

## artikel

# Trends hervormingen: van (macro)kostenbeheersing naar marktelementen

### [Zorgmanagement](#)

2 oktober 2019

De absolute uitgaven van de gezondheidszorg blijven groeien, maar in de meeste van de onderzochte Europese landen is de uitgavengroei (als %bbp) stabiel of neemt af. De hervormingsagenda's van de gezondheidszorg in de verschillende Europese landen lijken hun vruchten te gaan afwerpen. Maar wat houden die hervormingen in en is er een trend te zien door de jaren heen?



Gezondheidszorgsystemen veranderen voortdurend. Naast het verbeteren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (de meeste landen hebben universele toegang tot basisgezondheidszorg bereikt<sup>1</sup>) en inkomensbescherming, waren de hervormingen de afgelopen 20 jaar vooral gericht op [kostenbeheersing](#)- en -verschuiving en het verbeteren van de efficiëntie (op micro- en/of macroniveau) in de gezondheidszorg. De laatste 10 jaar is een trend zichtbaar naar de introductie van meer marktelementen in de gezondheidszorg<sup>2</sup>.

## Trends gezondheidszorghervormingen

1. Kostenbeheersing
2. Kwaliteit en efficiency van zorg
3. Kostenverschuiving
4. Introductie van marktconcepten

## 1. Kostenbeheersing

Tot zo'n 10-15 jaar geleden waren gezondheidszorghervormingen vooral gericht op beheersing van macrokosten. Deze waren met name gericht op de introductie van globale budgetten en op veranderingen van de wijze waarop zorgaanbieders worden betaald.

## 2. Kwaliteit en efficiency van zorg

De laatste 10-15 jaar is het hervormingsbeleid verschoven naar maatregelen op micro- en mesoniveau, gericht op verbetering van [kwaliteit](#) en efficiency. Hierbij kan o.a. worden gedacht aan versterking van eerstelijnszorg en integratie van eerstelijns- en ziekenhuiszorg.

In de onderzochte Europese landen wordt steeds meer geprobeerd de rol van de huisarts te versterken door invoering van de poortwachtersfunctie, zoals we die in Nederland kennen. Daarbij wordt er op diverse wijze geprobeerd de integratie van zorg te verbeteren.

**Net als in Nederland wordt er in verschillende landen steeds meer aandacht besteed aan het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden, benchmarken van prestaties, het uitwisselen van informatie en best practices.**

Net als in Nederland wordt er in verschillende landen steeds meer aandacht besteed aan het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden, [benchmarken](#) van prestaties, het uitwisselen van informatie en best practices (zoals bijvoorbeeld in Oostenrijk en Frankrijk). De ontwikkeling en gebruik van zorgindicatoren is nog volop in ontwikkelingen. Engeland en Zweden zijn hierin koploper.

Een aantal Europese landen voert een specifiek beleid op wachtlijsten. Zo zijn in Finland en Zweden wachtlijstgaranties geïntroduceerd en zijn extra fondsen hiervoor gealloceerd. Sancties zijn: het toestaan van patiënten om naar andere districten of regio's te gaan of gebruik te maken van private ziekenhuizen.

## 3. Kostenverschuiving

Door de jaren heen is er een continue kostenverschuiving te zien naar zorggebruikers. Er is een toename van eigen bijdragen en de dekking van het basispakket staat veel ter discussie. Hierbij gaat het voornamelijk over fysiotherapie, IVF, tandartsenzorg en geneesmiddelen.

## 4. Introductie van marktconcepten

In Nederland is in 2006 met de hervormingen van de wet- en regelgeving in de gezondheidszorg getracht een basis te leggen voor invoering van meer marktincentives in een zogenaamd systeem van gereguleerde [marktwerking](#). In veel Europese landen is de laatste 10 jaar een trend te zien van invoering van zorgmarktconcepten:

1. *Decentralisatie*: landen met een centrale gezondheidszorgaansturing gaan steeds meer verantwoordelijkheden verschuiven naar lagere overheden en (quasi) private instellingen (aanbieders, verzekeraars). In Finland en Zweden bijvoorbeeld hebben de gemeentes meer verantwoordelijkheid gekregen in het organiseren en aanbieden van zorg en het vaststellen van eigen bijdragen.

2. *Zorginkoop*: in de meeste landen worden pogingen gedaan de (passieve) rol van zorginkoop van financiers te versterken. De financiers (verzekeraar publiek/privaat, overheid) worden steeds vaker verantwoordelijk voor kostenbeheersing, krijgen steeds vaker een budgetdoelstelling en worden steeds meer verantwoordelijk voor het contracteren van zorg (met daarbij incentives voor efficiency). Meer nadruk komt te liggen op de onderhandelingen tussen aanbieders en financiers. In België en Nederland bijvoorbeeld, zijn de verzekeraars meer financieel verantwoordelijk geworden en worden gelden tussen de verzekeraars verdeeld volgens een normuitkeringensysteem. Zorginkoop wordt interessant als er daadwerkelijk concurrentie is tussen aanbieders, zoals in UK, waar financiers niet langer verplicht zijn publieke ziekenhuizen te contracteren en in Zweden waar een vrije keuze van ziekenhuizen is geïntroduceerd.
3. *Scheiding zorginkoop – zorgaanbod*: bij invoering van marktwerking en daarmee (gereguleerde) concurrentie, is scheiding van zorginkoop en zorgaanbod een belangrijke voorwaarde. In Zweden en UK heeft er een scheiding plaatsgevonden van taken en verantwoordelijkheden van zorginkoop en zorgaanbod. In Nederland zijn deze rollen altijd al gescheiden geweest.
4. *Poolen en zorginkoop*: om in een systeem eerlijke concurrentie tussen financiers van zorg te krijgen (zonder risicoselectie naar gezondheid, leeftijd e.d.) zullen gelden moeten worden verdeeld naar het te voorspellen financiële risico. Een goede pooling van gelden is een essentiële voorwaarde. De voorspellende waarde van de risicofactoren varieert tussen de landen: van weinig complexe systemen zoals in Zwitserland (leeftijd, sekse) tot de meer complexe, en beter voorspellende risicofactoren, zoals in Nederland en Zweden.

## **Politieke wil**

Politieke wil is één van de belangrijkste sleutels tot succes bij hervormingen. Gebrek aan politieke wil is vaak een obstakel, maar ook veranderingen van overheden, ministers en hoge ambtenaren.

Aan de andere kant hebben voorstellen die politiek worden gesteund in een stabiel politiek veld meer kans op succes. De meeste hervormingen zijn kleine veranderingen in een gezondheidszorgsysteem.

In vervolgartikelen zal hier verder op worden ingegaan.

*Dit artikel is deel 2 van een serie. [Deel 1 leest u hier.](#)*

**Door: Dr. Yvonne van Kemenade**



*Yvonne van Kemenade is ruim 30 jaar werkzaam in de gezondheidszorg en heeft verschillende artikelen en boeken geschreven. Ze heeft verschillende*

*functies bekleed: onderzoeker/docent aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (ESHPM), adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS), strategisch adviseur Albert Schweitzer ziekenhuis en bestuurder van een Zorggroep. Mevrouw Van Kemenade werkt momenteel als freelance consultant en is lid van verschillende raden van toezicht ([www.yvonnevankemenade.nl](http://www.yvonnevankemenade.nl)).*

*Noten*

[1] Met uitzondering van o.a. Polen (91,5%) en Roemenië (89%).

[2] YW van Kemenade. Healthcare in Europe 1997, 2007, 2018 en 2019. The finance and reimbursement systems of 11/22 European countries: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Turkije, UK, Zweden, Zwitserland.

<https://www.managementimpact.nl/zorgmanagement/artikel/2019/10/trends-hervormingen-van-macrokostenbeheersing-naar-marktelementen-10119814>