mate de hier beschreven variabelen zelf weer correleren met de medische ervaring. Ten aanzien van medische ervaring wordt onderscheid gemaakt tussen chronische, acute en electieve <sup>1)</sup> aandoeningen. Vanzelfsprekend worden ook degenen zonder aandoeningen in het afgelopen jaar in de analyse betrokken.

(<sup>1</sup>)Electieve ziekten zijn aandoeningen die niet acuut zijn, maar waarvan behandeling op termijn medisch noodzakelijk is.)

#### *Sekse*

Sekse blijkt van weinig invloed te zijn op de ervaring die men heeft met ziek zijn. Weliswaar zijn er onder de chronisch zieken iets meer vrouwen dan gemiddeld, het verschil is echter niet significant.

#### *Leeftijd*

De leeftijd komt met gebreken: mensen met een medische aandoening in het verleden (chronisch, acuut dan wel electief) zijn gemiddeld ouder.

#### 40 Medisch profiel naar leeftijd (in %).

	chronisch	acuut	electief	totaal aandoeningen	geen aandoeningen	totaal
18-34 jaar	26	32	33	28	33	29
35-54 jaar	32	39	38	35	44	37
55+	42	29	29	37	23	34
Totaal	100	100	100	100	100	100
Gemiddelde leeftijd	49,0	45,1	44,6	47,7	43,5	47

Er is nauwelijks een verband tussen opleiding en ziekteprofiel. Wel tussen ziekteprofiel en inkomen. Chronisch zieken ver-

dienen (significant) vaker minder dan modaal; mensen zonder aandoening in het recente verleden hebben vaker een modaal inkomen (vraag 42).

#### 41 Medisch profiel naar inkomen (in %).

	chronisch	acuut	electief	totaal aandoeningen	geen aandoeningen	totaal
Beneden modaal	26	19	22	25	17	23
Modaal	48	48	49	47	55	48
Boven modaal	17	25	20	19	18	19
Geen opgave	9	8	9	9	10	8
Totaal	100	100	100	100	100	100

Concluderend: gezondheid correleert het meest met leeftijd en nog enigszins met inkomen.

## 8.2 Informatiezoekgedrag

Opvallend om te zien is dat mensen zonder medische ervaring significant minder vaak medische zorgverleners als informatiebron noemen dan respondenten met chronische, acute of electieve medische ervaring (49%\* versus resp. 68%\*, 70%\* en 68%).

## 8.3 Voorkeur in de zorgketen

Respondenten met ervaring in de electieve zorg hebben minder vaak een voorkeur voor degene die de diagnose stelt (88%\*).

De aangegeven preferenties liggen niet ver uit elkaar per verschillende sociodemo-grafische groepen. Gemiddeld 75% van de Europeanen heeft een voorkeur voor de huisarts, 22% preferert de specialist. Of de diagnose door een huisarts dan wel door de specialist gesteld wordt heeft niet zoveel te doen met de gezondheidstoestand van de consument.

Mensen zonder aandoening hebben een iets grotere voorkeur voor de huisarts (79% versus 74%); patiënten wat vaker voor de specialist (23% versus 18%).



Opvallend is dat – naast kleine verschillen aan het begin van de zorgketen – ook in het vervolgtraject, de behandeling dus, er evenmin sprake is van grote verschillen. Europeanen met ervaring in de acute en electieve zorg hebben significant vaker de voorkeur voor de specialist (resp. 60%\* en 61%\*).

In vraag 43 wordt de voorkeur over huisarts en specialist in zowel het diagnose- als in het behandlingsstadium weergegeven.

#### 42 Voorkeur voor huisarts resp. specialist (in %).

	chronisch	acut	electief	totaal aandoeningen	geen aandoeningen	totaal
<i>Diagnose</i>						
Huisarts	74	74	72	74	74	75
Specialist	22	22	25	23	18	22
<i>Behandeling</i>						
Huisarts	40	35*	34*	42	39	42
Specialist	55	60*	61*	54	56	54

Over de plaats van behandeling zijn slechts kleine verschillen op te merken: Europeanen die geen recente ervaring hebben in de zorg prefereren vaker dan gemiddeld een thuisbehandeling (51%). Europeanen met recente ervaring met acute zorg prefereren significant minder vaak dan de overige geïnterviewden de zorg thuis (42%\*).

Ook de revalidatie laat slechts kleine verschillen zien:

#### 43 Op welke manier zou u het liefst gerevalideerd willen worden (personen met specifieke voorkeur) (in %) Uitsplitsing op basis van ervaring met zorg?

	chronisch n=1012	acut n=683	electief n=628	geen n=326
In kliniek met fysiotherapeut	21	24	23	18
In kliniek door revalidatiearts	27	22*	25	32
Thuis, door fysiotherapeut	28	32*	31	23
Thuis, door revalidatiearts	23	22	20	27

Opvallend genoeg is er ook bijna geen verschil in het pakket extra's dat men tegen maandelijkse bijbetaling zou kunnen krijgen. Medische aandoening of niet: het maakt weinig uit in de voorkeur. Alleen bij degenen met een aandoening blijkt dat de 'electieve patiënten' meer dan gemiddeld geneegen zijn om bij te betalen voor de modernste generatie geneesmiddelen (43%\* versus het gemiddeld 36%).

**44 Respondenten die bereid zijn om extra premie te betalen om zelf te mogen bepalen (in %) (hoogte extra premie wel bekend). Uitsplitsing naar ervaring.**

	chronisch. n=1368	acuut n=923	electief n=850	geen n=453
Keuze in <i>diagnostisch</i> onderzoeker	26 (31)	25 (29)	27 (33)	27 (33)
Keuze in <i>behandelaar</i> en <i>behandelplaats</i>	33 (39)	31 (36)	34 (39)	34 (41)
Keuze in soort <i>behandeling</i>	39 (44)	37 (42)	43* (46)	34 (43)
Keuze in <i>snelheid</i> van behandeling	32 (38)	34 (39)	33 (38)	34 (43)
Keuze in <i>revalidatie</i>	32 (38)	32 (38)	35 (42)	30 (38)
<i>Geen</i> enkele uitbreiding gekozen	43 (37)	42 (37)	40 (35)	42 (34)

Mensen met ervaring met electieve zorg hebben de meeste extra premie over voor uitbreiding van de keuzemogelijkheden (€ 4,3).

**8.4 Transnationaal**

Mensen met een aandoening zijn in grotere mate bereid voor een behandeling naar het buitenland te gaan om daarmee een wachtlijst te kunnen omzeilen dan de niet-patiënten (46%\* resp. 36%\*); electieve patiënten zijn nog het meest hiertoe bereid (51%\*).

Ook het Europees expertisecentrum kan meer steun van patiënten verwachten dan van degenen zonder aandoening (70% resp. 65%), al is het verschil minder groot dan wanneer het

gaat om het vermijden van de wachtlijsten. Electieve patiënten zijn het meest positief (73%\*).

**45 Attitude ten opzichte van zorg uit het buitenland (in %).**

	chronisch	acuut	electief	totaal aandoeningen	geen aandoeningen	totaal
Voorkeur voor buitenland zonder wachtlijsten	30	33*	31	31	25	30
Bereid af te reizen naar buitenland voor wachtlijstomzeiling	46	49*	51*	46*	36*	44
Behandeling in Europees expertise-centrum	70	70	73*	70	65	69

**8.5 Innovatie**

Mensen met zorgervaring staan meer open voor nieuwe ontwikkelingen dan degenen zonder recentelijk ervaring. Vooral degenen met acute en electieve aandoeningen zijn bijvoorbeeld meer bereid om voor geneesmiddelen bij te betalen als men dan maar het modernste krijgt. Ook ten aanzien van de bloeddrukmeter blijkt een soortgelijke relatie: de hoogste positieve attitude bij de electieve en acute patiënten, relatief weinig bij degenen zonder aandoeningen in het recente verleden.

Voor de zorgconsulent geldt een vergelijkbaar verhaal, zij het dat de verschillen met de niet-patiënten redelijk klein zijn (niet significant). Dit alles wordt samengevat in vraag 47.

**46 Houding ten opzichte van nieuwe ontwikkelingen (in %).**

	chronisch	acuut	electief	totaal aandoeningen	geen aandoeningen	totaal
Metten bloeddruk via een zender	47	52*	46	46	42	45
Houding ten opzichte van zorgconsulent	71	69	70	70	66	69
Bereidheid tot eigen bijdrage nieuwste geneesmiddelen	60	64*	65*	60	57	60



# Vraaggestuurde zorg in internationaal perspectief

*Een studie naar keuzemogelijkheden van patiënten in verschillende  
gezondheidszorgsystemen*

Diana Delnoij





# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting van de belangrijkste bevindingen</b>	<b>129</b>
<b>1</b>	<b>Duitsland</b>	<b>138</b>
1.1	Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering	139
1.2	De organisatie en consumptie van zorg	143
<b>2</b>	<b>Engeland &amp; Wales</b>	<b>147</b>
2.1	Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering	148
2.2	De organisatie en consumptie van zorg	152
<b>3</b>	<b>België</b>	<b>156</b>
3.1	Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering	157
3.2	De organisatie en consumptie van zorg	159
<b>4</b>	<b>Frankrijk</b>	<b>163</b>
4.1	Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering	165
4.2	De organisatie en consumptie van zorg	167
<b>5</b>	<b>Nederland</b>	<b>170</b>
5.1	Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering	171
5.2	De organisatie en consumptie van zorg	175
	Bijlage	
	Referenties en noten	176





## **Samenvatting van de belangrijkste bevindingen**

### **Inleiding**

De RVZ voert een studie uit ten behoeve van het Clingendael Forum. Deze bijeenkomst vindt elk jaar plaats in december onder auspiciën van de Amerikaanse ambassadeur, met financiering van een aantal Amerikaanse farmaceutische bedrijven. Er wordt telkens aandacht besteed aan een onderwerp op het terrein van de gezondheidszorg. Het onderwerp voor dit jaar is de inrichting van de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de Europese zorgvrager. Dit rapport dient als een achtergrondstudie bij het RVZ-onderzoek.

Het RVZ-onderzoek beoogt te komen tot een vergelijking van gezondheidszorgsystemen en de keuzemogelijkheden van cliënten daarin en wil Europese trends in systeemontwikkeling en consumentenpreferenties signaleren. Daartoe heeft TNS-NIPO in opdracht van de RVZ enquêtes gehouden onder steekproeven van patiënten/consumenten in Nederland, Engeland, Duitsland, België en Frankrijk.

Het doel van de studie waarvan dit rapport verslag legt, was om aan de hand van een literatuurstudie en documentenanalyse te komen tot een beschrijving van de feitelijke mogelijkheden voor patiënten in een vijftal Europese gezondheidszorgsystemen om invulling te geven aan hun wensen op zorggebied. Het gaat daarbij om informatie over de inrichting van de gezondheidszorg in de verschillende landen en de mate waarin deze systemen ruimte bieden voor 'vraagsturing' (inrichting van zorg door of naar de wensen en verwachtingen van patiënten/consumenten).

Daarnaast wordt in dit onderzoek informatie verzameld over het feitelijk gebruik van zorg in de verschillende landen. Deze informatie is vooral bedoeld om de resultaten uit het TNS-NIPO-onderzoek beter te kunnen duiden. Het is namelijk aannemelijk dat de wensen en verwachtingen die cliënten uiten, worden gekleurd door wat men feitelijk gewend is in het eigen gezondheidszorgsysteem. De vraagstelling voor deze achtergrondstudie luidde: op welke manier is in de vijf genoemde landen de financiering en organisatie van de gezondheidszorg vormgegeven en welke implicaties heeft die specifieke inrichting van de zorg voor de keuzevrijheid van patiënten

en de mogelijkheden voor vraagsturing? Daarvan afgeleide, meer specifieke vragen waren: op welke wijze is in de vijf genoemde landen het zorgaanbod georganiseerd en hoe ziet het gebruikspatroon van de cliënten eruit?

Hoofddoel van deze achtergrondstudie is dus om de mogelijkheden voor 'vraagsturing' in de verschillende landen in kaart te brengen. Vraagsturing is geoperationaliseerd in termen van keuzemogelijkheden en keuzevrijheid: in welke mate zijn er in wet- en regelgeving of in instituties verankerde mogelijkheden voor het kiezen van persoon of plaats van behandeling. Is er sprake van verplichte inschrijving van patiënten op naam van een huisarts (waardoor patiënten niet per klacht/aandoening een arts kunnen kiezen)? Zijn specialisten rechtstreeks toegankelijk? In welke mate is 'kiezen' ook in werkelijkheid mogelijk, doordat er sprake is van voldoende aanbod aan zorg? Wat is de artsendichtheid, indien mogelijk uitgesplitst naar huisartsen en specialisten? Wat is de verpleegkundigendichtheid en apothekersdichtheid (als mogelijke 'alternatieven' voor de arts)? Hoeveel acute ziekenhuisbedden zijn er beschikbaar per 1000 inwoners? In welke mate is 'kiezen' ook in werkelijkheid mogelijk, doordat er sprake is van financiële toegang tot voorzieningen. Met andere woorden: wie is waarvoor verzekerd? Welk percentage van de bevolking valt onder een sociale ziektekostenverzekering of national health service? Welk percentage van de totale kosten van zorg wordt publiek gefinancierd? Voor welke voorzieningen gelden eigen bijdragen? Welk percentage van de totale kosten van zorg worden uit eigen betalingen gefinancierd?

In aanvulling op deze gegevens is nagegaan welk consumptiepatroon burgers vertonen om, zoals gezegd, de resultaten uit het TNS-NIPO-onderzoek beter te kunnen duiden.

### **Methode en gegevensverzameling**

De bestudeerde systemen zijn: Nederland, Engeland, Duitsland, België en Frankrijk. De keuze van deze landen sluit aan bij het RVZ-onderzoek als geheel. De vraagstelling is beantwoord met behulp van literatuurstudie en documentenanalyse. Bronnen van informatie waren de internationale literatuur, andere publiektoegankelijke documenten en websites van nationale en internationale organisaties (ministeries van Gezondheidszorg, de Wereldgezondheidsorganisatie, het European Observatory on Health Care Systems etc.).

Het vergelijken van cijfers over kosten, aanbod en consumptie van zorg over verschillende landen kan een hachelijke onderneming zijn. Het internet heeft de mogelijkheden voor het vinden van cijfermateriaal weliswaar duidelijk verruimd. Wie een soortgelijk onderzoek 10 jaar geleden uitvoerde, was daarvoor aangewezen op een netwerk van contactpersonen bij ministeries en koepelorganisaties van verzekeraars en artsen in de betreffende landen. De rol van de lokale contactpersoon is tegenwoordig overgenomen door Google. Hooguit moet men zelf nog over enige talenkennis beschikken om de juiste zoektermen in te typen. Maar wie de juiste zoekterm intypt, krijgt de gevraagde informatie als die er is. Daarmee is een juiste interpretatie in een internationale vergelijking echter nog niet gegarandeerd. Ten eerste ontbreekt de lokale contactpersoon van vroeger, die uitleg kan geven over definities, betrouwbaarheid en betekenis van de gegevens. En ten tweede zijn de nationale cijfers onderling niet zonder meer vergelijkbaar. De interpretatie van gegevens uit buitenlandse statistische bronnen vraagt om diepgaande kennis van het betreffende gezondheidszorgsysteem en de context waarbinnen de gegevens verzameld zijn. Dat is feitelijk zelfs het geval voor de Nederlandse cijfers. Zo vermeldt het Brancherapport Cure '98-'01 in tabel 127 cijfers voor het gemiddeld aantal toegelaten bedden in algemene ziekenhuizen (bijvoorbeeld 47.494 in 2001) en het gemiddeld aantal aanwezige bedden in algemene ziekenhuizen (41.591 in 2001). Deze cijfers en het verschil ertussen, kan niet worden geduid zonder achterliggende kennis van het Nederlandse erkenningensysteem en de parameters die in de functiegerichte budgetteringssystematiek worden gebruikt. In een internationale vergelijking komt men deze problematiek aan de lopende band tegen.<sup>1</sup> Wat is een ziekenhuisbed? Vallen daar ook bedden onder die in Nederland in verpleeghuizen staan? Wat zijn kosten van gezondheidszorg? Worden daartoe ook bejaardenoorden gerekend? In Nederland wel, maar in de meeste andere landen niet. Wat verstaat men onder 'private financiering'? Is dat inclusief of exclusief de premies die particulier verzekerden betalen? Wat zeggen aantallen werkzame beroepsbeoefenaren over internationale verschillen in aanbod, als we niet weten of deze mensen fulltime of parttime (onder Nederlandse huisartsen steeds meer gebruikelijk) met hun vak bezig zijn? En hoe kun je cijfers over het aantal *geregistreerde* artsen uit het ene land, vergelijken met cijfers over het aantal *feitelijk praktiserende* artsen uit het andere land?

Omdat deze problemen niet binnen het bestek van deze achtergrondstudie konden worden aangepakt, wordt in de tabellen

waarin landen worden vergeleken in principe uitgegaan van cijfers van de OECD (OECD Health Data, 2003). Ofschoon ook op de betrouwbaarheid van deze data het nodige kan worden afgedongen, hebben deze gegevens in ieder geval bewerkingen ondergaan waardoor zij maximaal onderling vergelijkbaar zijn. De keerzijde van het gebruik van OECD cijfers is dat voor een aantal indicatoren geen of geen recente informatie beschikbaar is over alle vijf de landen. Een beperking die in het korte tijdsbestek waarbinnen deze studie is uitgevoerd, helaas niet kan worden opgeheven. Voor zover OECD-gegevens over bepaalde onderwerpen ontbreken, worden in de tekst van de verschillende 'landenhoofdstukken' waar mogelijk wel cijfers afkomstig uit nationale bronnen gepresenteerd. Dat wordt ook gedaan indien nationale bronnen veel recentere gegevens publiceren dan de OECD dataset (bijvoorbeeld voor wat betreft kosten van zorg).

De hoofdstukken over de vijf landen die in deze studie zijn betrokken, zijn op uniforme wijze ingedeeld. Na een korte typering van land en bevolking wordt een beschrijving gegeven van de sturing en financiering van de gezondheidszorg. Daarna worden het aanbod en de consumptie van zorg behandeld. De hoofdstukken eindigen met conclusies ten aanzien van de keuzevrijheid en mogelijkheden voor vraagsturing in het betreffende land. Voor zover daarover binnen het bestek van deze studie informatie over beschikbaar is gekomen, worden ook conclusies gepresenteerd die relevant zijn voor de andere thema's van het RVZ-hoofdrapport (bereidheid van consumenten tot bijbetalen, innovatiesnelheid en transnationaal verkeer).

### **Resultaten**

In de tabel hieronder wordt eerst een cijfermatige typering gegeven van de vijf landen in deze studie op basis van de OECD Health Data. In de tabel wordt samenvattende informatie gepresenteerd over systeemkenmerken, demografie en epidemiologie, kosten en financiering, aanbod en consumptie van zorg.

*In deze tabel valt het volgende op.*

*België* heeft samen met Duitsland de oudste bevolking; heeft een gemiddeld uitgavenniveau; geeft relatief veel geld uit aan ambulante zorg; heeft een hoge artsendichtheid en een hoge medische consumptie; levert veel gegevens niet of met grote vertraging aan voor de OECD dataset. *Frankrijk* heeft de hoogste levensverwachting van de vijf landen; geeft op één na

het meeste geld uit aan gezondheidszorg en besteedt dat vooral aan intramurale zorg; kent een hoge artsendichtheid en een hoge medische consumptie; heeft opvallend veel apothekers en weinig verpleegkundigen. *Duitsland* heeft samen met België de meest vergrijsde bevolking; heeft een vergelijkbare levensverwachting als de andere landen, maar de bevolking beoordeelt haar eigen gezondheidstoestand als veel minder goed dan in de andere landen; geeft van alle vijf landen het meeste geld uit aan gezondheidszorg en kent de hoogste eigen betalingen, heeft een hoge medische consumptie in de tweedelij, heeft veel ziekenhuisbedden, maar ook veel huisartsen.

*Nederland* heeft verhoudingsgewijs de minst vergrijsde bevolking; zit qua uitgavenniveau in de middenmoot; geeft zeer weinig uit aan ambulante zorg, heeft een bescheiden medische consumptie, een zeer krap aanbod aan ziekenhuisbedden, specialisten en huisartsen, maar opvallend veel verpleegkundigen. En het *Verenigd Koninkrijk*<sup>2</sup> geeft het minste geld uit aan gezondheidszorg; cijfers over de verdeling intramuraal-ambulant zijn niet bekend in de OECD-dataset; heeft een lage medische consumptie, de kortste ligduur van de vijf, weinig ziekenhuisbedden en relatief weinig artsen.

Gegeven de systeemkenmerken, en de structuur en omvang van het aanbod aan zorg, zoals weergegeven in de tabel, kan worden geconcludeerd dat de feitelijke keuzemogelijkheden voor patiënten het grootst zijn in België, Frankrijk en Duitsland. In Nederland en Engeland zijn patiënten op naam ingeschreven bij een huisarts en is er geen rechtstreekse toegang tot de specialist. Bovendien is meer sprake van schaarste in het aanbod, hetgeen de keuzemogelijkheden belemmert. Daar staat tegenover dat er minder eigen bijdragen gelden en de financiële toegankelijkheid dus gegarandeerd is. Voor Nederland geldt dat overigens alleen voor de verplichte ziekenfondsverzekering en niet voor de particulier verzekerden, die in het algemeen eigen risico's hebben.

**Tabel S** Systeemkenmerken en kerncijfers over demografie en gezondheidstoestand, kosten, consumptie en aanbod in de vijf landen.<sup>1</sup>

Systeemkenmerken	België	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Ver. Koninkrijk
<i>Type stelsel</i>	Sociaal verzekeringsstelsel: 99% van de bevolking	Sociaal verzekeringsstelsel: 100% van de bevolking	Sociaal verzekeringsstelsel: 90% van de bevolking	Sociaal verzekeringsstelsel: 61% van de bevolking	Nationaal health service: 100% van de bevolking
<i>Eigen bijdragen voor:</i>					
Artsbezoek	ja	ja	nee	nee	nee
Geneesmiddelen	ja	ja	ja	nee	ja
Ziekenhuisverblijf	ja	ja	ja	nee	nee
<i>Inschrijving op naam huisarts</i>	nee	nee	nee	ja	ja
<i>Rechtstreekse toegang tot specialist</i>	ja	ja	ja	nee	nee
<b>Demografie en epidemiologie</b>					
<i>Aantal inwoners (in miljoenen)</i>	10,3	58,9	82,2	15,9	58,6
<i>% Bevolking &gt; 65<sup>II</sup></i>	16,9	16,2	16,9	13,6	15,9
<i>Levensverwachting bij de geboorte: in jaren</i>	77,7	79,0	77,7 <sup>III</sup>	78,0	77,8
<i>% Bevolking dat eigen gezondheidstoestand als goed beoordeelt<sup>V</sup></i>	78,3	Niet beschikbaar	66,1	78,5	74,2
<i>Gestandaardiseerde sterfte aan III:</i>					
Kanker	Niet beschikbaar	178,2	175,3	194,2	184,7
Hartvaataandoeningen	Niet beschikbaar	163,6	291,9	229,7	265,4
<b>Kosten en financiering</b>					
<i>Totale uitgaven gezondheidszorg: als % BBP</i>	8,7	9,3	10,6	8,6	7,3
<i>per capita in US\$ PPP</i>	2293	2387	2780	2348	1992
<i>Uitgaven voor acute intramurale en revalidatiezorg: als % van totale uitgaven</i>	Niet beschikbaar	39,0	30,2	35,3	Niet beschikbaar
<i>per capita in US\$ PPP</i>	Niet beschikbaar	931	841	829	Niet beschikbaar

	België	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Ver. Koninkrijk
<i>Uitgaven ambulante zorg<sup>I</sup>;</i> als % van totale uitgaven per capita in US\$ PPP	34,3 691	23,1 496	22,0 542	15,0 293	Niet beschikbaar
<i>Eigen betalingen<sup>II</sup>;</i> als % van totale uitgaven per capita in US\$ PPP	Niet beschikbaar	10,2 262	10,6 299	8,8 232	Niet beschikbaar
<i>Publieke financiering;</i> als % van totale uitgaven per capita in US\$ PPP	71,2	75,8	75,0	63,4	80,9
<b>Aanbod</b>					
<i>Aantal acute ziekenhuisbedden:</i> per 1000 inwoners	Niet beschikbaar	6,7	6,4	3,5	3,9
<i>Aantal specialisten<sup>VI</sup>;</i> per 1000 inwoners	1,7	1,7	2,1	0,9	1,4
<i>Aantal huisartsen<sup>VI</sup>;</i> per 1000 inwoners	1,4	1,6	1,1	0,5	0,6
<i>Aantal apothekers:</i> per 1000 inwoners	Niet beschikbaar	1,0	0,6	0,2	Niet beschikbaar
<i>Aantal verpleegkundigen<sup>II</sup>;</i> per 1000 inwoners	Niet beschikbaar	7,0	9,7	12,8	9,0
<b>Consumptie</b>					
<i>Artsbezoeken:</i> per persoon per jaar	7,9	6,9	Niet beschikbaar	5,9	4,9
<i>Ligdagen in acute ziekenhuisbedden:</i> per persoon per jaar	Niet beschikbaar	1,9	1,9	0,8	1,1
<i>Gemiddelde tijd<sup>III</sup> in acute ziekenhuisbedden: in dagen</i>	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar	9,3	8,6	7,0

- I Bron: OECD Health Data 2003; cijfers voor 2000  
 II Cijfers voor 2001  
 III Cijfers voor 1999  
 IV Cijfers Duitsland, Frankrijk, Nederland, Ver. Koninkrijk: 1998, België 1997
- V Cijfers voor 1997, ivm ontbreken België in latere jaren  
 VI Cijfers voor 1998, ivm ontbreken België in latere jaren

## Conclusie

In deze achtergrondstudie is de vraag onderzocht op welke manier in de België, Frankrijk, Duitsland, Nederland en Engeland de financiering en organisatie van de gezondheidszorg is vormgegeven en welke implicaties die inrichting heeft voor de keuzevrijheid van patiënten. Daarbij is nagegaan in welke mate er in wet- en regelgeving of in instituties verankerde mogelijkheden zijn voor het kiezen van persoon of plaats van behandeling, en in welke mate 'kiezen' ook in werkelijkheid mogelijk is, doordat er sprake is van voldoende aanbod aan zorg en voldoende financiële toegang tot voorzieningen.

In wezen kunnen de vijf systemen in deze studie worden herleid tot twee basistypen:

1. systemen die gebaseerd zijn op private aanbieders, vrije artskeuze, rechtstreekse toegang tot de specialist en een verzekering op basis van restitutie met substantiële eigen bijdragen; en
2. systemen met overwegend publieke aanbieders, waarin de huisarts als poortwachter tot de specialist en het ziekenhuis fungeert, waarin de zorg betaald wordt uit publieke belastingopbrengsten en in natura wordt verleend, zonder noemenswaardige eigen bijdragen.

Laatstgenoemde systemen kennen als het ware 'van nature' minder keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de patiënt. Als de vijf landen op basis van hun regelgeving gerangschikt zouden moeten worden naar de mate waarin hun gezondheidszorgsystemen ruimte bieden voor keuze en vraagsturing, dan staan België, Frankrijk en Duitsland bovenaan, Nederland neemt een middenpositie in en Engeland sluit de rij. Van de landen in deze studie behoort Engeland duidelijk tot type 2 en zijn Frankrijk en België tamelijk zuivere vertegenwoordigers van type 1. Het Duitse *Krankenkassen* systeem, waarvan het Nederlandse een kopie is, hangt tussen type 1 en 2 in. Duitsland heeft echter de meeste kenmerken van type 1, met uitzondering van het feit dat zorg in natura wordt verleend. En zoals in het hoofdstuk over Duitsland wordt uitgelegd, beperkt dit de vrije artskeuze nauwelijks. Verzekerden kunnen namelijk met hun chipcard naar believen 'shoppen' onder alle gecontracteerde artsen. Nederland is evenwel een geval apart, dat eigenlijk niet in de bovenstaande typering valt onder te brengen. Enerzijds is het Nederlandse systeem gebaseerd op private aanbieders, is bijna 40% van de bevolking particulier verzekerd onder een restitutiestelsel met eigen risico's en bestaat in de verplichte ziekenfondsverzekering een duidelijk keuzevrij-



heid, die in een *national health service* als de Engelse volledig ontbreekt. Maar anderzijds fungeert de huisarts als poortwachter tot de specialist en het ziekenhuis, en waren er tot voor kort nauwelijks eigen bijdragen in het ziekenfonds. De voorgenomen invoering van een eigen risico in het ziekenfonds zou als wezensvreemd kunnen worden gezien, omdat immers de huisarts al geacht wordt om onnodige zorgvragen te filteren. Ook qua sturing lijken het Engelse en het Nederlandse systeem op elkaar, in die zin dat in beide landen wordt gestreefd naar sturing op uitkomsten op basis van een centraal gehanteerd raamwerk van prestatie-indicatoren. In beide landen is bovendien sprake van een toenemende nadruk op de rol van toezichthouders. Op deze wijze probeert de overheid in beide landen meer afstand te nemen tot de ‘alledaagse’ sturing van het systeem. Dit wordt in toenemende mate overgelaten aan de PCT’s (in Engeland), respectievelijk de zorgverzekeraars en aanbieders (in Nederland). De tijd zal leren in welke mate dit ook zal leiden tot een verruiming van de keuzemogelijkheden voor cliënten.

Tenslotte kunnen er nog enkele kanttekeningen worden geplaatst bij de resultaten die in dit rapport worden gepresenteerd. Om te beginnen is het goed om de beperking van deze studie aan te geven. Hoewel het NIVEL over veel expertise beschikt op het gebied van ‘health systems research’ blijft dit een literatuurstudie die vanuit Nederland en door een Nederlander is uitgevoerd. De informatie die vanuit die positie over andere gezondheidszorgsystemen kan worden verzameld in relatief korte tijd, blijft per definitie oppervlakkiger dan een beschrijving die door een deskundige uit het land zelf kan worden opgesteld. Een beperking van literatuurstudie van het gebruik van bestaande gegevens, is verder, dat deze data niet verzameld zijn voor het doel van de studie in kwestie. De OECD-data maken bijvoorbeeld wel standaard uitsplitsingen in huisartsen, specialisten en verpleegkundigen. Maar voor het doel van deze studie was het bijvoorbeeld ook relevant geweest om te weten hoeveel van die artsen en verpleegkundigen klinisch dan wel in de Thuiszorg werkzaam zijn. Een laatste punt dat aandacht verdient, is het feit dat in deze studie de analyse-eenheid bestaat uit landen. Dat betekent dat de gepresenteerde cijfers geen inzicht geven in verschillen die er *binnen* een land bestaan, bijvoorbeeld tussen rijk en arm, stad en platteland, of in Duitsland: oost en west.

## 1 Duitsland

Tabel 1 Systeem kenmerken en kerncijfers over demografie en gezondheids-toestand, kosten, consumptie en aanbod in Duitsland.<sup>I</sup>

Type stelsel	Sociaal verzekeringssysteem: 90% van de bevolking
<i>Eigen bijdragen voor:</i>	
Artsbezoek	nee
Geneesmiddelen	ja
Ziekenhuisverblijf	ja
Inschrijving op naam huisarts	nee
Rechtstreekse toegang tot specialist	ja
Aantal inwoners (in miljoenen)	82,2
% Bevolking > 65 <sup>II</sup>	16,9
Levensverwachting bij de geboorte <sup>III</sup> : in jaren	77,7
% Bevolking dat eigen gezondheidstoestand als goed beoordeeld <sup>IV</sup>	66,1
<i>Gestandaardiseerde sterfte aan</i> <sup>III</sup> :	
Kanker	175,3
Hartvaataandoeningen	291,9
<i>Totale uitgaven gezondheidszorg:</i>	
als % BBP	10,6
per capita in US\$ PPP	2780
<i>Uitgaven voor acute intramurale en revalidatiezorg:</i>	
als % van totale uitgaven	30,2
per capita in US\$ PPP	841
<i>Uitgaven ambulante zorg</i> <sup>II</sup> :	
als % van totale uitgaven	22,0
per capita in US\$ PPP	542
<i>Eigen betalingen</i> <sup>II</sup> :	
als % van totale uitgaven	10,6
per capita in US\$ PPP	299
<i>Publieke financiering:</i>	
als % van totale uitgaven	75,0
per capita in US\$ PPP	75,0
Aantal acute ziekenhuisbedden per 1000 inwoners	6,4
Aantal specialisten <sup>IV</sup> per 1000 inwoners	2,1
Aantal huisartsen <sup>IV</sup> per 1000 inwoners	1,1

Type stelsel	Sociaal verzekeringsstelsel: 90% van de bevolking
Aantal apothekers per 1000 inwoners	0,6
Aantal verpleegkundigen <sup>II</sup> per 1000 inwoners	9,7
Artsbezoeken per persoon per jaar	niet beschikbaar
Ligdagen in acute ziekenhuisbedden per persoon per jaar	1,9
Gemiddelde ligduur in acute ziekenhuisbedden:in dagen	9,3

I Bron: OECD Health Data 2003. Cijfers voor 2000 tenzij anders aangegeven.

II Cijfers voor 2001

III Cijfers voor 1999

IV Cijfers voor 1998

V Cijfers voor 1997

### Land en bevolking

Duitsland is een federale staat met zestien deelstaten (*Länder*). Deze deelstaten hebben verregaande taken en bevoegdheden in de Duitse gezondheidszorg. Ze zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de federale wetten en hebben daarnaast het recht om zelf wetten te maken, voor zover die niet strijdig zijn met federale wetgeving.

Duitsland heeft met 8,9 per 1000 inwoners een van de laagste geboortecijfers in de wereld. Dit in combinatie met de toenemende levensverwachting heeft ervoor gezorgd dat de vergrijzing van de bevolking in Duitsland veel sneller heeft plaatsgevonden dan in andere lidstaten van de Europese Unie. In 2001 was 16,9% van de bevolking ouder dan 65. Cardiovasculaire en ischaemische hartaandoeningen en kanker vormen de belangrijkste doodsoorzaken<sup>3</sup>.

## 1.1 Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering

### Grondslagen en sturing

Duitsland kent een sociale ziektekostenverzekering, de (*GKV*). Andere belangrijke *Gesetzliche Krankenversicherung* verzekeringen in de gezondheidsverzorging zijn de *Pflege-*, de *Rente-* en de *Unfallversicherung*. De verzekering en financiering van de gezondheidszorg zijn de wettelijke basis in het *Sozialgesetzbuch V*, waarin verstrekkingen en vergoedingen tot in detail zijn vastgelegd. Het Duitse gezondheidssysteem kenmerkt zich door zowel territoriale als functionele decentralisatie. Zo be-

staat er een strikte scheiding van verzorging en verzekering, aanbieders en betalers. Op federaal niveau zijn het Federale Ministerie voor de Gezondheidszorg (*Bundesministerium für Gesundheitswesen*) en het parlement de belangrijkste actoren. Het *Bundesministerium für Gesundheitswesen* wordt ondersteund door enkele advies- en uitvoeringsorganen bijvoorbeeld op het gebied van toelating van geneesmiddelen en medische producten en op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie.

Opvallend in het Duitse gezondheidszorgsysteem is de tweedeling tussen institutionele (klinische) zorg, verleend door ziekenhuisartsen in dienstverband, en de ambulante zorg, verleend door zelfstandig artsen. Ambulant werkende artsen mogen geen opgenomen patiënten en de ziekenhuisartsen geen ambulante patiënten behandelen. Dit betekent ook dat de ziekenhuizen geen poliklinieken hebben voor specialistische ambulante zorg. Ook dagbehandeling is lange tijd verboden geweest voor Duitse ziekenhuizen; reden waarom Duitsland vergeleken bij andere Europese landen achterloopt voor wat betreft de verspreiding van dagchirurgie.<sup>4</sup>De uitvoering van de GKV in de ambulante sector wordt gekenmerkt door corporatisme. Ambulant werkende (tand)artsen enerzijds en ziekenfondsen anderzijds zijn georganiseerd in verenigingen via welke onderhandelingen verlopen. Deze corporatistische instituties, met name de zogeheten *Kassenärztliche Vereinigungen (KV)*, de artsenverenigingen, hebben een bijzondere macht in het gezondheidszorgsysteem. KV's zijn rechtspersonen waarvan elke toegelaten arts lid kan worden. Toelating staat tot op heden open voor iedere arts die de beroepsopleiding heeft doorlopen. Er zijn in totaal 23 KV's. KV's onderhandelen over het budget voor ambulante medische zorg met de ziekenfondsen. Dit budget wordt vervolgens door de KV onder zijn leden verdeeld aan de hand van ingediende declaraties volgens het 'puntsysteem' van de zogeheten *Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)*. Dit contracteursysteem staat overigens momenteel ter discussie. De Duitse overheid heeft hervormingen voorgesteld in de richting van selectieve, individuele contracten tussen artsen en ziekenfondsen, en het opheffen van de automatische toelating van alle afgestudeerde beroepsbeoefenaren tot de KV. In de ziekenhuissector ontbreekt de voor de ambulante sector geldende corporatistische structuur. Ziekenhuizen sluiten zelf contracten met de ziekenfondsen. Gewoonlijk worden onderhandelingen gevoerd door ziekenfondsen met een marktaandeel van meer dan 5% in het betreffende ziekenhuis. Ziekenfondsen financieren de variabele kosten van ziekenhui-

zen; vaste kosten en investeringen worden gefinancierd door de deelstaten. Voor elk ziekenhuis wordt er op basis van verrichtingen en de kosten een budget en daaruit afgeleid een verpleegdagtarief (per diem charges) uitonderhandeld. Wanneer er meer of minder inkomsten zijn ontvangen dan afgesproken leidt dit tot een aanpassing van het budget in het daaropvolgende jaar.

### **Kosten**

De kosten van gezondheidszorg bedroegen in Duitsland in 2001 € 225,9 miljard<sup>5</sup>, ofwel 10,9% van het Bruto Binnenlands Product.<sup>6</sup> In 2000 lag dat percentage nog op 10,6% (zie tabel hieronder). Daarvan werd € 55,7 miljard<sup>7</sup> (24,6%) gefinancierd door de particuliere ziektekostenverzekering, werkgevers<sup>8</sup> en huishoudens. De overige financieringsbronnen betreffen de overheid (7,8%), de sociale ziektekostenverzekering (57,0%), de *Pflegeversicherung* (zie hieronder; 7,0%) en pensioen- en ongevallenverzekeringen (3,5%).<sup>7</sup>

### **Sociale ziektekostenverzekering**

Ongeveer 90% van de Duitse bevolking (ca. 72 miljoen mensen) is via de GKV verzekerd en rond 50% van alle uitgaven in de Duitse gezondheidszorg worden eruit gefinancierd. De uitvoerders van de *Gesetzliche Krankenversicherung* zijn de ziekenfondsen. Dit zijn non-gouvernementele, non-profit corporatistische rechtspersonen. Medio jaren 90 waren er 452 ziekenfondsen met ongeveer 72 miljoen verzekerden (50,7 miljoen leden plus hun medeverzekerden) en 52 particuliere zorgverzekeraars met ongeveer 7,1 miljoen volledig verzekerde mensen. De hoogte van de premie is inkomensafhankelijk (niet vermogensafhankelijk). Verzekerden hebben sinds 1996 keuzevrijheid van ziekenfondsen (de zogeheten *freie Kassenwahl*). Van deze mogelijkheid wordt door naar schatting 3 tot 5% van de verzekerden op jaarbasis gebruik gemaakt.<sup>9</sup> Om risicoselectie door verzekeraars tegen te gaan en om te voorkomen dat de ziekenfondsen in financiële problemen komen doordat zij voor bepaalde risicogroepen onvoldoende middelen ontvangen is er sinds 1 januari 1994 een ziekenfondsoverstijgende risicovereeniging (*Risikostrukturausgleich*) in werking gesteld. In de GKV wordt zorg in natura verleend. In het verleden gebeurde dit op basis van een zogeheten *Krankenschein*, die telkens een kwartaal geldig was. Tegenwoordig zijn verzekerden houders van een chipcard op basis waarvan zorgverleners hun declaraties kunnen indienen. De Duitse *Krankenkassen* treden overigens niet alleen op als ziektekostenverzekeraar, maar keren ook ziektegeld uit. Arbeidsgeneeskunde en curatieve zorg zijn daarmee

verzekeringstechnisch in één hand ondergebracht. Dat verklaart ook het unieke Duitse fenomeen van de diverse kuroorden, waarheen werknemers (preventief) kunnen worden verwezen.

In 1994 is naast de GKV de zogeheten *Pflegeversicherung* ingevoerd, een verplichte volksverzekering voor langdurige zorg voor zowel ziekenfonds als particulier verzekerden. De premie voor de *Pflegeversicherung* wordt conform de ziekenfondspremie door de werknemer en de werkgever betaald. De *Pflegeversicherung* is bedoeld voor zorgbehoevenden die vanwege een lichamelijke of psychische ziekte of belemmering bij hun regelmatig terugkerende of alledaagse handelingen voor ten minste zes maanden hulp nodig hebben. De *Pflegeversicherung* onderscheidt drie *Pflegestufen* (zorgklassen) in oplopende graad van hulpbehoefte. In elke zorgklasse bestaat keuzevrijheid tussen zorg in natura of een budget dat besteed kan worden aan zorgverlening door familieleden of kennissen. Wie voor een dergelijk 'persoonsgebondenbudget' kiest, krijgt overigens een lagere vergoeding (ongeveer de helft) dan gependend kan worden aan zorg in natura. Ook de zorg in natura is overigens aan een maandelijks maximum gebonden dat uiteraard oploopt naar zorgklasse. Professionele zorg in de ambulante sector wordt op basis van honorering per verrichting vergoed, terwijl verzorging in een instelling op basis van per diem charges gefinancierd wordt. De tarieven zijn onderwerp van onderhandeling tussen de aanbieders en ziekenfondsen op Länderniveau.

### **Particuliere verzekering**

Duitsland kent twee typen particuliere verzekering: polissen die een deel van de bevolking volledig verzekeren en de aanvullende verzekeringen voor ziekenfondsverzekerden. Beide typen worden aangeboden door 52 particuliere zorgverzekeraars die verenigd zijn in het *Verband der Privaten Krankenversicherung*. Daarnaast zijn er nog ongeveer 45 andere zeer kleine en meestal regionale particuliere zorgverzekeraars. De premies van particuliere verzekeraars zijn gemiddeld meer dan vier keer zo hoog als de ziekenfondspremies. Voor particulier verzekerden geldt een restitutiestelsel. Artsen vragen aan particulieren een veel hoger tarief. Mede daardoor zijn de kosten per verzekerde gemiddeld drie keer zo hoog zijn als in de publiekrechtelijke verzekering. Voor een particuliere zorgverzekering kan iedereen in aanmerking komen die niet in de GKV verplicht verzekerd is.<sup>10</sup>

### **Eigen bijdragen**

Eigen bijdragen hebben, met name in geneesmiddelensector, een lange traditie in het Duitse gezondheidszorgsysteem. De hoogte van deze eigen bijdrage voor geneesmiddelen is in de loop der jaren regelmatig veranderd. In 2002 betaalden publiek verzekerden € 4, € 4,50 of € 5 per voorschrift (bedrag afhankelijk van de verpakkingsgrootte). Daarnaast geldt een systeem van referentieprijzen. Als de prijs van het geneesmiddel boven dit *Festbetrag* komt, moet de patiënt de kosten zelf bijbetalen.<sup>11</sup>

Andere verstrekkingen waarvoor verzekerden een eigen bijdrage moeten betalen zijn verband- en hulpmiddelen, kunstgebit, ziekenvervoer, ziekenhuisbehandelingen (€ 9 per ligdag, met een maximum van 14 dagen; kinderen uitgezonderd)<sup>12</sup> en revalidatiekuren. Voor medische zorg verleend door gecontracteerde artsen (die lid zijn van een *Kassenärztliche Vereinigung*) gelden geen eigen bijdrage. In de *Pflegeversicherung* gelden geen eigen bijdragen.<sup>13</sup>

## **1.2 De organisatie en consumptie van zorg**

### **Ambulante zorg**

Binnen de ambulante zorg wordt formeel geen onderscheid gemaakt tussen huisartsen en specialisten. Dat houdt in dat huisartsen geen poortwachters zijn. Patiënten zijn ook niet verplicht zich bij een huisarts in te schrijven. Ten tijde van de vroegere *Krankenschein* waren patiënten nog per kwartaal gebonden aan één en dezelfde arts. Met de chipcard kunnen patiënten echter flexibel van arts wisselen. De zorg wordt verleend door zelfstandig gevestigde huisartsen en ambulante werkende specialisten, van wie 75% werkzaam is in een solo-praktijk (European Observatory on Health Care Systems). In Duitsland werkten in 2001 298.000 artsen.<sup>14</sup> De statistieken van het Statistisches Bundesamt Deutschland splitsen niet het aantal ambulante werkende artsen uit. In de data van het European Observatory on Health Care Systems wordt voor 1998 melding gemaakt van 112.683 zelfstandig gevestigde artsen, waarvan 38,7% huisarts is en de rest specialist. De OECD data komen uit op een artsendichtheid van 3,3 per 1.000 inwoners en een huisartsendichtheid van 1,1.

Wat de langdurige zorg betreft, maken in Duitsland veel ouderen gebruik van mantelzorg, vooral van de familieleden. In de vroegere Bondsrepubliek werden ongeveer 1.2 miljoen oude-

ren verzorgd door familieleden. Rond een half miljoen ouderen wonen in verpleeghuizen (*Altenpflegeheime*). Een klein percentage van de ouderen woont in verzorgingshuizen, die in Duitsland een slechte reputatie hebben. De laatste 20 à 25 jaar zijn de zogenoemde *Sozialstationen* de belangrijkste ambulante zorginstellingen voor Thuiszorg geworden.

### **Intramurale zorg**

Ziekenhuiszorg wordt verleend door een mix van publieke (37%), private non-profit (41%) en private for-profit (21%) ziekenhuizen (Van Katwijk, 2001). In 2001 waren er 2240 ziekenhuizen met in totaal 552.680 bedden. Het gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis komt daarmee op 245.<sup>15</sup> Daarnaast waren er in 2001 waren in Duitsland 1388 zogeheten *Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen* (inclusief revalidatiecentra dus) met in totaal 189.253 bedden.<sup>16</sup>

Specialisten in ziekenhuizen zijn werkzaam in loondienst. In 2001 waren 114.930 artsen werkzaam in een ziekenhuis (38,6% van het totaal aantal artsen). Ziekenhuizen bieden uitsluitend klinische zorg (alleen universiteitsziekenhuizen hebben poliklinieken). Sinds 1993 mogen ziekenhuizen ook dagchirurgie aanbieden. Over het aandeel van dagchirurgie in de totale ziekenhuiszorg worden door het Statistisches Bundesamt Deutschland geen cijfers gepubliceerd. Maar medio jaren negentig werden de meeste verrichtingen die, technisch gesproken, in dagbehandeling zouden kunnen worden uitgevoerd in Duitsland nog overwegend klinisch behandeld.<sup>4</sup>

Patiënten mogen vrij kiezen uit alle ziekenhuizen die een vergoeding hebben (zie hieronder). Uiteraard moeten ze daarvoor wel door een aan het ziekenhuis verbonden arts worden opgenomen.

De deelstaten zijn verantwoordelijk voor de planning en financiering van de ziekenhuizen. Daartoe stellen zij een raming van de benodigde behoefte aan ziekenhuiszorg, het aantal benodigde specialisten en bedden. Ziekenhuizen worden alleen dan gefinancierd wanneer ze in het ziekenhuisplan van de betreffende deelstaat zijn opgenomen. Duitsland kent zowel publieke als particuliere ziekenhuizen. Beide typen komen op gelijke wijze voor financiering in aanmerking. De ziekenhuiszorg kostte in 2001 € 62,0 miljard (27,4% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg)<sup>17</sup>. De OECD cijfers kwamen voor 2000 uit op een aandeel van 30,2%.



### **Geneesmiddelen**

De registratie van geneesmiddelen is streng gereguleerd onder de Geneesmiddelenwet en via richtlijnen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat registratie voldoende voorwaarde is voor vergoeding door de sociale verzekering. Vergoeding vindt plaats volgens een systeem van referentieprijzen en onder macrobudgettering. In 2001 werden € 34,9 miljard besteed aan geneesmiddelen (15,5% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg).<sup>18</sup>

### **Consumptie van zorg**

In 2001 werden 16.584.000 patiënten opgenomen in een ziekenhuis (20,1 per 100 inwoners). Het totaal aantal verpleegdagen bedroeg 162.795.000, de gemiddelde ligduur meer dan 9 dagen. Het bedbezettingspercentage was 80,7%.<sup>19</sup> In verpleeg- en revalidatiecentra werden daarnaast in 2001 nog eens 2.097.000 patiënten behandeld met een gemiddelde ligduur van 25,5 dagen.<sup>20</sup>

### **Conclusie**

De Duitse gezondheidszorg is duur. Op het gebied van acute curatieve zorg wordt daarvoor ook veel geboden. De zorg is kwalitatief goed en goed toegankelijk. Sommige verstrekkingen zijn vanuit Nederlands perspectief zelfs ronduit luxe (denk aan de kuuroorden). Op het terrein van langdurige zorg is met de invoering van de *Pflegeversicherung* een duidelijke stap vooruit gezet in de financiële toegankelijkheid van voorzieningen voor ouderen en hulpbehoevende chronisch zieken. Een terugkerend discussiepunt in de Duitse politiek blijft echter de betaalbaarheid van het systeem. Budgettering en verhoging van eigen bijdragen hebben in het verleden slechts in beperkte mate geleid tot kostenbeheersing en meer ingrijpende maatregelen lijken op termijn onafwendbaar.

De zorg kent relatief grote keuzevrijheid. Verzekerden kunnen vrij kiezen tussen de verschillende ziekenfondsen, er is vrije artskeuze en vrije keuze uit vergunninghoudende ziekenhuizen (zij het dat een opname uiteraard alleen door een aan het ziekenhuis verbonden arts kan plaatsvinden). Het feit dat in de GKV een systeem van zorg in natura geldt, beperkt de vrije artskeuze nauwelijks. Verzekerden kunnen met hun chipcard naar believen 'shoppen' onder alle gecontracteerde artsen. Keuzevrijheid op het gebied van medische zorg is diep verankerd in het Duitse systeem. Een poortwachterfunctie van huisartsen kan dan ook niet op brede acceptatie onder de bevol-

king rekenen. In de ouderenzorg en langdurige zorg neemt mantelzorg van oudsher een belangrijk aandeel in. De inrichting van de Pflegeversicherung is hierop afgestemd, door ook cash uitkeringen te bieden. Daarmee heeft de cliënt ook op het gebied van verpleging en verzorging in principe een grote keuzemogelijkheid bij het samenstellen van het gewenste pakket aan diensten.

Algemeen kan worden gesteld dat de Duitse gezondheidszorg curatief georiënteerd is en in technisch opzicht modern. De ambulante werkende specialisten en huisartsen beschikken bijvoorbeeld in hun eigen praktijk over een uitgebreid arsenaal aan moderne apparatuur. Minder vooruitstrevend is de Duitse gezondheidszorg als het gaat om organisatorische vernieuwing van de zorg. Zaken als substitutie van zorg, dagchirurgie, of ketenzorg komen niet of moeizaam tot stand door de strikte scheiding tussen ambulante en klinische zorg. De mogelijkheden voor ziekenfondsen om hierin het voortouw te nemen zijn eveneens beperkt, omdat zij geen individuele contracten met aanbieders kunnen sluiten. Een recente poging om zulke *Einzelverträge* in te voeren, is gestrand, onder meer door het verzet van de artsenorganisaties. Fundamentele veranderingen in het beleid en de organisatie van het Duitse gezondheidszorgsysteem komen dus in het algemeen moeizaam tot stand. Dat heeft te maken met de corporatistische structuur, waarin veel macht ligt bij de verschillende belangengroepen (werkgevers, vakbonden, ziekenfondsen, artsen) maar ook met de wettelijke verankering van de zorg in *Sozialgesetzbuch V*. Koerswijzigingen zijn veelal alleen mogelijk via aanpassing van de wet. En wetswijziging is in een parlementaire (consensus)democratie nogal een 'zwaar' en weinig flexibel beleidsinstrument.

## 2 Engeland & Wales

Tabel 2    **Systeem kenmerken en kerncijfers over demografie en gezondheids-toestand, kosten, consumptie en aanbod in het Verenigd Koninkrijk<sup>1</sup>.**

<i>Type stelsel</i>	National health service: 100% van de bevolking
<i>Eigen bijdragen voor:</i>	
Artsbezoek	nee
Geneesmiddelen	ja
Ziekenhuisverblijf	nee
Inschrijving op naam huisarts	ja
Rechtstreekse toegang tot specialist	nee
Aantal inwoners (in miljoenen)	58,6
% Bevolking > 65 <sup>II</sup>	15,9
Levensverwachting bij de geboorte in jaren	77,8
% Bevolking dat eigen gezondheidstoestand als goed beoordeeld <sup>III</sup>	74,2
<i>Gestandaardiseerde sterfte aan<sup>IV</sup>:</i>	
Kanker	184,7
Hartvaataandoeningen	265,4
<i>Totale uitgaven gezondheidszorg:</i>	
als % BBP	7,3
per capita in US\$ PPP	1992
<i>Uitgaven voor acute intramurale en revalidatiezorg:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	niet beschikbaar
<i>Uitgaven ambulante zorg<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	niet beschikbaar
<i>Eigen betalingen<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	niet beschikbaar
<i>Publieke financiering:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	80,9
Aantal acute ziekenhuisbedden per 1000 inwoners	3,9
Aantal specialisten <sup>III</sup> per 1000 inwoners	1,4
Aantal huisartsen <sup>III</sup> per 1000 inwoners	0,6
Aantal apothekers per 1000 inwoners	niet beschikbaar

Type stelsel	National health service: 100% van de bevolking
Aantal verpleegkundigen <sup>II</sup> per 1000 inwoners	9,0
Artsbezoeken per persoon per jaar	4,9
Ligdagen in acute ziekenhuisbedden p. p. per jaar	1,1
Gemiddelde ligduur in acute ziekenhuisbedden in dagen	7,0

I Bron: OECD Health Data 2003. Cijfers voor 2000 tenzij anders aangegeven.

II Cijfers voor 2001

III Cijfer voor 1998

IV Cijfers voor 1999

### Land en bevolking

Het Verenigd Koninkrijk bestaat uit Engeland, Wales, Schotland (samen: Groot-Brittannië) en Noord-Ierland. De verschillende gebiedsdelen zijn niet alleen zelfstandig op het gebied van nationale voetbalelfallen, maar ook voor wat betreft de organisatie en sturing van de gezondheidszorg. Engeland en Wales vormen op het terrein van de gezondheidszorg een administratieve eenheid. Ook in economisch en demografisch opzicht vormen Engeland en Wales het zwaartepunt: 88,6% van de bevolking van het Verenigd Koninkrijk woont hier. Om die reden worden in dit hoofdstuk gegevens, tenzij anders vermeld, gepresenteerd die betrekking hebben op de gezondheidszorg in Engeland en Wales. Omwille van de leesbaarheid worden deze beide gebiedsdelen in de tekst aangeduid als 'Engeland'. De OECD cijfers vormen overigens een belangrijke uitzondering op de zojuist geformuleerd regel: zij hebben betrekking op het Verenigd Koninkrijk als geheel. Ook Engeland heeft te kampen met een vergrijzende bevolking. 16% van de mensen is ouder dan 65 jaar. Voor het jaar 2050 wordt een verdubbeling verwacht in de oudste leeftijdsgroep.<sup>21</sup> Het aantal chronisch zieken, ouderen met multiple aandoeningen, en mensen met psychiatrische aandoeningen neemt toe.<sup>22</sup>

## 2.1 Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering

### Grondslagen en sturing

Engeland heeft een staatsgezondheidszorg, de National Health Service (NHS), die gefinancierd wordt uit de belastingopbrengsten. De NHS werd traditioneel strak geleid vanuit het *Department of Health*. Regionale en lokale *Health Authorities*

zorgden voor de feitelijke uitvoering door gelijktijdig op te treden als financier en aanbieder van zorg. Uitzondering vormden van oudsher de huisartsen, die niet in overheidsdienst waren, maar als zelfstandig beroepsbeoefenaren gecontracteerd werden door de NHS. In dit systeem zijn in de afgelopen 15 jaar belangrijke veranderingen opgetreden. De hervormingen die hebben plaatsgevonden bestaan uit een zogeheten *purchaser-provider split* en uit een decentralisatieproces. De *purchaser-provider split* houdt in dat de oorspronkelijk in één hand, namelijk de *Health Authority*, verenigde functies van financier en aanbieder van zorg werden gescheiden. De *Health Authorities* gingen nog slechts als inkoper van zorg optreden (*purchasers*) ten opzichte van de aanbieders van zorg (*providers*). Deze aanbieders hebben in de loop der jaren daarom een meer zelfstandige positie verworven. Ziekenhuizen konden, aanvankelijk op vrijwillige basis, ervoor kiezen om een zelfstandig opererende eenheid te worden, een zogeheten *Hospital Trust*, los van de *Health Authority*. Huisartsen konden zich, eveneens op vrijwillige basis, aanmelden als *GP Fundholder* om naast de *Health Authorities* op te treden als inkoper van aanvullende en tweedelijnszorg voor hun eigen patiënten. Het doel van deze hervormingen was om de centraal aangestuurde NHS minder bureaucratisch te maken en gevoeliger voor de wensen en behoeften van patiënten. De hier geschetste hervormingen waren gebaseerd op 'Working for Patients', een beleidsnota van de Conservatieve regering uit 1989. Met het aantreden van de Labour regering in 1997 is het door de conservatieven ingezette beleid van gescheiden verantwoordelijkheden en decentralisatie van bevoegdheden en budgetten feitelijk voortgezet. Het beleidsprogramma draagt de titel 'Shifting the Balance of Power'. Hoewel het deels een voortzetting van oud beleid vormt zijn wel een paar duidelijk eigen accenten aangebracht. Een van de meest opvallende eigen accenten betrof de afschaffing van het *GP Fundholding* systeem per 1 april 1999, omdat *Fundholding* tot een tweedeling in de zorg zou leiden.<sup>23</sup> Als 'opvolger' van de *fundholders* en de regionale *Health Authorities* bij het inkopen van tweedelijnszorg fungeren nu de zogeheten *Primary Care Trusts*. Deze worden bestuurd door huisartsen, verpleegkundigen, vertegenwoordigers van sociale voorzieningen en vertegenwoordigers van het publiek.<sup>24</sup> Zij zijn verantwoordelijk voor de eerstelijnszorg in hun regio (variërend van 30.000 tot 250.000 inwoners, met een gemiddelde van rond de 100.000) en voor het inkopen van zorg bij de *Hospital Trusts*, recent omgedoopt tot *Acute & Specialist Trusts*. Op termijn zullen de PCT's 75% van het

NHS-budget beheren en daarmee de NHS voor een belangrijk deel (be)sturen.

Qua sturing is de NHS daarmee in de afgelopen 15 jaar veranderd van een hiërarchische geleide bureaucratie tot een decentraal, zelfregulerend systeem gebaseerd op outcome-financiering (*payment by results*), strak toezicht op kwaliteit en prestaties en meer keuzevrijheid voor de patiënt. Prestaties van zorgaanbieders worden gemonitord met behulp van een *Performance Assessment Framework*, dat door de Commission for Health Improvement (CHI) wordt gereguleerd. Prestaties worden gemeten aan de hand van een groot aantal klinische indicatoren, indicatoren voor veiligheid, informatiebereidheid en bejegening, medewerkertevredenheid, ziekteverzuim etc. De prestatie-indicatoren van de verschillende *Trusts* worden openbaar gepubliceerd en zijn daarmee ook voor patiënten toegankelijk. Binnen het raamwerk van prestatie-indicatoren is bovendien expliciet een hoofdstuk ingeruimd voor *patient focus*. Centraal daarin staan de indicatoren voor informatiebereidheid en bejegening, maar vooral ook voor de indicatoren voor wachttijden. De NHS is sinds jaar en dag berucht om zijn wachttijden en wachtlijsten. Het terugdringen daarvan en verbeteren van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg is dan ook een van de speerpunten van het beleid van Labour.

Het toezicht op kwaliteit en doelmatigheid is naast CHI in handen van NICE (National Institute for Clinical Excellence), opgericht in 1999.<sup>25</sup> NICE is verantwoordelijk voor het ontwikkelen en het verspreiden van klinische richtlijnen en verwijsprotocolen en voor het stimuleren van 'good practice based upon evidence of clinical and cost-effectiveness'. Daarnaast moet het instituut nieuwe behandelingen en technologie beoordelen en de NHS adviseren over de klinische en kosteneffectiviteit van deze innovaties vergeleken met bestaande behandelingen.

### **Kosten**

De Engelse NHS kostte in het financiële jaar april 2002 t/m maart 2003 £ 56.728 miljoen.<sup>26</sup> Voor het gehele Verenigd Koninkrijk bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg in 2001 £ 75.014 miljoen, waarvan 82,2% publiek gefinancierd werd (£ 61,624 miljoen) en 17,8% privaat (£ 13,372).<sup>27</sup>

### **De NHS**

De NHS staat open voor alle ingezetenen (100% van de bevolking). De NHS is opgericht in 1948 en biedt, zoals Engelsen

zelf dat omschrijven: “[...] universal access to comprehensive treatment and care, largely free at the point of use”.<sup>28</sup> Vrije toegang tot een breed pakket van voorzieningen, zonder eigen bijdragen. In de praktijk zijn er wat de universele dekking betreft fundamentele verschillen tussen acute en langdurige zorg. De NHS dekt de acute zorg (huisarts, specialist, ziekenhuis, geneesmiddelen etc.) volledig, maar biedt slechts beperkt en inkomensafhankelijke toegang tot langdurige zorg. Langdurige zorg wordt beschouwd als de verantwoordelijkheid van individuen (betaling uit eigen portemonnee) met de particuliere sector als de belangrijkste aanbieder. Engeland kent bovendien van oudsher een in de grondwet verankerde scheiding tussen de organisatie en financiering van de gezondheidszorg onder de NHS en de sociale voorzieningen van de lokale overheid, hoewel de recente hervormingen expliciet gericht zijn op doorbreken van die schotten.<sup>22</sup> Ouderenzorg behoort voor een deel tot de gezondheidszorg en voor een andere deel tot de sociale sector, de mantelzorg en de particuliere sector.<sup>29</sup> De langdurige zorg verleend door de NHS is inkomensafhankelijk. Ouderen met een totaal vermogen van meer dan £16,000, moeten eerst hun eigen middelen aanspreken (totdat het eigen vermogen gedaald is tot £16,000). Pas dan komen zij in aanmerking voor zorg uit de publieke middelen. In antwoord hierop zijn particuliere verzekeringen ontwikkeld voor langdurige zorg.<sup>30</sup>

Ouderenzorg verleend in verzorgingshuizen wordt gefinancierd door de lokale overheid. Daarmee is deze zorg kwetsbaar, omdat de toegankelijkheid ervan afhankelijk is van de lokale financiële capaciteiten (hoewel gemeenten doeluitkeringen hiervoor ontvangen). Gemeenten zijn vrij in het bepalen van de inhoud van de geboden zorg en de indicatiecriteria.<sup>30</sup> Deze situatie leidt tot ongelijkheid.<sup>31</sup> Het duale financieringssysteem via zowel de centrale als de lokale overheid veroorzaakt discussie over de grenzen van acute en langdurige zorg. Geriatrische patiënten en lokale overheidsinstanties kunnen zich verzetten tegen verwijzing naar verzorgingshuis of de Thuiszorg, waar de patiënt zelf of de lokale overheid de kosten moeten dragen.<sup>30</sup>

### **Particuliere verzekering**

Particuliere ziektekostenverzekeringen in Engeland bieden de mogelijkheden om van niet-NHS-voorzieningen gebruik te maken, bijvoorbeeld particuliere verpleeghuizen of alternatieve geneeswijzen. Ongeveer 10% van de Britse bevolking heeft een particuliere ziektekostenverzekering.<sup>32</sup>

### **Eigen bijdragen**

Eigen bijdragen worden onder de NHS alleen gevraagd voor geneesmiddelen en bedragen € 9,74 per receptregel (€ 9,58 in Wales). Wie gedurende langere tijd geneesmiddelen gebruikt, kan een 'abonnement' nemen voor de eigen bijdragen op geneesmiddelen van € 51 per 4 maanden of € 140 per jaar.<sup>11</sup> In intramurale voorzieningen voor langdurige zorg en ouderenzorg moeten eigen bijdragen voor huisvesting en voeding.<sup>30</sup> Daarnaast is vergoeding van een verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis inkomensafhankelijk.

## **2.2 De organisatie en consumptie van zorg**

### **Ambulante zorg**

Net als in Nederland, functioneren in Engeland de huisartsen als poortwachter tot tweedelijnsvoorzieningen. Huisartsen zijn werkzaam als vrij beroepsbeoefenaar en sluiten contracten met de NHS. Patiënten zijn vrij in de keuze van een huisarts.

In 2002 werkten in de NHS 73.474 ziekenhuisartsen en 31.182 huisartsen. De totale artsendichtheid is 2,0 per 1.000 inwoners (ziekenhuisartsen: 1,4/1.000, huisartsen: 0,6/1.000). Van de huisartsen werkt 79% fulltime. Slechts 9% van de huisartsen werkt in een solopraktijk, terwijl 34% werkt in groepspraktijken van zes of meer huisartsen. Huisartsen worden onder meer ondersteund door praktijkverpleegkundigen. Daarvan werkten er in 2002 20.983 (11.998 FTE).<sup>33 34</sup>*Een recente ontwikkeling vormt de instelling van een tweetal direct toegankelijke voorzieningen: een telefonisch hulplijn, de NHS-direct, waarbij verpleegkundigen de lijn bemannen en walk-in centers, centra waar artsen een inloopspreekuur houden. De telefonische hulplijn is bedoeld voor advies aan patiënten met betrekking tot zelfzorg en/of doorverwijzing naar een geschikte zorgverlener.*<sup>24</sup>

Langdurige en ouderenzorg in Engeland is voor een belangrijk deel synoniem met Thuiszorg. Van oudsher is het beleid gericht geweest op het verzorgen van ouderen zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde leefomgeving te verzorgen. Wijkverpleegkundigen in dienst van de NHS vormen de belangrijkste schakel in deze zorg.

### **Intramurale zorg**

Ziekenhuizen in de NHS zijn in de loop van de jaren '90 allemaal ondergebracht in *Trusts*: onafhankelijke eenheden met



een eigen financieel beheer en personeelsbeleid (ook voor wat betreft arbeidsvoorwaarden). In 1998 waren er ongeveer 450 *Trusts*, die meer dan 1.600 ziekenhuizen bestuurden.<sup>35</sup> Het totaal aantal acute ziekenhuisbedden in 2001/2002 bedroeg 109.000; samen met de geriatische bedden in algemene ziekenhuizen bedraagt het aantal bedden 136.583.<sup>36</sup> Voor wat betreft de toepassing van dagchirurgie bevindt Engeland zich, vergeleken met andere Europese landen, in de middenmoot.<sup>4</sup> Een opvallend aspect van de Britse gezondheidszorg is de, voor een land met een Beveridge systeem, vrij sterk ontwikkelde particuliere zorgsector. Particuliere zorg wordt verstrekt door onafhankelijke ondernemingen en gefinancierd uit eigen betalingen.<sup>29</sup> De NHS kan via contractering ook gebruik maken van de voorzieningen van de particuliere zorgsector.<sup>37</sup> Cijfers over het aanbod en gebruik van particuliere ziekenhuizen worden echter niet regulier verzameld.<sup>38</sup>

Ouderen die niet (meer) in de thuissituatie kunnen wonen, worden opgevangen in verzorgingshuizen, die zowel publiek als particulier eigendom kunnen zijn. Financiering van publieke verzorgingshuizen vindt plaats door gemeenten. Langdurige zorg wordt echter ook verleend door particuliere aanbieders onder NHS-contract. Het gaat dan bijvoorbeeld om langdurige psychiatrische verpleging, revalidatie en verpleegzorg. De particuliere sector verleent meer dan 80% van de ouderenzorg. Dit gebeurt op basis van een ondoorzichtige financieringsstructuur die een mix vormt van geld van lokale overheden, NHS-budgetten, en in toenemende mate particuliere betalingen.<sup>29</sup> In 2001 waren er in Engeland 341.200 plaatsen in 24.100 verzorgingshuizen (gemiddeld 14 plaatsen per locatie) en 186.800 bedden in 5.700 verpleeghuizen (gemiddeld 33 bedden per locatie). Voor Nederlandse begrippen betreft het in het algemeen kleinschalige voorzieningen. Het aandeel van de private voorzieningen bedroeg in 2001 92% van de verzorgingshuizen en 85% van de plaatsen.<sup>39</sup>

### **Geneesmiddelen**

Richtlijnen voor de toepassing van nieuwe geneesmiddelen in de klinische praktijk worden opgesteld door NICE. De geneesmiddelenvoorziening is in handen van apothekers en apothekhoudende huisartsen. In 2001 had de NHS 10.482 apotheken onder contract. Daarnaast zijn ruim 5000 huisartsen (17%) apothekhoudend.

### Consumptie van zorg

Het gebruik van gezondheidszorg ligt in het Verenigd Koninkrijk relatief laag. Het aantal artsbezoeken per persoon per jaar bedraagt 4,9 (zie tabel hieronder). Ook het gebruik van ziekenhuiszorg is beperkt. Aantal ziekenhuisopnamen (*Finished Episodes*) bedroeg in 2001-2002 12,4 miljoen, waarvan 3,6 miljoen (29,2%) dagopnamen.<sup>40</sup> Het aantal afleveringen (geneesmiddelen) per persoon per jaar bedroeg in 2002 12,5.<sup>41</sup>

### Conclusie

De NHS werkt verhoudingsgewijs goedkoop. De uitgaven voor gezondheidszorg in Engeland behoren tot de laagste van Europa. Dit is voor de Britse overheid geen aanleiding om tevreden achterover te leunen, want jarenlange onderfinanciering heeft in de NHS geleid tot oplopende wachttijden, verouderde voorzieningen en achterstallig onderhoud. Waar in de meeste Europese landen kostenbeheersing voorop staat, is het streven van de Britse overheid gericht op het realiseren van extra investeringen, teneinde de uitgaven op het niveau van het Europese gemiddelde te brengen; een doel dat men in 2008 hoopt te hebben bereikt.<sup>42</sup> Als staatsgezondheidszorg was de NHS van oudsher centralistisch ingesteld en liet weinig ruimte voor de wensen van de individuele patiënt. Hoewel de hervormingen van de NHS in de afgelopen 15 jaar gericht waren op het terugdringen van bureaucratie en het gevoeliger maken van het systeem voor wensen en behoeften van bevolking, is de feitelijke keuzevrijheid van patiënten nog steeds gering. Zij kunnen niet werkelijk 'met de voeten stemmen': hun woonplaats bepaalt onder welke *Primary Care Trust* zij vallen en binnen die *Primary Care Trusts* zijn het vooral aanbieders (huisartsen, verpleegkundigen en sociaal werkers) die bepalen hoe de eerstelijnszorg wordt vormgegeven en welke aanvullende tweedelijnszorg wordt ingekocht. Patiëntgerichtheid wordt in het Engelse systeem ingevuld op een wat paternalistische manier, waarbij de eerstelijnsaanbieders feitelijk aan het roer staan en 'sturen op de vraag'. Keuzemogelijkheden bestaan wel op het vlak van acute eerstelijnszorg, doordat patiënten kunnen kiezen voor de *NHS Direct* of een *walk-in centre*. Keuzemogelijkheden bestaan ook in het particuliere circuit, maar daarvan kan slechts een beperkt deel van de bevolking gebruik maken. De onderfinanciering van de NHS heeft, zoals gezegd, geleid tot achterstallig onderhoud en relatief verouderde voorzieningen (in termen van 'onroerend goed'). Ook op ondersteunende diensten zoals schoonmaak is jarenlang bezuinigd. De *core business* van de NHS, het leveren van medische zorg,

kan zich wat kwaliteit betreft meten met andere moderne gezondheidszorgsystemen, maar kent problemen op het gebied van de toegankelijkheid (wachlijsten). Waar de NHS qua innovatiesnelheid in voorop loopt, is het gemak en de voortvarendheid waarmee het beleid verandert. De stand van zaken die gepresenteerd is in dit hoofdstuk, met name die onder het kopje 'grondslagen en sturing' heeft een geringe halfwaardetijd. Wanneer deze exercitie volgend jaar zou worden herhaald, zou waarschijnlijk een volstrekt andere tekst moeten worden geschreven. De decentralisatie ten spijt, is en blijft het de centrale overheid die beslist welke koers de NHS vaart en vergeleken met landen als Nederland of Duitsland wordt zij daarin weinig gehinderd door dwarsliggende veldpartijen. Of dat een pré is, valt moeilijk te beoordelen. De Britse overheid kan weliswaar slagvaardig gezondheidszorgbeleid voeren, maar de keerzijde van die medaille is dat de NHS continu in staat van reorganisatie verkeert. Bovendien heeft een wisseling van de politieke wacht in het Britse twee partijenstelsel veel verder reikende consequenties dan in een stelsel met coalitieregeringen, zoals de afschaffing door Labour van het wijd verspreide *GP Fundholding* systeem heeft laten zien.

### 3 België

**Tabel 3** Systeem kenmerken en kerncijfers over demografie en gezondheids-toestand, kosten, consumptie en aanbod in België <sup>I</sup>.

Type stelsel	Sociaal verzekeringssysteem: 99% van de bevolking
<i>Eigen bijdragen voor:</i>	
Artsbezoek	Ja
Geneesmiddelen	Ja
Ziekenhuisverblijf	Ja
<i>Inschrijving op naam huisarts</i>	Nee
<i>Rechtstreekse toegang tot specialist</i>	Ja
<i>Aantal inwoners (in miljoenen)</i>	10,3
<i>% Bevolking &gt; 65<sup>II</sup></i>	16,9
<i>Levensverwachting bij de geboorte:</i>	
In jaren	77,7
<i>% Bevolking dat eigen gezondheidstoestand als goed beoordeeld<sup>III</sup></i>	78,3
<i>Gestandaardiseerde sterfte aan:</i>	
Kanker	
Hartvaataandoeningen	Niet beschikbaar
<i>Totale uitgaven gezondheidszorg:</i>	
als % BBP	8,7
per capita in US\$ PPP	2293
<i>Uitgaven voor acute intramurale en revalidatiezorg:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	Niet beschikbaar
<i>Uitgaven ambulante zorg<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	34,3
per capita in US\$ PPP	691
<i>Eigen betalingen<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	Niet beschikbaar
<i>Publieke financiering:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	71,2
<i>Aantal acute ziekenhuisbedden:</i>	
per 1000 inwoners	Niet beschikbaar
<i>Aantal specialisten <sup>IV</sup>:</i>	
per 1000 inwoners	1,7

Type stelsel	Sociaal verzekeringsstelsel: 99% van de bevolking
Aantal huisartsen <sup>IV</sup> : per 1000 inwoners	1,4
Aantal apothekers: per 1000 inwoners	Niet beschikbaar
Aantal verpleegkundigen <sup>II</sup> : per 1000 inwoners	Niet beschikbaar
Artsbezoeken: per persoon per jaar	7,9
Ligdagen in acute ziekenhuisbedden: per persoon per jaar	Niet beschikbaar
Gemiddelde ligduur in acute ziekenhuisbedden: In dagen	Niet beschikbaar

I Bron: OECD Health Data 2003. Cijfers voor 2000 tenzij anders aangegeven.

II Cijfers voor 2001

III Cijfer voor 1997

IV Cijfer voor 1998

### Land en bevolking

België is een federale staat met drie Gemeenschappen: de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap, die ook op het terrein van gezondheidszorg autonome bevoegdheden hebben. De gemiddelde levensverwachting is 77,7 jaar. Van de bevolking is 16,9% ouder dan 65. De belangrijkste doodsoorzaken zijn hartaandoeningen en kanker.<sup>43</sup>

## 3.1 Het gezondheidszorgstelsel: financiering en verzekering

### Grondslagen en sturing

De grondbeginselen van de Belgische gezondheidszorg worden omschreven als<sup>44</sup>: een liberale opvatting van de geneeskunde (zorgverleners zijn zelfstandigen die per verrichting worden vergoed en diagnostische en therapeutische vrijheid hebben). Een stelsel van verplichte ziektekostenverzekering, dat wordt beheerd in overleg tussen verzekeraars, aanbieders en overheid. Vrije keuze van de patiënt voor een zorginstelling en/of arts.

De federale overheid (het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu) is verantwoordelijk voor het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg voor zover dat is vastgelegd in organieke wetgeving (bijvoorbeeld de Ziekenhuiswet), voor de verplichte ziektekostenverzekering binnen het stelsel van sociale zekerheid, de regelgeving met betrekking tot financiering van infrastructuur, de vaststelling van nationale erkenningnormen en het beleid en regelgeving inzake genees- en hulpmiddelen. Voor zover taken niet tot de verantwoordelijkheid van de federale overheid behoren, strekken de bevoegdheden van de Gemeenschappen zich uit tot de zorg verleend door instellingen (ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, Thuiszorg, GGZ) en de openbare gezondheidszorg en preventie. Om afstemming tussen de Gemeenschappen en federale overheid te garanderen zijn op diverse terreinen samenwerkingsovereenkomsten gesloten.<sup>44</sup>

### **Kosten**

De totale uitgaven van sociale ziektekostenverzekering bedroegen in 2002 € 14,2 miljard. Daarvan werd 34,2% besteed aan intramurale voorzieningen, 30,9% aan ambulante medische zorg en 17,6% aan geneesmiddelen.<sup>45</sup>

### **Sociale ziektekostenverzekering**

De verplichte ziektekostenverzekering is een tak van de sociale zekerheid en valt onder verantwoordelijkheid van de federale overheid. Nagenoeg de gehele bevolking valt onder de verplichte verzekering. Het aantal rechthebbenden bedroeg op 30 juni 2002 bijna 9,2 miljoen personen.<sup>46</sup> De dekking verschilt naar verzekeringsgrondslag: werknemers zijn verzekerd voor ambulante en klinische zorg en voor geneesmiddelen, zelfstandigen zijn alleen verzekerd voor de zogeheten grote risico's (hoofdzakelijk ziekenhuisopname)<sup>44</sup>. Het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV: Frans: INAMI) is op nationaal niveau belast met de uitvoering en controle van de verplichte ziektekostenverzekering. De feitelijke uitvoering in termen van het leveren van verstrekking is in handen van lokale en regionale ziekenfondsen die verenigd zijn in Landsbonden, waarvan de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten de grootste is. België kent geen apart verzekeringsregime voor langdurige zorg. Thuisverpleging en verpleeghuiszorg vallen onder de sociale ziektekostenverzekering.

### **Particuliere verzekering**

Commerciële particuliere verzekeringen voor het verzekeren van 'remgeld' (zie hieronder) en de toeslag voor privé-

kamers bij ziekenhuisopname dekken in België slechts een zeer klein percentage van de uitgaven, maar winnen aan belang. Ook de ziekenfondsen bieden hun verzekerden aanvullende verzekeringen. Deze staan, net als in Nederland, volledig los van de publieke taken van de ziekenfondsen.<sup>44</sup>

### **Eigen bijdragen**

De Belgische verplichte ziektekostenverzekering functioneert volgens een restitutiestelsel: de patiënt betaalt de gemaakte onkosten eerst zelf en krijgt deze vervolgens vergoed. Het verschil tussen kosten en vergoeding is voor rekening van de patiënt. Deze zogeheten 'remgelden' liepen in 2001 in totaal op tot € 1,4 miljard, waarvan ruim € 500 miljoen voor medische zorg en bijna € 450 miljoen voor geneesmiddelen.<sup>47</sup> De betaling van 'remgelden' is gebonden aan een fiscaal maximum (de zogeheten fiscale franchise) en gelden bovendien niet voor sociaal-economische zwakke groepen (weduwen/weduwenaars, wezen, gepensioneerden met een minimum pensioen). De hoogte van de eigen bijdragen bedraagt: maximaal 25% van de kosten van medische zorg.<sup>48</sup> € 12,07 per dag in het ziekenhuis.<sup>12</sup> 25%-80% van de kosten van geneesmiddelen (met uitzondering van middelen voor ernstige aandoeningen).<sup>11</sup>

## **3.2 De organisatie en consumptie van zorg**

### **Ambulante zorg**

Eerstelijnszorg wordt in België zowel door huisartsen als direct toegankelijke specialisten verleend. Sinds 1996 hebben artsen een erkenning van de federale overheid nodig om het beroep te mogen uitoefenen<sup>44</sup>. België telde in 2002 21.698 huisartsen en 19.065 specialisten.<sup>49</sup>

In België geeft 94% van de bevolking aan over een vaste huisarts te beschikken. Daarbij gaat het in het algemeen om solistisch werkende huisartsen (77% van de Belgen wendde zich in 2001 tot een alleen werkende huisarts).<sup>50</sup> Specialisten kunnen op ambulante basis worden geconsulteerd in de polikliniek van het ziekenhuis (63% van de contacten met de specialist), in de particuliere praktijk van de specialist (het 'privé-kabinet'; 34% van de contacten met de specialist) of elders, bijvoorbeeld bij de patiënt thuis (3% van de contacten met de specialist). Vooral oogartsen, dermatologen en gynaecologen zien meer dan de helft van hun patiënten in het "privé-kabinet". De heelkundige en inwendige specialisten hebben ongeveer 80% van de patiëntcontacten in het ziekenhuis.

Van de contacten met de specialist vindt 65% plaats op initiatief van de patiënt; 31% is het gevolg van een verwijzing door een huisarts en de resterende 4% vindt plaats op initiatief van een andere verwijzer (andere specialist of preventieve dienst). Rechtstreeks specialistbezoek (dus zonder verwijzing) komt significant meer voor bij hoger opgeleiden. Het aandeel specialistcontacten op initiatief van de patiënt is toegenomen van 54% in 1997 naar 65% in 2001.<sup>51</sup>

Thuisverpleging wordt geleverd door het Wit Gele Kruis (Croix Jaune et Blanche). Het Vlaamse Wit Gele Kruis had in 2002 4.515 verpleegkundigen in dienst. Cijfers voor de Waalse kruisverenigingen zijn niet gevonden. Bijna driekwart van de door het Vlaamse Wit Gele Kruis verleende zorg wordt vergoed op per verrichting. Voor ongeveer een kwart van de patiënten geldt een forfaitaire vergoeding afhankelijk van de zorgbehoefte.<sup>52</sup> Merk op dat het Wit Gele Kruis uitsluitend thuisverpleging biedt en geen gezinsverzorging, zoals in de Nederlandse Thuiszorg sinds de integratie kruiswerkgezinszorg gebruikelijk is.

#### **Intramurale zorg**

België telde in 1998 73.560 ziekenhuisbedden (7,2 per 1.000 inwoners). Om in aanmerking te komen voor financiering hebben ziekenhuizen een erkenning nodig van de Federale minister van Volksgezondheid. Het Federaal ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu stelt voor elk ziekenhuis de begroting vast.<sup>44</sup> Ziekenhuiszorg wordt voor 75% gefinancierd door de sociale ziektekostenverzekering en voor 25% door de federale overheid. De ziekenhuisfinanciering was van oudsher gebaseerd op het aantal bedden en een aantal structurele kenmerken, maar wordt geleidelijk aan hervormd tot een systeem waarin aantal en types van behandelingen/patiënten de grondslag vormen. Voor wat betreft de verspreiding van dagchirurgie liep België medio jaren negentig achter bij andere Europese landen.<sup>4</sup>

België kent samen met Nederland en de Verenigde Staten als enige een duaal ziekenhuissysteem: specialisten zijn in het algemeen niet in loondienst, maar werken als vrij beroepsbeoefenaar in het ziekenhuis. Zij worden daarbij per verrichting betaald.



### **Geneesmiddelen**

Voor het op de markt brengen van geneesmiddelen buiten een zogeheten gecentraliseerde procedure<sup>53</sup> is een machtiging nodig van het Belgische Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid, en Leefmilieu na advies van de Geneesmiddelencommissie van de Algemene Farmaceutische Inspectie.<sup>44</sup> België telde in 2002 11.191 apothekers.<sup>54</sup>

### **Consumptie van zorg**

In 1996 registreerden de Belgische ziekenhuizen meer dan 22 miljoen verpleegdagen. 81% van de Belgen rapporteerde over het jaar 2001 tenminste één contact met de huisarts; voor 21% was het laatste contact langer dan een jaar geleden. Van de 65-plussers had meer dan 90% minstens één jaarlijks contact met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per hoofd van de bevolking bedroeg in 2001 6,5. In 34% van de contacten betrof het een visite. In 10% van de contacten verwees de huisarts door naar een specialist, een röntgenafdeling, laboratorium of het ziekenhuis. De helft van de Belgische bevolking had in 2001 contact met een specialist. Het gemiddeld aantal contacten per persoon per jaar bedroeg 3,2 (deze cijfers wijken af van de OECD cijfers: cijfers komen uit Belgische Gezondheidsonderzoek). 14% van de bevolking rapporteerde voor 2001 een opname in het ziekenhuis. Het aantal ziekenhuisopnames per 100 inwoners per jaar komt daarmee uit op 17 (exclusief bevallingen). De gemiddelde ligduur is 8,2. 28% van de opnamen betreft een dagopname.<sup>55</sup> In 2001 gaf 47% van de Belgische bevolking aan in de afgelopen twee weken een geneesmiddel op recept te hebben gebruikt. Daarnaast gaf 28% van de bevolking aan in de afgelopen twee weken een OTC middel te hebben gebruikt.<sup>56</sup> Het Vlaamse Wit Gele Kruis behandelde in 2002 128.699 patiënten. Cijfers over geheel België ontbreken, aldus het jaarverslag 2002 van het Wit Gele Kruis.

### **Conclusie**

Het Belgische gezondheidszorgsysteem laat zien dat keuzevrijheid niet noodzakelijk tot oplopende zorgkosten hoeft te leiden. De uitgaven liggen in België op ongeveer hetzelfde niveau als in Nederland, terwijl patiënten in de ambulante sector zeer veel keuzevrijheid hebben. Een poortwachter ontbreekt en het restitutiestelsel biedt de patiënt maximale flexibiliteit. Als gevolg daarvan vindt tweederde van de contacten met de specialist plaats op initiatief van de patiënt, dus zonder verwijzing van een huisarts. Dit fenomeen vertoont een groeiende trend.

Van de mogelijkheid om rechtstreeks naar de specialist te gaan maken overigens hoger opgeleiden significant meer gebruik. De vrijheid in België geldt niet alleen de keuze voor een generalist of specialist. Ook wat plaats van de behandeling betreft, zijn er verschillende mogelijkheden. Zo kunnen specialisten worden bezocht op de polikliniek, maar ook in het “privékabinet”. Maar vooral de Belgische huisarts stelt zich klantvriendelijk op. In maar liefst een derde van de huisartspatiënt contacten gaat het om een visite. De Belg heeft niet alleen op papier keuzevrijheid. Ook in de praktijk valt er wat te kiezen, want het aanbod van zorg is ruim bemeten, zowel wat de artsensdichtheid betreft als aantal ziekenhuisbedden. Maar ook hier geldt: *there’s no such thing as a free lunch*. Belgen betalen vrij forse ‘remgelden’ op het moment dat zij zorg gebruiken. De eigen bijdragen beginnen bij 25% van de vastgestelde tarieven en kunnen oplopen tot 80% voor bepaalde geneesmiddelen. Daarbij vergeleken is een medicijnknaak bescheiden. Toch heeft het Belgische systeem duidelijk op solidariteit gestoelde kenmerken. De sociale ziektekostenverzekering dekt, in tegenstelling tot Nederland en Duitsland, vrijwel de gehele bevolking, de eigen bijdragen gelden niet voor de economische zwakkere groepen in de samenleving en er is bovendien een fiscaal maximum verbonden aan de eigen betalingen die patiënten op jaarbasis moeten doen.

## 4 Frankrijk

Tabel 4 Systeem kenmerken en kerncijfers over demografie en gezondheids-toestand, kosten, consumptie en aanbod in Frankrijk.<sup>1</sup>

Type stelsel	Sociaal verzekeringsstelsel: 100% van de bevolking
<i>Eigen bijdragen voor:</i>	
Artsbezoek	Ja
Geneesmiddelen	Ja
Ziekenhuisverblijf	Ja
<i>Inschrijving op naam huisarts</i>	Nee
<i>Rechtstreekse toegang tot specialist</i>	Ja
<i>Aantal inwoners (in miljoenen)</i>	58,9
<i>% Bevolking &gt; 65<sup>II</sup></i>	16,2
<i>Levensverwachting bij de geboorte:</i>	
<i>In jaren</i>	79,0
<i>% Bevolking dat eigen gezondheidstoestand als goed beoordeeld</i>	Niet beschikbaar
<i>Gestandaardiseerde sterfte aan<sup>IV</sup>:</i>	
Kanker	178,2
Hartvaataandoeningen	163,6
<i>Totale uitgaven gezondheidszorg:</i>	
als % BBP	9,3
per capita in US\$ PPP	2387
<i>Uitgaven voor acute intramurale en revalidatiezorg:</i>	
als % van totale uitgaven	39,0
per capita in US\$ PPP	931
<i>Uitgaven ambulante zorg<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	23,1
per capita in US\$ PPP	496
<i>Eigen betalingen<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	10,2
per capita in US\$ PPP	262
<i>Publieke financiering:</i>	
als % van totale uitgaven	
per capita in US\$ PPP	75,8

Type stelsel	Sociaal verzekeringsstelsel: 100% van de bevolking
<i>Aantal acute ziekenhuisbedden:</i> per 1000 inwoners	6,7
<i>Aantal specialisten<sup>III</sup>:</i> per 1000 inwoners	1,7
<i>Aantal huisartsen<sup>III</sup>:</i> per 1000 inwoners	1,6
<i>Aantal apothekers:</i> per 1000 inwoners	1,0
<i>Aantal verpleegkundigen<sup>I</sup>:</i> per 1000 inwoners	7,0
<i>Artsbezoeken:</i> per persoon per jaar	6,9
<i>Ligdagen in acute ziekenhuisbedden:</i> per persoon per jaar	1,9
<i>Gemiddelde ligduur in acute ziekenhuisbedden:</i> In dagen	Niet beschikbaar

I Bron: OECD Health Data 2003. Cijfers voor 2000 tenzij anders aangegeven.

II Cijfers voor 2001

III Cijfer voor 1998

IV Cijfers voor 1999

### Land en bevolking

Frankrijk is een centralistische republiek, bestaande uit 22 departementen in Europa (het zogeheten *France métropolitaine*) en vier overzeese departementen (Guadeloupe, Guyana, Martinique en Réunion). Frankrijk heeft ruim 59 miljoen inwoners, waarvan 1,7 miljoen in de overzeese gebiedsdelen. Het geboortecijfer lag in 2001 op 13,1 per 1000 inwoners. De levensverwachting was in 1999 78,1 jaar. De voornaamste doodsoorzaken zijn cardiovasculaire aandoeningen, respiratoire aandoeningen, kankers en ongelukken.<sup>57</sup>

## 4.1 Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering

### Grondslagen en sturing

Frankrijk heeft een verplicht sociaal verzekeringssysteem op Vismarkt grondslag (premies worden betaald door werkgevers en werknemers), met een sterke regulerende rol van de staat (*l'Etat*). Ziekenfondsen zijn private organen onder bestuur van werkgevers federaties en vakbonden. Zij staan onder toezicht van de Staat. Verantwoordelijkheden zijn niet altijd consequent verdeeld en worden herhaaldelijk opnieuw gedefinieerd, maar slechts zelden tot ieders tevredenheid.<sup>58</sup> Het parlement stelt de gezondheidsdoelen vast en bepaalt de budgettaire kaders. De ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid sturen het gezondheidszorgsysteem aan, maar het ministerie van Financien regelt de verzekeringsaspecten. De *Conférence nationale de santé*, een commissie bestaande uit vertegenwoordigers van beroepsbeoefenaren, instellingen en experts die op persoonlijke titel zitting hebben, doet voorstellen voor de koers van het gezondheidszorgbeleid op landelijk niveau. Daarnaast zijn *Conférences régionales de santé* verantwoordelijk voor lokale behoeftebepaling en prioriteitstelling.<sup>59</sup> De Staat heeft in Franse gezondheidszorg een behoorlijk vinger in de pap. De staat is verantwoordelijk voor de inhoud van het verzekerde pakket, de toegang tot de zorg, en de verdeling van verantwoordelijkheden. En de Staat borgt patiëntenrechten en de veiligheid van het gezondheidszorgsysteem. Veiligheid is een belangrijk politiek issue in de Franse gezondheidszorg, sinds het schandaal met HIV-besmet bloed. De staat is bovendien verantwoordelijk voor de planning van ziekenhuizen. De bevoegdheden op dit gebied worden echter in toenemende mate gedecentraliseerd.<sup>58</sup> In 1996 zijn de *Agences régionales de l'hospitalisation* ingesteld, die als doel hebben om binnen landelijk vastgestelde kaders het aanbod en de productie van ziekenhuizen te reguleren op basis van meerjarenafspraken.<sup>59</sup>

### Kosten

Het Franse Bruto Binnenlands Product bedroeg in 2001 € 1,464 miljard. Daarvan werd ruim 9% besteed aan gezondheidszorg.<sup>57</sup> De totale medische consumptie kostte in 2002 € 2.267 per hoofd van de bevolking.<sup>60</sup> De sociale ziektekostenverzekering financiert 75,5% van de totale kosten van zorg. De overheid financiert 1,1%, aanvullende verzekeringen financieren 12,1%. 11,3% wordt gefinancierd uit eigen betalingen.<sup>59</sup>

### **Sociale ziektekostenverzekering**

De sociale ziektekostenverzekering dekt sinds januari 2000 alle wettelijk ingezetenen. De *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés* (CNAMTS) biedt dekking aan ongeveer 80% van de bevolking via 16 regionale en 133 lokale ziekenfondsen. Daarnaast opereren nog een aantal aparte fondsen op nationaal niveau, voor specifieke beroepsgroepen (bijvoorbeeld boeren). Per 1 januari 2000 is daarnaast de *Couverture maladie universelle* (CMU) ingevoerd die, als een vangnet, zorg verzekert voor inwoners met een inkomen onder een bepaalde drempel en ook alle eigen bijdragen voor haar rekening neemt. Ongeveer 10% van de bevolking komt in aanmerking voor de CMU.<sup>58</sup>

Er is geen aparte verzekering voor langdurige zorg. Langdurige verzorging wordt vergoed door het sociale verzekeringssysteem, eventueel aangevuld door regionale sociale bijstand en/of een vermogensafhankelijke uitkering (vanaf 60-plus) die wordt toegekend bij verlies van autonomie (de *allocation personnalisée d'autonomie*) als tegemoetkoming in de kosten van langdurige zorg.<sup>61</sup>

### **Particuliere verzekering**

Particuliere verzekeringen kunnen in Frankrijk worden afgesloten als aanvullende verzekering, die eigen bijdragen vergoedt voor medische zorg in het algemeen, en voor tandheelkundige zorg en brillen (waarvoor zeer hoge eigen bijdragen gelden) in het bijzonder.<sup>58</sup> Er bestaat keuze uit zeer veel verschillende aanvullende pakketten met uiteenlopende dekking.<sup>62</sup> De vergoeding van eigen bijdragen geldt zowel voor de wettelijk vastgestelde eigen bijdragen (zie hieronder) als voor het eventueel daarbovenop komende verschil tussen het vastgestelde tarief en de prijs die de patiënt betaalt (zie Ambulante zorg). Een groeiend aantal Fransen (momenteel 87% van de bevolking) heeft een aanvullende verzekering.<sup>59</sup> <sup>63</sup>

### **Eigen bijdragen**

De eigen bijdragen voor medische zorg (de zogeheten *ticket modérateur*) zijn fors: 30% voor doktersrekening in de ambulante zorg, 25% voor een consult in het ziekenhuis en 20% voor behandeling in het ziekenhuis (voor de eerste 31 opnamedagen).<sup>64</sup> Deze eigen bijdragen gelden niet voor mensen met een invaliditeitspensioen en/of mensen die voor meer dan 2/3 arbeidsongeschikt zijn.<sup>65</sup> Eigen bijdragen voor geneesmiddelen variëren tussen de 35 en 65%, afhankelijk van de ernst van de aandoening waarvoor ze bedoeld zijn. Deze eigen bijdragen

gelden niet voor chronisch zieken, voor zover het geneesmiddelen betreft die zij voor hun chronische aandoening gebruiken.<sup>66</sup>

## **4.2 De organisatie en consumptie van zorg**

### **Ambulante zorg**

In Frankrijk geldt vrije artsenkeuze. Eerstelijnszorg wordt niet alleen door huisartsen geleverd, maar ook door rechtstreeks toegankelijke ambulante werkende specialisten. Uit een recente studie<sup>67</sup> is gebleken dat mensen met een aanvullende verzekering bij 'substitueerbare aandoeningen'<sup>68</sup> significant vaker kiezen voor bezoek aan een specialist in plaats van een huisarts onder constant houding van relevante sociaaldemografische achtergrondkenmerken en ervaren gezondheidstoestand. Frankrijk telde in 2001 ongeveer 200,800 bevoegde artsen. Ongeveer de helft daarvan is specialist. De huisartsendichtheid bedroeg in 2001 1,6 per 1.000 inwoners. Van de artsen werkt 56% in een ambulante particuliere praktijk.<sup>58</sup> Er geldt een vrije vestiging voor alle bevoegde artsen.<sup>69</sup> Artsen worden per verrichting betaald. De tarieven worden vastgesteld op basis van een nationale overeenkomst of bij interministerieel decreet. De tarieven zijn niet voor alle artsen bindend. Artsen die in de 'vrije sector' werken en artsen met speciale bevoegdheden (behaald voor 1980) mogen hogere tarieven in rekening brengen.<sup>70</sup> Betaling geschiedt volgens een restitutiestelsel, waarbij de patiënt eerst zelf de rekening betaalt en deze vervolgens indient bij de verzekering. Volgens de meest recente cijfers over 2002 kostte de ambulante zorg € 591 per hoofd van de bevolking (26,1% van de totale uitgaven). Van de ambulante zorgkosten komt 46,9% voor rekening van medische zorg verleend door artsen.<sup>60</sup>

### **Intramurale zorg**

Het Franse gezondheidszorgsysteem is van oudsher sterk ziekenhuis georiënteerd. Dat verklaart waarschijnlijk het sterk specialistisch, technisch en curatief karakter van de zorg, dat ten koste gaat van zaken als preventie en maatschappelijke dienstverlening. Er zijn twee categorieën ziekenhuizen: publieke (ongeveer 65% van de bedden) en particuliere for-profit ziekenhuizen. Deze laatste leggen zich toe op chirurgische ingrepen en worden per verrichting betaald. Publieke ziekenhuizen hebben ook opleidingstaken en zijn verplicht om continue zorg te garanderen. Deze ziekenhuizen worden gefinan-

cierd via budgetten op basis van historische kosten.<sup>58</sup> De budgetten van publieke ziekenhuizen worden vastgesteld door de overheid. De tarieven van particuliere ziekenhuizen zijn afhankelijk van het specialisatiegebied en worden vastgesteld in onderhandelingen tussen ziekenhuizen en regionale bureaus voor ziekenhuiszorg.<sup>71</sup> Patiënten hebben vrije keuze uit alle ziekenhuizen. In de ziekenhuissector werkten in 1998 1,2 miljoen mensen. De artsen die in publieke ziekenhuizen werken (ongeveer een kwart van de ruim 200.000 artsen) zijn ambtenaar in loondienst.<sup>58</sup> Frankrijk telde in 2000 6,7 acute ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners. Nieuwere vormen van ziekenhuiszorg zijn ziekenhuisverplaatste zorg (*hospitalisation à domicile*) en dagchirurgie. Cijfers over de verspreiding van dagchirurgie zijn niet bekend.<sup>4</sup> De ziekenhuiszorg kostte in 2002 € 992 per hoofd van de bevolking (43,8% van de totale kosten). Daarvan werd 77,2% besteed in publieke ziekenhuizen.<sup>60</sup> Mede door de geïntegreerde financiering is langdurige zorg (*soins de longue durée*) in Frankrijk moeilijk te onderscheiden van de ‘gewone’ acute medische zorg. Franse ziekenhuizen vormen vaak een combinatie van afdelingen voor acute zorg en afdelingen voor langdurige zorg. Aparte statistieken over het aanbod aan langdurige zorg zijn niet of nauwelijks te vinden. Een recente studie maakt voor 1998 melding van 10.400 instellingen voor ouderenzorg en langdurige zorg. Daarvan zou 60% bestaan uit verzorgingshuizen (*maisons de retraite*) en 10% specifiek gericht zijn op langdurige verzorging.<sup>72</sup>

### **Geneesmiddelen**

De toelating van nieuwe geneesmiddelen tot de markt vindt plaats op basis van een vergunning, de *autorisation de mise sur le marché* (AMM). Prijzen en vergoeding door de sociale ziektekostenverzekering worden vastgesteld door de ministeries van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Economische Zaken. Aflevering vindt plaats via vrijgevestigde apothekers. Frankrijk kent een zeer hoge apothekersdichtheid (1 per 1.000 inwoners).

### **Consumptie van zorg**

Het aantal artsbezoeken ligt volgens de OECD Health Data 2003 op 6,9 per persoon per jaar. Het gebruik van ziekenhuiszorg ligt met 1,9 dag per persoon per jaar relatief hoog.

De eerder genoemde 10.400 instellingen voor ouderenzorg en langdurige zorg herbergen in totaal 660.000 patiënten van boven de 60 jaar (het aantal patiënten beneden de 60 wordt niet vermeld). In 1998 maakten 1,4 miljoen Fransen gebruik



van thuishulp door gezinsverzorgenden en maatschappelijk werkenden.<sup>72</sup>

### **Conclusie**

Hoewel Frankrijk een Bismarckiaans sociaal verzekeringsstelsel heeft en geen national health service, speelt de staat in de gezondheidszorg een belangrijke rol. Het Franse systeem is van oorsprong centralistisch. Toch is er in het midden van de jaren negentig een proces van decentralisatie in gang gezet. De bevoegdheden op dit gebied worden echter in toenemende mate gedecentraliseerd. Met de instelling in 1996 van de Agences régionales de l'hospitalisation is de planning van het aanbod en de productie van ziekenhuizen overgeheveld naar het regionale niveau. Dat is veelzeggend, omdat ziekenhuizen een belangrijke factor vormen in het Franse systeem. De Franse gezondheidszorg is van oudsher sterk curatief en op ziekenhuizen georiënteerd. Centralisatie en een sterke rol voor de staat gaan in Frankrijk overigens samen met een opmerkelijke vrijheid voor arts en patiënt. Le médecin liberal is in Frankrijk nog steeds een begrip waaraan inhoud wordt gegeven. Voor artsen betekent dit vrije vestiging, professionele en economische autonomie, waaronder de vrijheid om hogere tarieven in rekening te brengen dan door de beroepsorganisaties zijn uitonderhandeld met de ziekenfondsen. Voor de patiënt is er vrije artskeuze en keuze tussen publieke en particuliere ziekenhuizen. Net als in België en Duitsland zijn er geen belemmeringen voor de patiënt om, indien gewenst, rechtstreeks een specialist te bezoeken zonder verwijzing van de huisarts. En in de intramurale zorg kan er gekozen worden tussen publieke en particuliere ziekenhuizen. Net als in België bestaat de keerzijde van dit systeem uit hoge eigen bijdragen, die overigens door 87% van de bevolking worden herv verzekerd via een aanvullende particuliere verzekering. Desondanks is naast de liberté ook de égalité terug te vinden in het Franse systeem. De sociale ziektekostenverzekering dekt sinds januari 2000 alle wettelijk ingezetenen. En eigen bijdragen gelden niet voor mensen met een invaliditeitspensioen of en mensen die voor meer dan 2/3 arbeidsongeschikt zijn. Eigen bijdragen voor geneesmiddelen gelden niet voor chronisch zieken, voor zover het geneesmiddelen betreft die zij voor hun chronische aandoening gebruiken.

## 5 Nederland

Tabel 5.1 Systeem kenmerken en kerncijfers over demografie en gezondheids-toestand, kosten, consumptie en aanbod in Nederland. <sup>I</sup>

Type stelsel	Sociaal verzekeringssysteem: 61% van de bevolking
<i>Eigen bijdragen voor:</i>	
Artsbezoek	Nee
Geneesmiddelen	Nee
Ziekenhuisverblijf	Nee
<i>Inschrijving op naam huisarts</i>	Ja
<i>Rechtstreekse toegang tot specialist</i>	Nee
<i>Aantal inwoners (in miljoenen)</i>	15,9
<i>% Bevolking &gt; 65<sup>II</sup></i>	13,6
<i>Levensverwachting bij de geboorte:</i>	
In jaren	78,0
<i>% Bevolking dat eigen gezondheidstoestand als goed beoordeeld<sup>III</sup></i>	78,5
<i>Gestandaardiseerde sterfte aan <sup>IV</sup>:</i>	
Kanker	194,2
Hartvaataandoeningen	229,7
<i>Totale uitgaven gezondheidszorg:</i>	
als % BBP	8,6
per capita in US\$ PPP	2348
<i>Uitgaven voor acute intramurale en revalidatiezorg:</i>	
als % van totale uitgaven	35,3
per capita in US\$ PPP	829
<i>Uitgaven ambulante zorg<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	15,0
per capita in US\$ PPP	293
<i>Eigen betalingen<sup>II</sup>:</i>	
als % van totale uitgaven	8,8
per capita in US\$ PPP	232
<i>Publieke financiering:</i>	
als % van totale uitgaven	63,4
per capita in US\$ PPP	
<i>Aantal acute ziekenhuisbedden:</i>	
per 1000 inwoners	3,5
<i>Aantal specialisten <sup>IV</sup>:</i>	
per 1000 inwoners	0,9

Type stelsel	Sociaal verzekeringssysteem: 61% van de bevolking
Aantal huisartsen <sup>III</sup> : per 1000 inwoners	0,5
Aantal apothekers: per 1000 inwoners	0,2
Aantal verpleegkundigen <sup>II</sup> : per 1000 inwoners	12,8
Artsbezoeken: per persoon per jaar	5,9
Ligdagen in acute ziekenhuisbedden: per persoon per jaar	0,8
Gemiddelde ligduur in acute ziekenhuisbedden: In dagen	8,6

I Bron: OECD Health Data 2003. Cijfers voor 2000 tenzij anders aangegeven.

II Cijfers voor 2001

III Cijfer voor 1998

IV Cijfers voor 1999

### Land en bevolking

Nederland is een dichtbevolkte, centrale staat, die politiek-geografisch is onderverdeeld in 12 provincies en 496 gemeenten. Deze lokale overheden spelen in de gezondheidszorg echter een zeer beperkte rol. De gemiddelde levensverwachting van Nederlanders bij de geboorte is gestegen van 73,7 jaar in 1970 tot 78 jaar in 2000. In diezelfde periode steeg het percentage van de bevolking dat ouder is dan 65 jaar van 10,2% naar 13,5%. Het sterftecijfer is gedaald tot 8,8 per 1.000 inwoners. De belangrijkste doodsoorzaken zijn ischaemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen, en kanker.<sup>73</sup>

## 5.1 Het gezondheidszorgsysteem: financiering en verzekering

### Grondslagen en sturing

Na een periode van sturing op structuur en op aanbod (via budgettering en manpowerplanning) proberen opeenvolgende kabinetten sinds het eind van de jaren tachtig te komen tot meer marktwerking in de gezondheidszorg. In 'Vraag aan bod'

en de daarop volgende beleidsdocumenten, ook van Balkenende I en II, is een beleid uitgestippeld gericht op vraagsturing en gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. Er wordt meer verantwoordelijkheid voor de inrichting en het functioneren van de zorg gelegd bij de verzekeraars. Er moet een verzekeringsmarkt ontstaan doordat ziekenfondsverzekerden sinds 1992 een keer per jaar mogen wisselen van verzekeraar. Van deze mogelijkheid maakt tot nu toe overigens op jaarbasis hooguit 3% van de verzekerden gebruik, omdat men het gevoel heeft dat verzekeraars qua prestaties nauwelijks van elkaar verschillen en men opziet tegen de administratieve rompslomp<sup>74</sup>. De aannahme daarbij is dat verzekerden kiezen voor het ziekenfonds met de laagste nominale premie en/of de beste kwaliteit. Dat moet op zijn beurt leiden tot het ontstaan van een zorginkoopmarkt, waarbij zorgverzekeraars zorg contracteren op basis van doelmatigheid en kwaliteit. Voor zichzelf ziet de overheid met name een toezichhoudende rol weggelegd, waarbij zij alleen op hoofdlijnen, onder meer via een set van prestatie-indicatoren op macroniveau, in de gaten houdt of publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en kostenbeheersing) niet in het geding komen. In dat raamwerk van prestatie-indicatoren is een duidelijke plaats ingeruimd voor het consumentenperspectief.<sup>75</sup> Bovendien is een belangrijke rol weggelegd voor toezichhouders als de Inspectie, het CTZ en de Nma. Om de positie van de zorgvrager te beschermen en te versterken zijn in de loop van de jaren negentig diverse wetten aangenomen: de Kwaliteitswet die geldt voor instellingen in de gezondheidszorg, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) die onder meer het recht van de patiënt op informatie regelt, de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ), de Wet Klachtrecht en Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), die titelbescherming in combinatie met registratie regelt van apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen bevat de Wet BIG zogenoemde voorbehouden handelingen, die alleen mogen worden verricht door de daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren.

### **Kosten**

Volgens de OECD data gaf Nederland in 2000 8,6% van het BBP uit aan gezondheidszorg. Het opgevoerde percentage verschildt, afhankelijk van de gekozen bron. Volgens het CBS bedroegen de kosten van gezondheidszorg in 2000 € 33 miljard, ofwel 8,2% van het BBP. De intramurale zorg kostte

€ 15,4 miljard, de extramurale zorg € 13,6 miljard en de GGZ € 2,3 miljard.<sup>76</sup>

### **Sociale ziektekostenverzekering**

De financiering van de Nederlandse gezondheidszorg vindt voornamelijk plaats via een sociaal verzekeringssysteem. Het financieringssysteem is een mengeling van particuliere en publieke financiering. De publieke financiering omvat ten eerste de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (het zogeheten eerste compartiment). Het tweede compartiment wordt gevormd door de Ziekenfondswet (ZFW) (publieke financiering) en de particuliere verzekeringen (zie hieronder). De ZFW is van oorsprong een werknemersverzekering. Inmiddels is het ziekenfonds echter ook opengesteld voor uitkeringsgerechtigden, AOW-gerechtigden en zelfstandigen met een inkomen onder de loongrens. In totaal is ongeveer 61% van de bevolking ziekenfondsverzekerd. Het ziekenfondspakket omvat verstrekkingen op het gebied van curatieve zorg, dus huisartsenzorg, medisch specialistische en ziekenhuiszorg, geneesmiddelen, verloskundige hulp, en een beperkt deel van de paramedische zorg.

De AWBZ (1968) is een volksverzekering, die oorspronkelijk bedoeld was om onverzekerbare risico's te dekken. Sindsdien is het AWBZ-pakket echter uitgebreid met preventieve zorg, en voorzieningen in de care (langdurige zorg). Daartoe behoren ook 'kleinere' risico's (zoals wijkverpleging) en verstrekkingen als gezinsverzorging en verzorgingstehuizen die in de meeste ons omringende landen tot de sociale voorzieningen worden gerekend.

De ziekenfondsverzekering en de AWBZ kennen beide een naturastelsel, waarin de aanbieder van zorg direct betaald wordt door de zorgverzekeraar. In de AWBZ kunnen verzekerden daarnaast kiezen voor persoonsgebonden budget. Daarbij krijgt de patiënt desgewenst zelf de controle over een vast bedrag waarmee hij of zij zelf zorg kan inkopen. De keuze voor een persoonsgebonden budget in plaats van zorg in natura is mogelijk bij verpleging en verzorging, voorzieningen voor gehandicapten, en in de GGZ.

### **Particuliere verzekering**

Tot de particuliere ziektekostenverzekeringen behoren zowel de aanvullende verzekeringen van het ziekenfonds, als de 'gewone' particuliere ziektekostenverzekering voor tweede compartimentzorg. De premie voor een 'gewone' particuliere polis

is afhankelijk van de hoogte van het gekozen eigen risico en van het risicoprofiel en de leeftijd van een verzekerde. Bovenop deze premie betalen particulier verzekerden bovendien een tweetal omslagbijdragen op basis van de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen (WTZ) en de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ). Naast deze commerciële particuliere polissen is er de zogeheten standaardpakketpolis voor verzekerden die uit het ziekenfonds moeten, maar vanwege hun risicoprofiel niet worden geaccepteerd voor een 'gewone' particuliere polis. Deze regeling is gebaseerd op de WTZ. De standaardpakketpolis omvat globaal hetzelfde pakket als de ziekenfondsverzekering. De pakketten die onder de reguliere particuliere verzekering worden aangeboden verschillen. In het algemeen wordt een basispakket aangeboden al dan niet in combinatie met verschillende extra's, bijvoorbeeld tandheelkundige zorg. Een speciale vorm van particuliere verzekering vormen de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor gemeenten en provincieambtenaren, en rijks- en gemeentepolitie. In de particuliere verzekering geldt van oudsher een restitutiestelsel, waarin de patiënt eerst zelf de aanbieder betaalt en vervolgens de rekening indient bij de verzekeraar. Hierop bestonden altijd al uitzondering: de rekening van een ziekenhuisopname werd in het algemeen direct door de verzekeraar voldaan. Ook voor andere verstrekkingen, vooral farmaceutische hulp, gaan de particuliere verzekeringen steeds meer over op een naturastelsel.

### **Eigen bijdragen**

In de ZWF ontbreken eigen betalingen vrijwel, met uitzondering van eigen bijdragen voor bepaalde hulpmiddelen en bijbetalingen binnen het geneesmiddelenvergoedingensysteem. In de AWBZ en de particuliere verzekeringen daarentegen, zijn eigen betalingen gemeengoed. In de particuliere verzekering gelden eigen risico's die variëren van een paar honderd tot een paar duizend gulden per polis per jaar. In de AWBZ zijn eigen bijdragen verplicht bij verblijf in een verpleeghuis of verzorgingshuis, een instelling voor gehandicapten, een gezinsvervangend tehuis, een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW), en een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een gewoon ziekenhuis (PAAZ). Daarnaast gelden eigen bijdragen voor Thuiszorg, bestaande uit een vast bedrag per jaar en inkomensafhankelijke eigen bijdragen per uur.

## 5.2 De organisatie en consumptie van zorg

### Ambulante zorg

In Nederland fungeert de huisarts als poortwachter tot de specialist en het ziekenhuis. Deze arbeidsverdeling heeft geleid tot een sterke binding van beroepsbeoefenaren aan zorgsectoren: huisartsen werken in de eerste lijn en niet in het ziekenhuis, specialisten werken in het ziekenhuis en niet als eerste aanspreekpunt in de zorg. Dit echelonneringsprincipe wordt institutioneel ondersteund door het ziekenfondsverwijssysteem, dat regelt dat een medisch specialist alleen verrichtingen kan declareren voor een ziekenfondspatiënt als hieraan een verwij斯卡art van de huisarts ten grondslag ligt. De echelonneringsgedachte is uitgewerkt in de jaren zeventig en past goed bij acute curatieve zorg. In de zorg voor en monitoring van chronisch intermitterende aandoeningen kan een al te sterke scheiding van eerste- en tweedelijnde problemen opleveren. Het antwoord daarop wordt gezocht in Nederland in transmurale zorg, waarbij afspraken tussen huisartsen en specialisten worden gemaakt rond bepaalde ziektebeelden, intermediaire functies worden gecreëerd in de vorm van transferpunten of liaisonverpleegkundigen, of regionale zorgketens worden opgezet, bijvoorbeeld rond CVA.

In 2001 werkten in Nederland 7.317 zelfstandig gevestigde huisartsen en nog eens 615 HIDHA's (huisarts in dienst van een andere huisarts). Het totaal aantal huisartsen komt daarmee op 7.932 (0,5 per 1000 inwoners). Van de zelfstandig gevestigde huisartsen werkt 40% als solist. De rest werkt in veelal kleine samenwerkingsverbanden (33% van de zelfstandig gevestigden werkt in duopraktijken). Gemiddeld is per huisartspraktijk 1,3 FTE praktijkassistente beschikbaar.<sup>77</sup> Binnen de beroepsgroep vindt schaalvergroting plaats naar huisartsengroepen van gemiddeld 8-10 huisartsen, die echter sterk verschillen in de mate waarin zij een organisatorische eenheid vormen en ook als zodanig naar buiten treden. Huisartsengroepen zijn voortgekomen uit de zogeheten waarneemgroepen waarin de avond-, nacht- en weekenddienstverlening was geregeld. Inmiddels functioneren echter op de meeste plaatsen in Nederland huisartsenposten voor zorg buiten kantooruren. Deze bedienen een grotere populatie, bijvoorbeeld de patiënten van 50 tot 60 huisartsen. De honorering van huisartsen verschilt voor ziekenfonds en particulier verzekerden. Voor ziekenfondsverzekerden ontvangen zij een basisabonnement, gedifferentieerd naar leeftijd van de verzekerde (boven of

onder de 65). Particulier verzekerden betalen per consult of per visite.

In 1999 waren er 104 reguliere (AWBZ-gefinancierde) thuiszorginstellingen en 217 commerciële thuiszorgorganisaties. Reguliere instellingen bieden zowel thuisverpleging als gezinsverzorging. In de (reguliere) thuiszorg waren in 1998 143.402 personen werkzaam. De grote meerderheid daarvan zijn gezinsverzorgenden en alfa-hulpverleners.<sup>78</sup>

### **Intramurale zorg**

De intramurale sector kenmerkt zich door een constante stroom van onderlinge fusies. Met een totaal aantal van 112 ziekenhuizen in 2001<sup>77</sup> zijn er in Nederland nu half zoveel ziekenhuizen als in 1970. Dat betekent overigens niet dat ook het feitelijk aantal locaties zo sterk is gedaald. Opvallend aan de fusies is dat zij vooral plaatsvinden binnen de grenzen van de verzekeringscompartimenten. Ziekenhuizen fuseren met andere ziekenhuizen, verpleeghuizen fuseren met elkaar en/of met verzorgingshuizen tot grote woonzorgcombinaties. In de care (verzorgingshuizen en verpleeghuizen) is bovendien sprake van een ontvlechting van de componenten 'wonen' en 'zorg'.<sup>79</sup> Het aantal erkende ziekenhuisbedden bedroeg in 2001 gemiddeld 47.494. Het gemiddeld aantal bedden dat feitelijk aanwezig was, bedroeg 41.591. In 2001 beschikten 35 ziekenhuizen over een revalidatieafdeling.<sup>77</sup> De Nederlandse ziekenhuiszorg lijdt aan 'chronische' wachttijden. In 2001 varieerde de gemiddelde wachttijd voor een klinische opname van één tot twee weken voor de meeste interne specialismen, tot meer dan zeven weken voor snijdende specialismen. De langste wachttijden traden op bij oogheelkunde (13 weken), orthopedie (15 weken) en plastische chirurgie (25 weken). De gemiddelde wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek varieerde van twee weken voor radiotherapie tot tien weken bij oogheelkunde en 12 weken bij plastische chirurgie. Het verschil tussen interne en snijdende specialismen was bij wachttijden voor de polikliniek minder duidelijk aanwezig.<sup>77</sup>

Ongeveer 70% van de 14.712 Nederlandse specialisten die in 1999 waren geregistreerd<sup>77</sup>, zijn vrij beroepsbeoefenaar die op basis van een toelatingsovereenkomst werken in een ziekenhuis. Met de wijziging van de Ziekenfondswet die bekend staat als de Integratiewet (1999) is echter de financiële integratie van ziekenhuizen en specialisten geregeld. De organisatie van specialisten verandert als gevolg daarvan momenteel naar ziekenhuisbrede samenwerkingsverbanden, waardoor traditionele



organisatie-eenheden in Nederlandse ziekenhuizen (bijvoorbeeld de maatschap en de medische staf) een andere betekenis krijgen.<sup>80</sup> Ziekenhuizen worden betaald via een budget dat is opgebouwd uit een vast en variabel deel. Het vaste deel omvat locatiegebonden kosten (bijvoorbeeld energiekosten, maar ook kosten van belasting en verzekeringen, rente en afschrijving), beschikbaarheidskosten (voor voeding, was, schoonmaak etc.) die afhankelijk zijn van het verzorgingsgebied (aantal adherente inwoners), en capaciteitsgebonden kosten (aantal erkende bedden, aantal erkende specialistenplaatsen maal een parameterwaarde<sup>81</sup>). Het variabele deel is afhankelijk van de geleverde productie in termen van eerste polikliniekbezoeken, opnamen, verpleegdagen en dagverpleging, waarover jaarlijks productieafspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar die in de regio marktleider is. De honorering van specialisten vindt plaats per verrichting waarbij de totale som van verrichtingen per ziekenhuis gebudgetteerd is, de *lump sum*. De verrichtingen die specialisten kunnen declareren vallen onder verschillende tariefgroepen. Een belangrijke tariefgroep omvat de tarieven voor poliklinische hulp: een korte kaart, een aanvullende kaart en een jaarkaart. Daarin zijn eenvoudige behandelingen inbegrepen. De korte kaarten zijn geldig voor de duur van één of twee maanden (afhankelijk van het specialisme). Via een aanvullende kaart kan de geldigheidsduur worden verlengd tot een jaar. In plaats van een korte kaart met aanvulling is het ook mogelijk om direct een jaarkaart te declareren. Al jaren wordt toegewerkt naar de vervanging van deze functiegerichte budgetteringssystematiek door een systeem gebaseerd op kostprijzen (Diagnose Behandel Combinaties). Het uitgangspunt daarbij is dat producttypering de basis zou moeten vormen voor de bekostiging van ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg. Een DCB is gedefinieerd als het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch-specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert.

De instellingsbudgetten van AWBZ-gefinancierde voorzieningen zijn in het algemeen gebaseerd op een combinatie van erkende capaciteit en verpleegdagen. Maar ook in deze sector is een omslag gaande naar het definiëren van producten en het berekenen van de bijbehorende kostprijzen.

In 2000 waren 331 verpleeghuizen, met 57.632 bedden en 4.594 dagbehandelingplaatsen. Daarnaast waren er 1.366 verzorgingshuizen (in 1999) met in totaal 112.441 plaatsen. In

verpleeg- en verzorgingshuizen werkten in 1999 107.432 verplegenden en verzorgenden.<sup>82</sup>

### **Geneesmiddelen**

Nederland telde in 2001 1.629 openbare en 89 ziekenhuisapotheken. In 2001 werden in totaal 126,1 miljoen voorschriften uitgeschreven. De totale uitgaven aan geneesmiddelen liepen op tot € 3,7 miljard in 2001<sup>77</sup>.

### **Consumptie van zorg**

Op jaarbasis had in 2000 75,6% van de bevolking contact met de huisarts. Per ingeschreven patiënt bedroeg het gemiddeld aantal contact met de huisartspraktijk (arts of assistente) in 2001 6,3 (3,7 consulten, 0,25 visites en de rest telefonische contacten of onbekend).<sup>77</sup> Ziekenfondspatiënten, vrouwen en ouderen hebben vaker contact met de huisarts dan respectievelijk particulier verzekerden (vooral particulier verzekerden zonder huisartsverzekering), mannen en jongeren. Hoewel vrouwen en ouderen vaker naar de huisarts gaan dan respectievelijk mannen en jongeren, hebben zij, gegeven hun contact met de huisarts, een kleinere kans om naar de specialist te worden verwezen<sup>83</sup>. Het percentage personen dat contact had met een specialist bedroeg in 2000 38%; 5,6% van de bevolking werd op jaarbasis opgenomen in het ziekenhuis. Het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen bedroeg in 2001 12,3 miljoen. Daarbij telden Nederlandse ziekenhuizen nog eens 932.772 dagbehandelingstagen.<sup>77</sup> Vergeleken met andere Europese landen bevond Nederland zich medio jaren negentig qua verspreiding van dagchirurgie in de middenmoot.<sup>4</sup>

### **Conclusie**

Nederland probeert al bijna vijftien jaar lang de omslag te maken van een gebudgetteerd, aanbodgestuurd systeem naar een zelfregulerend stelsel, waarin gereguleerde concurrentie leidt tot doelmatige, kwalitatief goede en toegankelijke zorg. Vooral de laatste jaren wordt bovendien steeds meer de nadruk gelegd op de zorgvraag als leidend principe. Dat gaat samen met het streven naar sturing op uitkomsten van zorg, waarbij het consumentenperspectief centraal wordt gesteld. Wordt de patiënt er beter van en is hij/zij tevreden over proces en resultaat van de behandeling; dat zijn in de moderne retoriek de belangrijkste ijkpunten waaraan de prestaties van het gezondheidszorgsysteem worden afgemeten. Voor de patiënt hebben deze ontwikkelingen vooral merkbare gevolgen gehad op de verzekeringsmarkt. Ziekenfondsverzekerden mogen sinds 1992 één keer per jaar wisselen van verzekeraar. Dat doen ze trou-

wens niet op grote schaal, omdat ze de administratieve rompslomp die daarmee gepaard gaan niet vinden opwegen tegen de verwachte voordelen. Op de zorgmarkt valt er voor de Nederlandse patiënt veel minder te kiezen. Dat heeft ten dele te maken met de institutionele kenmerken van ons systeem (de poortwachterfunctie van de huisarts), maar vooral ook met de schaarste die de erfenis vormt van de budgettering en aanbodssturing die in de jaren tachtig is ingevoerd. Het Nederlandse systeem is daarom wel getypeerd als een *national health service* vermomd als sociaal verzekeringssysteem. Tot op heden stond daartegenover dat het Nederlandse systeem in de curatieve zorg geen eigen bijdragen kende. Dat wil zeggen, in de ziekenfondsverzekering, want particulier verzekerden hebben sinds jaar en dag polissen met eigen risico's die kunnen oplopen tot enkele duizenden euro's. De tijd van gratis toegang tot allerlei voorzieningen lijkt ook voor de ziekenfondsverzekering voorbij. Het Kabinet is voornemens een eigen risico aan de voet in te voeren. Bovendien wordt een aantal verstrekkingen uit het pakket geschrapt (tandheelkunde en fysiotherapie) die populair zijn bij de consumenten. Aanvullende, dus commerciële, verzekeringen, waarin deze verstrekking worden opgenomen, zullen om die reden ongetwijfeld gretig aftrek vinden. Dat leidt voor deze voorzieningen tot meer vrijheid en wellicht meer keuze, maar daar is dan wel een prijs aan verbonden.

## Bijlage

### Referenties en noten

- <sup>1</sup> Van Mosseveld CJPM. International Comparison of Health Care Expenditure. Voorburg: CBS, 2003.
- <sup>2</sup> In de OECD Health Data worden data gepresenteerd voor het gehele Verenigd Koninkrijk (dus Engeland en Wales, Schotland en Noord-Ierland). In het landenhoofdstuk over Engeland wordt alleen een beschrijving gegeven van de Engelse NHS. Deze beschrijving heeft betrekking op de situatie in Engeland en Wales en niet op de Schotse en Noord-Ierse NHS.
- <sup>3</sup> <http://www.destatis.de/basis/gesu/gesutab20.htm> d.d. 10.07.03.
- <sup>4</sup> Kroneman MW, Westert GP, Groenewegen PP, Delnoij DMJ. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery. *Ambulatory Surgery*, 9 (2001): 147-154.
- <sup>5</sup> <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra1.htm> d.d. 21.08.03.
- <sup>6</sup> <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra2.htm> d.d. 21.08.03.
- <sup>7</sup> <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab4.htm> d.d. 21.08.03.
- <sup>8</sup> Daarbij betreft het directe financiering van zorg, dus niet de werkgeversbijdrage aan de sociale ziektekostenverzekering.
- <sup>9</sup> Greß S, Groenewegen P, Kerssens J, Braun B, Wasem J. Free Choice of Sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. *Health Policy* 60 (2002): 235-254.
- <sup>10</sup> Delnoij DMJ, I Kulu Glasgow, NS Klazinga, T Custers. Gezondheid, zorg en stelsel. AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
- <sup>11</sup> [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_59\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_59_en.htm) d.d. 9.07.03.
- <sup>12</sup> [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_55\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_55_en.htm) d.d. 9.07.03.
- <sup>13</sup> [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_308\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_308_en.htm) d.d. 9.7.03.

- 14 <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.htm>  
d.d. 10.7.03.
- 15 <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab12.htm>  
d.d. 10.7.03.
- 16 <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab14.htm>  
d.d. 10.7.03.
- 17 <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab5.htm>  
d.d. 10.7.03.
- 18 <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab5.htm>  
d.d. 10.7. 03.
- 19 <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab12.htm>  
d.d. 10.7.03.
- 20 <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab14.htm>  
d.d. 10.7.03.
- 21 Dunnell, K. Policy responses to population aging and population decline: United Kingdom. Paper presented at the Expert Group Meeting on Policy Responses to Population Ageing and Population Decline. United Nations Population Division, New York 16-18 October 2000.
- 22 Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy*, 48:87-105, 1999.
- 23 De huisartsen die optraden als budgethouder konden rekenen op extra ondersteuning en wisten voordelen voor hun patiënten te bedingen, bijvoorbeeld in de vorm van kortere wachttijden voor de specialist. Om budgethouder te kunnen worden, moest een huisartspraktijk echter aan bepaalde voorwaarden voldoen en in de praktijk bleek dat het vooral huisartsen in welvarende gebieden waren, die voor *GP Fundholding* in aanmerking kwamen. Delnoij D, G Brenner. Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding? *Health Policy* 52 (2000):157-169.
- 24 Illiffe, S en Munro, J. New Labour and Britain's National Health Service: an overview of current reforms. *International Journal of Health Services*, 30(2):309-334, 2000.
- 25 Le Grand, J. Reform of the NHS under New Labour. *Eurohealth*, 5(3):32-33, 1999.
- 26 [http://www.doh.gov.uk/HPSSS/TBL\\_E1.HTM](http://www.doh.gov.uk/HPSSS/TBL_E1.HTM) d.d. 21.08.03.

- 27 [http://www.statistics.gov.uk/healthaccounts/  
downloads/Healthexpendituremethods.pdf](http://www.statistics.gov.uk/healthaccounts/downloads/Healthexpendituremethods.pdf) d.d.  
21.08.03.
- 28 Coulter A, Magee H. The European patient of the fu-  
ture. Maidenhead: Open University Press, 2003.
- 29 Uitenbroek, D. Tweedeling in de gezondheidszorg:  
Britse en Nederlandse gezondheidszorg met elkaar ver-  
geleken. Medisch Contact, 55(10):343-346, 2000.
- 30 Merlis M. Caring for the frail elderly: an international  
overview. Health Affairs, 19(3):141-149, 2000.
- 31 Wiener JM en Cuellar AE. Public and private responsi-  
bilities: home- and community-based services in the  
United Kingdom and Germany. Journal of Aging  
Health, 11(3):417-444, 1999.
- 32 Hutton J, L Enqvist. Making publicly funded health  
services more responsive. 2<sup>nd</sup> Meeting of the Interna-  
tional Forum on Common Access to Healthcare. Lon-  
don: May 23, 2003.  
[http://www.doh.gov.uk/international/publiclyfundedh  
ealthv2.pdf](http://www.doh.gov.uk/international/publiclyfundedhealthv2.pdf) d.d. 20.08.03.
- 33 Government Statistical Service. Staff in the NHS 2002.  
Department of Health, Annual Workforce Census  
(<http://www.doh.gov.uk/public/nhsworkforce.htm>  
d.d. 20.08.03).
- 34 Statistics for General Medical Practitioners in England:  
1992-2002. Statistical Bulletin 2003/03; June 2003  
(<http://www.doh.gov.uk/public/sb0303.pdf> d.d.  
20.08.03)
- 35 Katwijk J. van. An exploration of future hospital care in  
10 countries. NVZ/Public SPACE: Amsterdam, 2001
- 36 [http://www.doh.gov.uk/HPSSS/TBL\\_B16.HTM](http://www.doh.gov.uk/HPSSS/TBL_B16.HTM) d.d.  
20.08.03.
- 37 Palm W, Nickless J, Lewalle H, Coheur A. Implications  
of recent jurisprudence on the co-ordination of health  
care protection systems. Summary Report for the Eu-  
ropean Commission Directorate-General for Employ-  
ment and Social Affairs, AIM, Brussels, 2000.
- 38 <http://www.healthmatters.org.uk/stories/radstat1.html>  
d.d. 20.08.03.
- 39 Community Care Statistics 2001. Residential Personal  
Social Services for Adults, England. Bulletin 2001/29:  
November 2001.
- 40 [http://www.doh.gov.uk/hes/free\\_data/index.html](http://www.doh.gov.uk/hes/free_data/index.html)  
d.d. 20.08.03.

- 41 Prescriptions Dispensed in the Community. Statistics  
for 1992 to 2002: England. DOH, 31 July 2003 (ISBN 1  
84182 736 3).
- 42 [http://www.doh.gov.uk/nhsfinancialreforms/  
index.htm](http://www.doh.gov.uk/nhsfinancialreforms/index.htm) d.d. 21.08.03.
- 43 [http://www.statbel.fgov.be/figures/d364\\_nl.asp](http://www.statbel.fgov.be/figures/d364_nl.asp) d.d.  
02.10.03.
- 44 [http://www.health.fgov.be/vesalius/factory/  
organisation/healthcarestructure/ggbossb/nl](http://www.health.fgov.be/vesalius/factory/organisation/healthcarestructure/ggbossb/nl) d.d.  
02.10.03.
- 45 [http://inami.fgov.be/information/nl/statistics/health/  
2002/statss02.htm](http://inami.fgov.be/information/nl/statistics/health/2002/statss02.htm) d.d. 02.10.03.
- 46 [http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/  
people/2002/stateff-A1.htm](http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/people/2002/stateff-A1.htm) d.d. 02.10.03.
- 47 [http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/  
health/2002/statss03.htm](http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/health/2002/statss03.htm) d.d. 02.10.03.
- 48 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/  
missoc/2002/missoc\\_52\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_52_en.htm) d.d. 9.07.03.
- 49 [http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/  
health/2002/statss01.htm](http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/health/2002/statss01.htm) d.d. 02.10.03.
- 50 Gezondheidsenquête België 2001: Medische Consump-  
tie: Contacten met zorgverstrekkers - Huisarts .
- 51 Gezondheidsenquête België 2001: Medische Consump-  
tie: Contacten met zorgverstrekkers - De Specialist.
- 52 Jaarverslag 2002, Wit Gele Kruis.
- 53 Machtiging door de Europese Commissie op basis van  
een advies van het Europees Agentschap voor de evalu-  
atie van geneesmiddelen.
- 54 [http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/  
health/2002/statss01.htm](http://RIZIV.fgov.be/information/nl/statistics/health/2002/statss01.htm) d.d. 02.10.03.
- 55 Gezondheidsenquête België 2001: Medische Consump-  
tie: Opname in het Ziekenhuis.
- 56 Gezondheidsenquête België 2001: Medische Consump-  
tie: Gebruik van Geneesmiddelen.
- 57 <http://www.insee.fr/en/ffc/intfrcbref.pdf> d.d.  
01.09.03.
- 58 Couffinal A. The French Health Care System: A brief  
overview. Presentation for Permanent Working Group  
of European Junior Doctors, October 2001 op  
<http://www.credes.fr/english/wp/pwg.pdf>  
d.d. 01.09.03.
- 59 La système de santé en France, op :  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/systrsan.htm>  
d.d. 20.08.03.

- 60 [http://www.credes.fr/En\\_ligne/Chiffres/Cadrage/Depense/cmt.htm](http://www.credes.fr/En_ligne/Chiffres/Cadrage/Depense/cmt.htm) d.d. 18.09.03.
- 61 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_308\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_308_en.htm) d.d. 09.07.03.
- 62 Bocagnano A, A Couffinhal, S Dumesnil, M Grignon. La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements (rapport CREDES nr. 1317). Paris : CREDES, 2000.
- 63 Bocognano A, A Couffinhal, S Dumesnil, M Grignon. Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France. Presentation on European Public Health Association Congress, Paris Dec 14-16 2000, op <http://www.credes.fr/english/wp/euphaac.pdf> d.d. 01.09.03.
- 64 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_52\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_52_en.htm) d.d. 09.07.03.
- 65 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_53\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_53_en.htm) d.d. 09.07.03.
- 66 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_59\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_59_en.htm) d.d. 09.07.03.
- 67 Buchmueller T, A Couffinhal, M Grignon, M Perronin, K Swarcensztein. Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaire sur le recours aux soins. CREDES. Bulletin d'information en économie de la santé (2002) ; 47: 1-8.
- 68 ICD-codes waarbij tussen de 30 en 70% van de contacten plaatsvindt bij een specialist.
- 69 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_46\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_46_en.htm) d.d. 09.07.03.
- 70 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_47\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_47_en.htm) d.d. 09.07.03.
- 71 [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/2002/missoc\\_48\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/missoc_48_en.htm) d.d. 09.07.03.
- 72 <http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200301.pdf>.
- 73 Ruwaard D, PGN Kramers (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Maarsse-Bilthoven: Elsevier/De Tijdstroom-RIVM, 1997.
- 74 Delnoij DMJ, Van der Schee E. Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 75 Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Arah OA, Custers T, Klazinga NS. Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.



- 76 <http://www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2001/0692k.htm>.
- 77 Brancherapport cure '98-'01. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.
- 78 <http://www.nivel.nl> d.d. 21.10.03.
- 79 Coolen J. Structuur en dynamiek van ouderenzorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg, 1996. Deel III 7.1: 1-32.
- 80 Lindert H van, PP Groenewegen. De medisch specialist als manager. Integratie van specialisten en ziekenhuis zet door. Medisch Contact 2001 (56); 16: 631-635.
- 81 Deze wegingsfactoren zijn sinds 1996 bevroren.
- 82 Prismant/WVS op: <http://www.nivel.nl> d.d. 21.10.03.
- 83 Gloerich ABM, J van der Zee. Determinanten van verwijzen. Utrecht: NIVEL, 1992.



# Bijlagen



## **Bijlage 1**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

**Voorzitter:**

Drs. F.B.M. Sanders

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos



## **Bijlage 2**

### **Rapportvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

**Projectgroep:**

Mw. drs. M.G. Wats, arts, projectleider en auteur  
Drs. P. Vos, algehele coördinatie

**Namens opdrachtgever:**

Mw. drs. J.A. Riteco  
Mw. A. Weijers





## Bijlage 3

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer (zolang de voorraad strekt). M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

#### Adviezen en achtergrondstudies

03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuis zorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00

02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekerbareid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

#### **Bijzondere publicaties**

01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34

#### **Signalementen**

Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00
-----------	---------------------------	---	-------

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Quantes, Rijswijk;  
De Longte Dordrecht, omslag  
Uitgave: 2003  
ISBN: 90-5732-121-1

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 03/11*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg