



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 05.12.2001
COM (2001) 723 definitief

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD, HET EUROPEES
PARLEMENT, HET ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET
COMITÉ VAN DE REGIO'S**

De toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg: de toegankelijkheid, de
kwaliteit en de betaalbaarheid waarborgen

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	3
Gemeenschappelijke uitdagingen	4
1 De gevolgen van de vergrijzing voor de stelsels en de uitgaven	4
2 De ontwikkeling van nieuwe technologieën en nieuwe behandelingen	6
3 De verbetering van het welzijn en van de levensstandaard	7
De verscheidenheid van de nationale stelsels en de rol van de communautaire beleidslijnen	8
1 De verscheidenheid van de nationale stelsels	8
2 Rol van Gemeenschapsbeleid	9
Drie langetermijndoelstellingen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid	10
1 Toegankelijkheid	10
2 Kwaliteit	11
3 Betaalbaarheid	12
Conclusie.....	14
Bijlage 1: rol van Gemeenschapsbeleid	15
Bijlage 2: zorgstelsels en gezondheidsbeleid in de Unie	18

INLEIDING

Een hoogwaardige bescherming tegen het gevaar van ziekte en afhankelijkheid is in de ogen van de Europeanen een wezenlijke verworvenheid, die moet worden behouden en aangepast aan de uitdagingen van onze tijd.

In maart 2000 heeft de Europese Raad van Lissabon herhaald dat de stelsels voor sociale zekerheid moeten worden hervormd, met name omdat zij ook in de toekomst hoogwaardige gezondheidsdiensten moeten aanbieden. Voorts heeft de Europese Raad van Göteborg de Raad in juni 2001 verzocht om "*volgens de open coördinatiemethode en op basis van een gezamenlijk verslag van het Comité voor sociale bescherming en het Comité voor economische politiek (...) een inleidend verslag (...) op [te] stellen voor de voorjaarsbijeenkomst van de Europese Raad in 2002 betreffende beleidslijnen op het gebied van de gezondheidszorg en van de ouderenzorg. Het resultaat van de werkzaamheden zal in de globale richtsnoeren voor het economisch beleid worden verwerkt.*" (§ 43)

In de geest van de conclusies van Lissabon, waarin de open coördinatiemethode wordt omschreven als zijnde gebaseerd op samenwerkingsverbanden tussen de verschillende betrokkenen, in het kader van hun respectieve bevoegdheden, wil de Commissie door middel van deze mededeling een bijdrage leveren aan de verwezenlijking van het mandaat dat door de Europese Raad van Göteborg werd gegeven.

In vergelijking met de rest van de wereld zijn de algemene gezondheidstoestand en de zorgstelsels in de Unie uitzonderlijk goed. Dat is grotendeels te danken aan de veralgemening van de dekking van het ziekte- en invaliditeitsrisico, maar ook aan andere factoren zoals de stijging van de levensstandaard per hoofd, de verbetering van de levensomstandigheden en van de levenswijzen en aan een betere gezondheidsopvoeding¹. Dankzij die ziekte- en invaliditeitsverzekering konden de mensen namelijk worden beschermd tegen de financiële gevolgen van ziekte, en kon tegelijkertijd de snelle en permanente vooruitgang van de geneeskunde en de behandelingen worden ondersteund: de ziekteverzekering is bijgevolg een essentieel onderdeel van de werking van de gezondheidszorg in het algemeen, en het grote aandeel dat ze in de totale gezondheidsuitgaven vertegenwoordigt, maakt deze tak wat de uitgaven betreft na de rust- en overlevingspensioenen tot de belangrijkste tak van de sociale bescherming.

De totale uitgaven voor de gezondheidszorg stegen van circa 5% van het BBP in 1970 tot 8% in 1998. Deze stijging was overigens het sterkst in de periode voor 1990. De overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg stegen volgens dezelfde trend: de groei

¹ Er bestaat geen rechtstreeks verband tussen de algemene resultaten op het gebied van de volksgezondheid en het volume van de uitgaven voor gezondheid en dus voor gezondheidszorg. De BRD besteedde in 1999 bijvoorbeeld meer dan 10% van zijn BBP aan de gezondheidszorg - het hoogste percentage in de Unie - terwijl Spanje 7% uitgaf, maar de levensverwachting is er twee jaar lager; zij is lager dan die voor Britse mannen en gelijk aan die van Britse vrouwen, terwijl het Verenigd Koninkrijk aanzienlijk minder uitgeeft (6,8% van het BBP).

was sneller dan die van het BBP in de periode tussen 1970 en 1990 (hun aandeel in het BBP steeg van 3,9 tot circa 6%), en hun ontwikkeling is gematigder sinds 1990, met name ten gevolge van de op kostenbeheersing gerichte inspanningen van alle landen. Niettemin blijken de uitgaven voor de gezondheidszorg sinds 1999 in tal van landen weer sneller te zijn gaan stijgen dan het BBP².

De zorgstelsels van de Unie staan dus voor een uitdaging: het zoeken naar een evenwicht tussen voor iedereen toegankelijke zorg, onafgebroken verbetering van de kwaliteit van de zorg en de betaalbaarheid van de stelsels.

GEMEENSCHAPPELIJKE UITDAGINGEN

1 De gevolgen van de vergrijzing voor de stelsels en de uitgaven

De vergrijzing heeft twee aspecten:

Een *langere levensverwachting*.³ Sinds 1970 is de levensverwachting bij de geboorte voor vrouwen met 5,5 jaar toegenomen en voor mannen met bijna 5 jaar. Ondanks aanzienlijke verschillen - Zweedse mannen en Franse vrouwen hadden in 1997 een 3 jaar langere levensverwachting dan hun Finse en Ierse tegenhangers - is de gemiddelde levensduur van de bevolking van de EU een van de hoogste ter wereld en neemt zij nog steeds toe. In 2000 bedroeg zij 74,7 jaar voor in dat jaar geboren mannen en 81,1 jaar voor vrouwen: volgens het basisscenario van Eurostat zal de levensverwachting in 2050 respectievelijk 79,7 en 85,1 jaar bedragen. Deze toename van de levensverwachting bij de geboorte vertaalt zich ook in een stijging van de levensverwachting "in goede gezondheid" of zonder handicap.

- Een *stijging van het aandeel van de ouderen*. Het aandeel van 65-plussers in de Europese bevolking zal toenemen van 16,1% in 2000 tot 22% in 2025 en 27,5% in 2050; het aandeel van 80-plussers zal toenemen van 3,6% in 2000 tot 6% in 2025 en 10% in 2050⁴.

Deze ontwikkelingen kunnen grote gevolgen hebben voor de *gezondheidszorg*, ook al zijn die moeilijk precies te meten. De uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking stijgen sterk boven de 65 jaar, en nog sterker boven de 80 jaar. Het hogere ziektecijfer onder ouderen, hun grotere kans op meervoudige aandoeningen, de grotere ernst en het chronischer karakter van leeftijdsgebonden aandoeningen die zelfs kunnen uitmonden in afhankelijkheid, zijn allemaal factoren die een verklaring kunnen vormen voor deze spreiding van de uitgaven over leeftijdsgroepen. Dankzij het gezondheidsinformatiesysteem, dat moet worden ingesteld bij het nog hangende voorstel voor een actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid, zal de kennis van deze thema's verbeteren.

Toch is het geen eenvoudige opgave om in te schatten wat over enkele decennia de gezondheidstoestand of het ziektecijfer van ouderen zal zijn, of de levensverwachting "in goede gezondheid" van de generaties die rond 2030 de leeftijd van 60 jaar zullen

² Zie grafiek 1, bijlage 3.

³ Zie grafiek 2, bijlage 3.

⁴ Zie grafiek 3, bijlage 3.

bereiken. Allereerst omdat de meeste kosten voor gezondheidszorg ongeacht iemands leeftijd worden gemaakt in het laatste levensjaar, en omdat de uitgaven voor intensieve zorg in dit laatste jaar minder hoog zijn wanneer de betrokkene op hoge leeftijd is. Vervolgens zal de verbetering van de levenskwaliteit en van het opleidingsniveau - naast de gezondheidszorg zelf de belangrijkste bepalende factoren voor de gezondheidstoestand - een bijdrage leveren aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking door met name gezondere levenswijzen en preventieve maatregelen te bevorderen: de leeftijd waarop meer zorg nodig is, kan op die manier worden verhoogd en de risico's op grote afhankelijkheid van de oudsten bijgevolg verminderd. Omgekeerd kunnen de ouderen die behoren tot beter opgeleide generaties en gewend zijn om op uitgebreide schaal zorg af te nemen, echter ook eisen dat zij worden behandeld volgens de laatste inzichten, die zeer waarschijnlijk ook leiden tot duurere behandelingen.

Voorts leidt de aangroei van die leeftijdsgroepen tot *een nieuwe langdurige zorgvraag*. Leeftijdsgebonden aandoeningen, mogelijk zelfs uitmondend in totale afhankelijkheid, vereisen namelijk langdurige zorg, zowel ambulante als in afdelingen voor langdurig verblijf of psychiatrische zorg. De stijging van het aantal kleinere en minder stabiele familiestructuren kan het sociale netwerk dat de familie is evenwel ondermijnen en het zorg- en oppasaanbod in de families beperken. Bij een sterke toename van het aantal mensen dat langdurige zorg behoeft, moet een specifiek aanbod worden ontwikkeld, waarin ook rekening wordt gehouden met het steeds groter aantal werkende vrouwen (omdat de zorg in het informele circuit hoofdzakelijk door hen wordt verleend). De factoren die met de organisatie van het aanbod verband houden, zijn hier dus van doorslaggevend belang.

Deze tweevoudige gevolgen van de vergrijzing zijn terug te vinden in de ramingen van deze gevolgen voor de overheidsuitgaven die de nationale correspondenten van de werkgroep "vergrijzing" voor het Comité voor economische politiek van de Unie hebben gemaakt volgens een eenvoudige methodologie, die evenwel niet vrij is van onzekerheden⁵:

- Indien de basisscenario's voor de bevolkingsontwikkeling worden bevestigd, zullen de overheidsuitgaven voor *gezondheidszorg* tijdens de periode 2000-2050 tussen de 0,7 punt van het BBP (lage raming voor DK) en de 2,3 punten van het BBP (IRL) stijgen. De overheidsuitgaven voor gezondheidszorg, die in 2000 4,6% (VK en FIN) tot 6,2% (F) van het BBP beliepen, zouden in 2050 tot tussen de 5,6% (VK en NL) en de 8,2% (IRL) van het BBP zijn aangegroeid. In alle landen zouden de uitgaven voor de leeftijdsgroep van 0 tot 64 jaar (met 0,2 tot 0,7 punt van het BBP) teruglopen. Voor de meeste lidstaten belooft de totale stijging tijdens die halve eeuw tussen de 1 en de 1,5 punten van het BBP, wat in verhouding tot het huidige niveau geen belangrijke stijging is. Slechts in drie lidstaten (D, IRL en A) zou de stijging meer dan 2 punten van het BBP bedragen.

⁵ De structuur van de uitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg per leeftijdsgroep is gecombineerd met de demografische vooruitzichten om tot de ramingen voor de toekomstige overheidsuitgaven te komen. Zoals blijkt uit het verslag van de werkgroep, betreft het dus veeleer een "momentopname" van de gevolgen van de demografische ontwikkelingen dan een raming van de "reële" overheidsuitgaven.

- De gevolgen van de demografische ontwikkelingen (volgens dezelfde scenario's) voor de *langdurige zorg* zijn des te groter wanneer de betrokken landen reeds over gestructureerde zorg beschikken en momenteel reeds hoge uitgavenniveaus kennen (tussen de 1,5% en de 3% van het BBP). In Zweden, Finland, Denemarken en Nederland, die zich in deze groep bevinden, zal de vergrijzing automatisch tot een stijging van de uitgaven voor langdurige zorg met ongeveer 1,7 tot 2,5 punten van het BBP leiden, wat bijna een verdubbeling is. In zes andere landen, die - met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk - in 2000 allemaal minder dan 1% van het BBP uitgeven aan deze langdurige zorg, zullen de stijgingen bescheidener zijn (tussen 0,2 en 1 punt van het BBP). De aangroei van de betrokken bevolkingsgroepen en sociale veranderingen kunnen in die landen evenwel een formalisering van de zorgstructuren tot gevolg hebben, waardoor het aandeel in de overheidsuitgaven en in het BBP stijgt. Deze te verwachten ontwikkeling houdt in dat financieringswijzen moeten worden gevonden: ofwel binnen de sector van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, ofwel op een meer specifieke wijze (invoering van een speciaal "afhankelijkheidsrisico", spreiding van uitgaven over zorgstelsels en welzijnszorg, gebruik van particuliere verzekeringen).

In totaal kan de vergrijzing het aandeel van de overheidsuitgaven dat aan gezondheidszorg en langdurige zorg wordt besteed van 1,7 tot bijna 4 punten van het BBP doen stijgen, waardoor de overheidsuitgaven tussen de 7,5% (gunstige hypothese voor I) en de 12,1% van het BBP (ongunstige hypothese voor S) zullen bedragen, tegenover 5,5% (I) en 8,8% (S) van het BBP in 2000.

Algemeen stelt zich bij een dergelijke groei van de gezondheidszorg en van de langdurige zorg de vraag naar de *menselijke hulpbronnen*, aangezien deze vormen van zorg van nature arbeidsintensief zijn en gekwalificeerd personeel vereisen. Deze vraag naar personeel ontstaat in een situatie waarin de actieve bevolking zich stabiliseert of terugloopt, terwijl de werkgelegenheid in de zorg- en sociale sector toch al veel sneller groeit dan gemiddeld: in de Unie is de totale werkgelegenheid tussen 1995 en 2000 met 6,8% gegroeid, maar in de zorg- en sociale sector met 12,6%.⁶

2 De ontwikkeling van nieuwe technologieën en nieuwe behandelingen

De ontwikkeling van medische technieken (bijvoorbeeld het gebruik van miniaturrobots bij chirurgische ingrepen, genterapieën, kweek van vervangende organen of weefsel, en de ontwikkeling van nieuwe stoffen) kan ingrijpende gevolgen hebben voor de zorgstelsels.⁷

De technische vooruitgang levert producten en behandelingen op waarmee meer onderzoek, ontwikkeling en technologie gemoeid zijn. Die vooruitgang kan leiden tot een grotere productiviteit, bijvoorbeeld door een verkorting van de opnameduur bij bepaalde ziekten of door de vermindering van het risico om een ernstige ziekte te ontwikkelen dankzij een preventieve behandeling. Doeltreffender behandelingen

⁶ Arbeidskrachtenenquête 2001, verdeling van de werkgelegenheid per activiteitssector.

⁷ De verwachtingen van het Comité voor economische politiek van de Europese Unie houden indirect rekening met de gevolgen van de technologieën en hun ontwikkelingen door middel van verschillende hypothesen voor de ontwikkeling van de uitgaven per hoofd.

hebben meestal tot gevolg dat nieuwe aandoeningen kunnen worden behandeld en dat de behandelingen intensiever worden, waardoor de totale kosten stijgen.

Effecten van vraag en aanbod dragen tot deze stijging bij. De gezondheidszorg is een atypische sector omdat het aanbod - de voorschrijvers - er in sterke mate de vraag bepaalt, wat soms ten koste gaat van een systematische evaluatie van het werkelijke nut van de vernieuwingen voor de gezondheid en van hun kostprijs voor de gemeenschap. Ook willen de - tegenwoordig goed opgeleide en voorgelichte - patiënten behandeld worden met de nieuwste stoffen en de jongste therapieën, of met producten zoals voedingssupplementen, waarvan wordt verondersteld of waaraan wordt toegeschreven dat ze een effect hebben op de gezondheid. Op die manier oefenen de patiënten druk uit op de voorschrijvers. Deze druk is bijzonder goed voelbaar in de landen waar de keuze van de behandelend arts vrij is. Deze druk van de vraag is van groot en meetbaar belang voor geneesmiddelen, omdat de nieuwste stoffen bijna altijd duurder zijn.

Deze eigenschappen van de technische vooruitgang werpen de vraag op hoe die vooruitgang moet worden gefinancierd en bekostigd, aangezien het effect van die vooruitgang vergelijkbaar kan zijn met en zelfs groter kan zijn dan het effect van de vergrijzing. Waar het gaat om beheersing van de uitgaven, moeten duidelijke, transparante en efficiënte regelingen worden ontwikkeld. Alleen dergelijke regelingen kunnen de toegankelijkheid van nieuwe producten en behandelingen waarborgen. Ze moeten evenwel meer dan nu rekening houden met de specifieke behoeften van ouderen boven de 65 jaar, die momenteel nog maar een beperkt aandeel uitmaken van de patiënten die aan klinische tests worden onderworpen.

De nieuwe informatietechnologieën maken samenwerking tussen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg op Europese schaal mogelijk en bieden zodoende nieuwe mogelijkheden om de evaluaties te verbeteren.

3 De verbetering van het welzijn en van de levensstandaard

De vraag naar en het aanbod van gezondheidszorg wordt in sterke mate bepaald door de levensstandaard en het onderwijsniveau, die trouwens bepalend zijn voor de levenswijzen van de mensen. De laatste vijftig jaar stelt men namelijk vast dat de vraag naar gezondheidszorg de neiging heeft proportioneel sterker te stijgen dan het inkomen per hoofd.

Dat verschijnsel heeft drie belangrijke gevolgen:

- De tegenwoordig beter opgeleide patiënten kunnen kiezen voor *een gezondere levensstijl en voor preventie*, waardoor op termijn de behoefte aan intensieve en dure verzorging kan worden voorkomen. De zorgstelsels zijn dan ook verplicht actiever te werken aan voorlichting en preventie in het algemene kader van het gezondheidsbeleid.
- De patiënten verwachten van de zorgstelsels bovendien een steeds betere kwaliteit en een steeds grotere doeltreffendheid. Door de ontwikkeling van nieuwe informatietechnologieën ontstaan niet alleen meer mogelijkheden om informatie te vergaren, maar worden diensten ook toegankelijker (gezondheidsadviezen), en kunnen producten op meer manieren worden gekocht, met alle risico's van dien.

Deze betere toegang tot informatie maakt het - ongeacht de kwaliteit van die informatie - ook makkelijker om vergelijkingen te maken met de gang van zaken in andere landen, waardoor een grotere grensoverschrijdende mobiliteit van personen, goederen en diensten ontstaat. Dit heeft zowel in termen van vraag als van bekostigingswijzen rechtstreekse gevolgen voor het functioneren van de zorgstelsels.

- Tot slot willen de patiënten zowel door de professionele zorgverstrekkers als door de overheid steeds meer worden beschouwd als volwaardige *partners en actoren* van de zorgstelsels. De ontwikkeling, in de ziekenhuizen, van "handvesten van de rechten van de patiënt" en de versterking van de rechten van de zieken in de nationale wetgevingen zijn daar voorbeelden van. Meer algemeen verwachten ze meer transparantie wat de resultaten en de kwaliteit betreft van de verstrekkingen in de gezondheidszorg.

DE VERSCHIEDENHEID VAN DE NATIONALE STELSELS EN DE ROL VAN DE COMMUNAUTAIRE BELEIDSLIJNEN

De organisatie van de zorgstelsels, de financieringswijzen en de planning van het zorgaanbod op basis van de behoeften van de bevolking, behoren tot de bevoegdheid van de lidstaten. Deze bevoegdheid wordt evenwel steeds vaker uitgeoefend in een algemeen kader waar tal van onderdelen van het Gemeenschapsbeleid⁸ ingrijpen, en dat verantwoordt een Europese samenwerking.

1 De verscheidenheid van de nationale stelsels

De uiteenlopende financieringswijzen⁹ en organisatievormen zijn een essentiële eigenschap van Europa en vormen dus het kader van de hervormingen die de stelsels moeten aanpassen aan de vergrijzing en aan de andere factoren van de ontwikkeling van de uitgaven voor gezondheidszorg en ouderenzorg.

Toch kan worden vastgesteld dat de kosten voor de gezondheidszorg overal voor een groot deel door de overheid worden gedragen. In het land met de laagste overheidsbijdrage (Italië), is deze nog altijd goed voor circa 56% van de uitgaven van de gezondheidszorg, terwijl dat in het Verenigd Koninkrijk bijna 84% is. Deze diversiteit heeft twee kanten:

- Een aantal stelsels - hoofdzakelijk die met een nationale gezondheidsdienst - is soms volledig gebaseerd op financiering uit *belastingopbrengsten* (NL, P, S, UK, DK, IRL). Andere stelsels zijn gebaseerd op financiering uit sociale premies, maar er is een trend zichtbaar om het aandeel van die premies te verkleinen en te vervangen door belastingopbrengsten (bijvoorbeeld in Frankrijk en de BRD).
- Het andere aspect van de diversiteit staat los van het vorige, en houdt verband met de spreiding over *particuliere en overheidsfinanciering*, dus met het deel van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg dat ten laste komt van huishoudens en

⁸ Zie bijlage 1.

⁹ Zie grafiek 4, bijlage 3.

eventueel wordt vergoed door vrijwillige aanvullende verzekeringen. Dat deel vormt in de meeste lidstaten tussen een vijfde en een vierde van de totale uitgaven, maar is bijzonder klein in het Verenigd Koninkrijk en Luxemburg (minder dan 5%), terwijl het in Italië en Portugal tot 42% uitmaakt.

Afhankelijk van het type zorg is dat deel echter vaak variabel: ziekenhuiszorg wordt vaak voor een groot deel vergoed door de basisdekking, maar dat is niet het geval voor bijvoorbeeld geneesmiddelen, tandartsenzorg, optische producten, om maar de meest voorkomende uitzonderingen te noemen. Het deel dat ten laste van de patiënt blijft, wordt vaak verantwoord met het argument dat de patiënt zich beter bewust moet worden van de kosten die de verstrekkingen veroorzaken. Als gevolg van deze beide aspecten gaan aanvullende verzekeringen een belangrijker rol spelen in de toegankelijkheid van het zorgstelsel, ook voor de minst draagkrachtigen, voor wie een oplossing moet worden gevonden voor de bekostiging van dit aanvullende deel.

2 Rol van Gemeenschapsbeleid

Drie domeinen van het Gemeenschapsbeleid zijn voor de aanpassingen en de hervormingen van essentieel belang.

- Het beleid inzake volksgezondheid en de bevordering van een hoog niveau van menselijke gezondheid (artikel 152 van het Verdrag). In de mededeling van de Commissie inzake de "Gezondheidsstrategie van de Europese Gemeenschap" (COM(2000) 285 def.) wordt benadrukt dat gezondheidsdiensten moeten voldoen aan de verwachtingen en zorgen van de bevolking, in een situatie die wordt gekenmerkt door de uitdagingen van de vergrijzing en de ontwikkeling van medische technieken, alsmede door de grotere grensoverschrijdende dimensie van gezondheidsvraagstukken (overdraagbare ziekten, medische milieukunde, toegenomen mobiliteit van personen, diensten en goederen).
- *Verbetering van de kwaliteit en de houdbaarheid van de overheidsfinanciën.* Het grote aandeel van de uitgaven voor de gezondheidszorg in de overheidsuitgaven geeft de zorgsector een groot gewicht bij de uitvoering van strategieën die zijn gericht op kwaliteit en houdbaarheid, overeenkomstig de uitgangspunten die zijn omschreven in de *Globale richtsnoeren voor economisch beleid* voor 2001 ("Bevorderen van de accumulatie van fysiek en menselijk kapitaal" en "Verbeteren van de doelmatigheid van de uitgaven door institutionele en structurele hervormingen").
- *Verdieping van de interne markt.* De inrichting van de socialezekerheidsstelsels en de organisatie van de financiering behoren tot de bevoegdheid van de lidstaten. Volgens de vaste rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen¹⁰ laat het Gemeenschapsrecht de bevoegdheid van de lidstaten om hun stelsels van sociale zekerheid in te richten, onverlet. Niettemin moeten de lidstaten bij de uitoefening van die bevoegdheid het Gemeenschapsrecht

¹⁰ Arresten van 7 februari 1984, Duphar e.a 238/82, Jurispr. blz. 523, punt 16; van 17 juni 1997, Sodemare e.a C-70/95, Jurispr. blz. I-3395, punt 27, en van 28 april 1998, Kohll, C-158/96, Jurispr. blz. I-1931 punt 17.

eerbiedigen¹¹. Sinds 1999 ontwikkelt zich ingevolge de mededeling van de Commissie "*Een gemeenschappelijke strategie voor de modernisering van de sociale bescherming*" (COM(99)347 def.) een Europese samenwerking op het gebied van de sociale bescherming, met de deelname van de betrokken actoren. Zo maakte de Raad de garantie van een hoog en duurzaam niveau van bescherming van de volksgezondheid in zijn conclusies van 29 november 1999 tot een van de vier voorrangdoelstellingen van een dergelijke Europese samenwerking. Bij die gelegenheid heeft de Raad herhaald dat de hervormingen van de lidstaten in het kader van hun nationale prioriteiten door een communautaire actie dienen te worden ondersteund en bevorderd.

DRIE LANGETERMIJNDOELSTELLINGEN: TOEGANKELIJKHEID, KWALITEIT EN BETAALBAARHEID

1 Toegankelijkheid

Voor de Europeanen is de toegang tot de gezondheidszorg een grondrecht, dat van wezenlijk belang is voor de menselijke waardigheid en dus voor iedereen moet worden gewaarborgd. Het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie bepaalt dat "*eenieder [...] recht [heeft] op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging*"¹² en dat "*De Unie [...] het recht [erkent en eerbiedigt] op toegang tot socialezekerheidsvoorzieningen en sociale diensten die bescherming bieden in gevallen zoals moederschap, ziekte, arbeidsongevallen, afhankelijkheid of ouderdom*".¹³

De aanbeveling van de Raad van 27 juli 1992 betreffende de convergentie van de doelstellingen en het beleid op het gebied van de sociale bescherming¹⁴ maakt de toegang tot gezondheidszorg en de toekenning van toereikende vervangende inkomsten aan personen die gedwongen zijn hun werk te onderbreken wegens ziekte, tot essentiële doelstellingen van stelsels voor sociale zekerheid.

Kijkend naar sterftcijfers kan echter geconstateerd worden dat de algemene gezondheidstoestand van personen in alle landen soms in sterke mate verband houdt met hun sociale positie¹⁵. Deze situatie is in de eerste plaats te wijten aan onvoldoende inkomen, waardoor mensen in bepaalde gevallen minder zorg afnemen, met name wanneer een aanzienlijk deel van de kosten door de patiënten zelf moet worden betaald (tandarts, oogarts e.d.), of wanneer zij binnen het zorgstelsel een deel van de kosten moeten voorschieten. Ze weerspiegelt echter ook tal van andere factoren, zoals de levensomstandigheden en de huisvesting, de kwaliteit van de baan, het opleidingsniveau, de levensstijl en de eetgewoonten.

¹¹ Zaken C-157/99 (Smits/Peerbooms) en C-368/98 (Vanbraeckel).

¹² Artikel 33.

¹³ Artikel 32.

¹⁴ 92/442/EEG, PB EG nr. L 245 van 26/08/1992 blz. 0049 - 0052.

¹⁵ Volgens *Gezondheidsverschillen en sociale ongelijkheden*, Inserm-La Découverte, 2000, varieert bij mannen van 45 tot 59 jaar de verhouding tussen het sterftcijfer bij "handarbeiders" en dat bij "hoofdarbeiders" van 1,71 in Frankrijk tot 1,33 in Denemarken.

De toegang tot de zorg van achterstandsgroepen en de minst draagkrachtigen, alsook de banden tussen het zorgstelsel en de andere actoren in de strijd tegen de uitsluiting, zijn dus erkend als "gemeenschappelijke doelstellingen" in de strijd tegen uitsluiting die werden vastgesteld tijdens de Europese Raad van Nice. Het *gezamenlijke beoordelingsrapport* van de nationale actieplannen voor sociale insluiting beschrijft drie hoofdcategorieën van maatregelen op dit gebied:

- De ontwikkeling van preventie en gezondheidsvoorlichting, die weliswaar niet uitsluitend is gericht op de minst draagkrachtigen, maar waarmee deze groepen toch beter kunnen worden bereikt. Dat is bijvoorbeeld het geval met maatregelen op het gebied van de bescherming van moeder en kind, schoolgeneeskunde en arbeidsgeneeskunde.
- Verbetering van de toegang tot de zorg door hogere of zelfs volledige vergoedingen voor lage inkomens, maar ook door betere coördinatie tussen sociale diensten en gezondheidsdiensten.
- Uitvoering van maatregelen gericht op achterstandsgroepen, waaronder geesteszieken, migranten, daklozen, alcohol- of drugsverslaafden, prostituees e.d.

2 Kwaliteit

Alle Europeanen willen een beroep kunnen doen op kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, en het is ook een van de grote doelstellingen van het gezondheidsbeleid. Aangezien de gezondheidszorg voor het overgrote deel met overheidsgeld wordt gefinancierd, krijgt deze kwaliteitseis nog een tweede dimensie: hoe kan een zo goed mogelijke verhouding worden bereikt (die aanvaardbaar is zonder de doelstelling van de volksgezondheid in gevaar te brengen) tussen de voordelen voor de gezondheid en de kosten van de producten en de behandelingen? Door de ontwikkeling van voor het publiek toegankelijke informatiebronnen, maar ook door de uitbreiding van de interne markt en de grotere mobiliteit van personen krijgt dit kwaliteitsaspect een voorheen ongekende grensoverschrijdende dimensie.

Twee elementen maken deze benadering van de kwaliteit evenwel bijzonder complex en gevoelig:

- *De verscheidenheid van de modellen van het zorgaanbod.* In Denemarken waren er in 1997 bijvoorbeeld 465 ziekenhuisbedden per 100 000 inwoners, tegenover 708 in de BRD en 877 in Frankrijk. Ierland telde in 1999 226 artsen per 100 000 inwoners, tegen bijna 405 artsen per 100 000 inwoners in België. Frankrijk telde in 1997 46,4 apothekers (zelfstandig gevestigd), maar Nederland slechts 17,5.¹⁶ De structuren voor langdurige zorg vertonen nog grotere variaties naar gelang deze zorgverstrekking in de landen al dan niet uitgesproken geïnstitutionaliseerd is. De organisatie en het niveau van het zorgaanbod spelen vaak een belangrijke rol bij de sturing van de zorgvraag (en bijgevolg van het niveau van de uitgaven).
- *Heterogeniteit van de behandelingspraktijken.* Dat geldt bijvoorbeeld voor bevallingen. Frankrijk en Nederland kennen een nagenoeg vergelijkbaar perinataal

¹⁶ Gegevens Eurostat, in *Key data on health 2000*.

sterftcijfer (8,2% en 8,4% in 1996); toch vinden bevallingen in Frankrijk in de meeste gevallen in het ziekenhuis plaats, terwijl in Nederland bijna een derde van de vrouwen thuis bevalt (hoewel het aantal ziekenhuisbevallingen in de afgelopen dertig jaar sterk is toegenomen). A priori kan dus moeilijk worden geconcludeerd dat één van beide methoden beter presteert. Verder zijn er binnen een land ook nog regionale verschillen, niet alleen ten aanzien van gehanteerde methoden of protocollen, maar ook in de waarneembare doelmatigheid van diensten of technieken (bijvoorbeeld gemeten door het postoperatieve sterftcijfer).

Veel studies hebben zo aangetoond dat beleid gericht op verhoging van de kwaliteit in met name ziekenhuizen (de grootste kostenpost in de uitgaven voor de gezondheidszorg) de kosten kan verlagen die het gevolg zijn van ontoereikende kwaliteit.¹⁷ Metingen van kosten en prestaties, tevredenheidsonderzoeken onder patiënten, en beoordeling en accreditering van zorgdiensten zijn noodzakelijke middelen om deze verschillen te verklaren en te corrigeren en om de algehele kwaliteit van het zorgstelsel te verhogen¹⁸. Daarbij moeten alle partners worden betrokken (overheden die toezicht houden op het zorgstelsel, beroepsbeoefenaren uit de gezondheidszorg, "betalende" instanties, waaronder aanvullende verzekeringen).

Een vergelijkende analyse van zorgstelsels en behandelingspraktijken, waarmee "goede praktijken" kunnen worden opgespoord, is dus van bijzonder groot belang voor de zorgstelsels en voor een optimaal gebruik van de middelen van de sociale zekerheid. Het toekomstige actieprogramma inzake volksgezondheid, dat in behandeling is bij de Raad en het Europees Parlement, kan bijdragen tot de bevordering van de kwaliteit en van de "goede praktijken" in de zorgstelsels.

3 Betaalbaarheid

Voor de beschikbaarheid van hoogwaardige zorg, waarin plaats is voor wetenschappelijke en technische vooruitgang en die toegankelijk is voor de bevolking is een bepaald financieringsniveau vereist. Ongeacht de organisatievorm van zorgstelsels zullen de kosten per eenheid in de gezondheidszorg en de gezondheidsvraag onder druk komen te staan. De gevolgen daarvan zullen echter niet overal gelijk zijn. In grote lijnen is het in theorie mogelijk om met systemen van het type "nationale gezondheidsdienst" de uitgaven beter te beheersen (aangezien deze per definitie uit de begroting worden gefinancierd), maar de druk van de vraag vertaalt zich in dat geval door een verlenging van de wachtlijsten¹⁹, waarvan de lengte een afspiegeling kan zijn van de werkelijke ontoereikendheid van het aanbod. Anderzijds bestaan er op verzekeringen gebaseerde stelsels, waarin zorgaanbieders vaak onafhankelijk zijn van de "betaler", een toename van de vraag en/of kosten leidt tot een stijging van de uitgaven, die op termijn onbetaalbaar kunnen worden voor de overheidsbegroting, tenzij wordt besloten tot verhoging van de inkomsten of tot

¹⁷ Verslag van het "Agence française pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES)" - *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital* (september 1998).

¹⁸ Bijvoorbeeld: "A First Class Service : Quality in the new NHS" (VK), dat met name voorziet in de oprichting van een "National Institute for Clinical Excellence"; instelling van het *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé* (F).

¹⁹ Het "NHS High-Level Performance Framework" (VK) bevat een indicator die de lengte van de wachtlijsten meet ("% van de patiënten die gedurende 12 maanden of langer op de wachtlijst staan").

maatregelen voor beheersing van de kosten, die vaak op weerstand stuiten van de betrokken beroepsbeoefenaren en waaruit moeilijk een keuze kan worden gemaakt, gelet op de omvang en de diversiteit van de vraag waaraan moet worden voldaan.

In dit verband zien we minstens tot in 1999 dat de uitgaven in verhouding tot de groei van het BBP aanzienlijk minder snel stijgen. Niettemin blijken de uitgaven voor de gezondheidszorg sinds 1999 in tal van landen weer sneller te zijn gaan stijgen dan het BBP. Sinds de jaren negentig zijn namelijk tal van hervormingen doorgevoerd²⁰. Traditioneel worden daarvoor twee middelen gebruikt, die soms worden gecombineerd en naar gelang van het geval op verschillende schaal worden ingezet:

- regulering van de vraag, door verhoging van de premies (fiscaal of sociaal) of door hogere eigen bijdragen van de eindgebruiker (door lagere vergoedingen of door eigen bijdragen).
- regulering van het aanbod door macro-economische maatregelen (met name door de vaststelling van budgetten of lumpsumregelingen voor zorgverleners) of gericht op grotere micro-economische doelmatigheid van het aanbod: dat is het doel van maatregelen die zijn gebaseerd op de georganiseerde invoering van concurrentie tussen financiers en/of zorgverleners (BRD) of op het afsluiten van contracten tussen "inkopers" en "leveranciers" (UK).

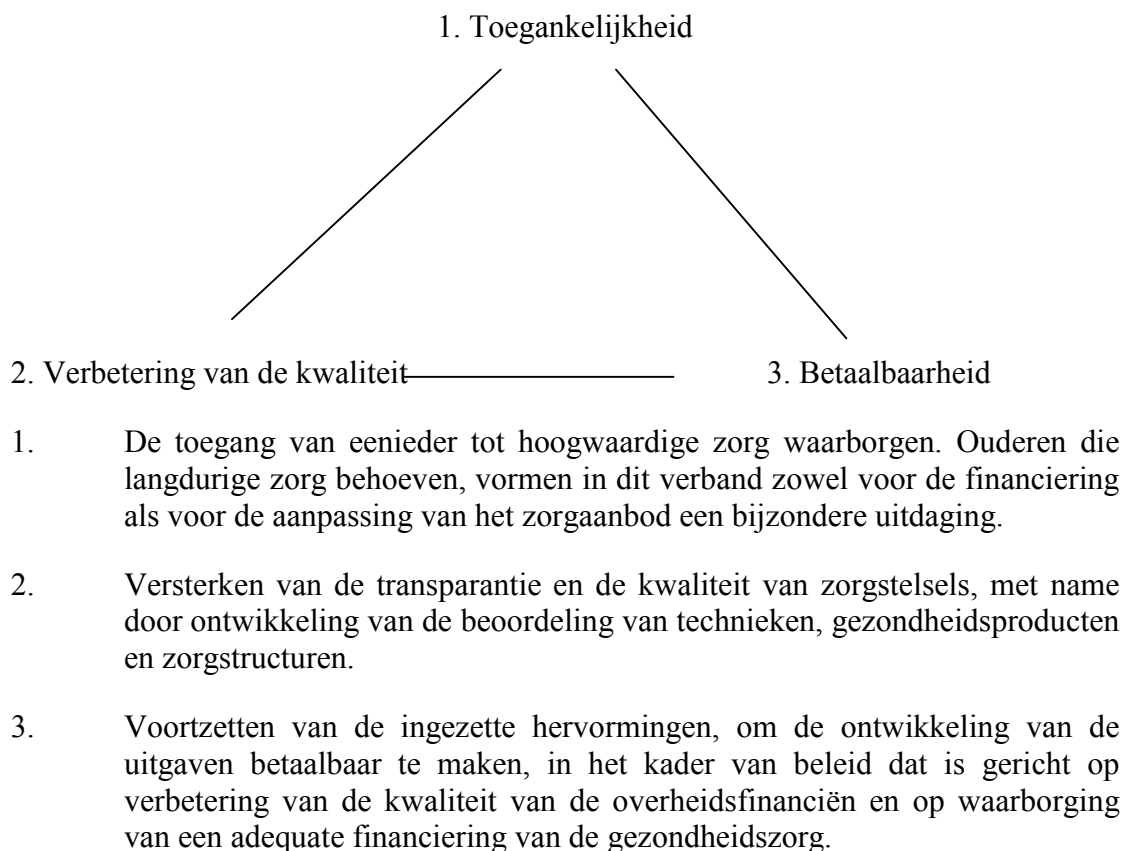
Er moet hier een onderscheid worden gemaakt tussen het conjuncturele effect van de maatregelen en hun structurele effecten, dat wil zeggen de mate waarin zij de ontwikkeling van de uitgaven betaalbaar kunnen houden zonder dat de kwaliteit van het zorgstelsel en de prestaties van dat stelsel in het geding komen. Uitwisseling van ervaringen om de balans op te maken van beleid dat soms al jarenlang wordt gevoerd, zou in dit opzicht een nuttig instrument zijn voor het maken van vergelijkingen en voor verdere vooruitgang.

De meeste *kandidaat-lidstaten* staan hier voor een geheel andere uitdaging. Zo hebben veel van deze landen hard gewerkt aan een ingrijpende verandering van zowel de structuur als de financiering van hun zorgstelsel, en met name aan de verdeling over publieke en private financiering. Daarbij werd gestreefd naar vergroting van de algehele doelmatigheid en kwaliteit. Het succes van dergelijke hervormingen is echter afhankelijk van de mate waarin de financiële houdbaarheid van stelsels kan worden gewaarborgd. Die betaalbaarheid is op zijn beurt weer afhankelijk van economische hervormingen en van het succes van de overgang naar een markteconomie.

²⁰ Zie bijlage 2 voor een vereenvoudigde presentatie van de zorgstelsels en de recente hervormingen.

CONCLUSIE

De zorgstelsels van de Unie en de kandidaat-landen staan voor een uitdaging: het zoeken naar een evenwicht tussen voor iedereen toegankelijke zorg, een onafgebroken verbetering van de kwaliteit van de zorg en de betaalbaarheid van de stelsels.



Om dit evenwicht te bereiken, is de ontwikkeling van **samenwerkingsverbanden met alle partijen in de zorg** van wezenlijk belang, ongeacht of het gaat om overheden, professionele zorgverstrekkers, instanties voor sociale zekerheid, verzekeraars voor aanvullende verzekeringen, gebruikers of hun vertegenwoordigers. Dat wordt vaak bemoeilijkt door verschillende of zelfs tegengestelde belangen en inzichten van deze partijen.

Bijlage 1: rol van Gemeenschapsbeleid

VRIJ VERKEER VAN GOEDEREN (ARTIKEL 28) .

Gezondheidsgoederen zijn goederen waarvan het vrije verkeer uitsluitend belemmerd mag worden wegens dringende reden van algemeen belang, die bijvoorbeeld verband houden met de bescherming van de gezondheid of met de noodzaak tot het bewaren van het voor de instandhouding van een hoogwaardig zorgaanbod noodzakelijk geachte financiële evenwicht tussen stelsels. Deze belemmeringen, waaronder met name de weigering tot vergoeding van een gezondheidsproduct dat is aangeschaft in een andere lidstaat dan de lidstaat waarin men verzekerd is, dienen met redenen te worden omkleed en moeten in verhouding staan tot het nagestreefde doel.

VRIJ VERKEER VAN PERSONEN (ARTIKELN 18, 39, 42 EN 43) .

Met het oog op de bevordering van het recht op vrij verkeer van personen, worden in Verordening 1408/71 de wettelijke sociale verzekeringsstelsels van de lidstaten gecoördineerd, met inbegrip van de stelsels voor gezondheidszorg. In het kader van het vrije verkeer van werknemers in loondienst en van zelfstandigen, dat ook van toepassing is op de medische zorgsector, voorzien bovendien talrijke richtlijnen in de wederzijdse erkenning van diploma's van artsen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, waarbij essentiële eisen worden gesteld aan hun basisopleiding.

HET VRIJ VERRICHTEN VAN DIENSTEN (ARTIKELN 49 EN 50).

Het Hof van Justitie heeft bepaald dat ambulante gezondheidszorg en ziekenhuiszorg diensten zijn, hetgeen betekent dat de grensoverschrijdende verrichting van deze diensten alleen kan worden belemmerd om dwingende redenen van algemeen belang, waaronder de bescherming van de gezondheid of de noodzaak tot behoud van het voor de instandhouding van een hoogwaardig zorgaanbod noodzakelijk geachte financiële evenwicht tussen stelsels. Deze belemmeringen, waaronder met name de weigering tot vergoeding van zorg die wordt aangeboden in een andere lidstaat dan de lidstaat waarin men is verzekerd, dienen met redenen te worden omkleed en moeten in verhouding staan tot het nagestreefde doel.

WERKING VAN DE INTERNE MARKT (ARTIKEL 95)

Het Verdrag organiseert de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen met betrekking tot de totstandkoming en de werking van de interne markt, met name op het gebied van gezondheidsproducten (farmaceutische producten, medische apparatuur) en van aanvullende ziektekostenverzekeringen.

CONCURRENTIE (ARTIKEL 85 EN 86).

De ziekenfondsen of instellingen die betrokken zijn bij het beheer van het stelsel voor sociale zekerheid van de overheid, vervullen uitsluitend een sociale rol wanneer hun activiteiten zijn gebaseerd op het beginsel van nationale solidariteit, geen enkel winst oogmerk hebben en hun verrichtingen zijn omschreven in de wet en niet in verband staan met het premiebedrag. Hun activiteiten zijn dus geen economische activiteiten en daarom zijn de instellingen die daarmee zijn belast geen

ondernemingen in de zin van de artikelen 85 en 86 van het Verdrag²¹. Wanneer echter activiteiten in de zorgsector kunnen worden aangemerkt als economische activiteiten in de zin van het Verdrag, dienen deze voorschriften te worden toegepast.

COÖRDINATIE VAN ECONOMISCH BELEID (ARTIKEL 99)

De economische en budgettaire gevolgen van de vergrijzing van de bevolking worden onderzocht in het kader van de procedure voor multilateraal toezicht. In dit verband wordt in de *Globale richtsnoeren voor economisch beleid* voor 2001, die tijdens de Europese Raad van Göteborg op 15 juni 2001 werden vastgesteld, benadrukt dat "*De lidstaten [...] veelomvattende strategieën [moeten] ontwikkelen om het hoofd te bieden aan de economische en budgettaire uitdaging van de vergrijzing van de bevolkingen. De in het kader van deze strategieën te nemen maatregelen zouden met name kunnen bestaan uit hervormingen van de stelsels voor pensioenen, gezondheidszorg en zorg voor ouderen.*" De werkzaamheden met betrekking tot de economische en budgettaire aspecten van de vergrijzing van de bevolking worden ondersteund door het Comité voor economische politiek.

SAMENWERKING TUSSEN DE LIDSTATEN EN COÖRDINATIE VAN HUN BELEID OP HET GEBIED VAN DE SOCIALE ZEKERHEID (ARTIKEL 140)

In artikel 2 van het Verdrag wordt bepaald dat "*De Gemeenschap [...] tot taak [heeft], door het instellen van een gemeenschappelijke markt en een economische en monetaire unie en door de uitvoering van het gemeenschappelijk beleid (...) het bevorderen (...) binnen de gehele Gemeenschap [van] een hoog niveau van werkgelegenheid en van sociale bescherming*". De mededeling "*Een gemeenschappelijke strategie voor de modernisering van de sociale zekerheid*" (COM (99) 347 def.) maakte de garantie van een hoog en duurzaam niveau van bescherming van de volksgezondheid tot een van de vier voorrangsdooelstellingen van een dergelijke benadering van Europese samenwerking. In zijn conclusies van 29 november 1999 heeft de Raad de doelstellingen van deze mededeling goedgekeurd en opgeroepen tot de ontwikkeling van Europese samenwerking op dit gebied, waar de organisatie van stelsels en hun financiering onder de nationale bevoegdheden vallen.

VOLKSGEZONDHEID (ARTIKEL 152)

In het Verdrag is de doelstelling opgenomen van een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid bij de formulering en de uitvoering van *al het beleid en alle acties* van de Gemeenschap. Op het gebied van volksgezondheid moet de Gemeenschap het nationale beleid van de lidstaten aanvullen, de lidstaten aansporen tot samenwerking en hun acties ondersteunen met betrekking tot de verbetering van de volksgezondheid, de preventie van ziekten bij de mens en de beperking van de risico's voor de menselijke gezondheid. De mededeling van de Commissie over de "*Gezondheidsstrategie van de Europese Gemeenschap*"²² geeft aan op welke manier de Gemeenschap ertoe zal bijdragen de belangrijkste uitdagingen voor de zorgstelsels aan te pakken en in te gaan op de behoefte van de burgers om hun gezondheid doeltreffend beschermd te zien. Tijdens de periode 2001-2006 zal een nieuw

²¹ Gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91 (Poucet en Pistre).

²² COM (2000) 285 def. van 22 mei 2000.

communautair actieprogramma deze strategie ondersteunen. Bij het optreden van de Gemeenschap op dit gebied worden de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging volledig geëerbiedigd.

ONDERZOEK EN TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELING (TITEL XVIII)

In het vijfde kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling is een van de 23 sleutelacties gewijd aan de medische en sociale uitdagingen van de vergrijzing en van leeftijdsgebonden handicaps. Een van de onderzoeksgebieden waarop deze sleutelactie zich richt, is de doelmatigheid en de bekwaamheid van diensten voor gezondheidszorg en welzijnswerk voor ouderen, en de vergelijking van de financieringswijzen voor langdurige zorg en pensioenen.

Het vierde en vijfde kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling ondersteunden bovendien de ontwikkeling van elektronische instrumenten voor het beheer van de klinische tests, de gegevensinvoer op afstand, de toegang tot wetenschappelijke literatuur, de ontwikkeling van medische referenties en de kwaliteitsgarantie. In het kader van het vijfde kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling zijn onderzoeksprojecten ontwikkeld met betrekking tot de aanpassing van deze instrumenten aan de specifieke behoeften van de bejaarden.

Bijlage 2: zorgstelsels en gezondheidsbeleid in de Unie

	Totaal uitgaven voor gezondheidszorg	Overheids- uitgaven	Algemene overheidsuitgaven	Uitgaven voor sociale zekerheid	Particuliere uitgaven	Eigen bijdragen	Particuliere ziektekosten- verzekeringen	Recente trends
A	8,2	72,1	39,4	60,6	27,9	16,6	7,1	Geen vastgesteld totaalbudget voor gezondheidszorg
B	8,8	71,3	n.v.t.	onbekend	28,7	n.v.t.	n.v.t.	Budget jaarlijks door regering vastgesteld
D	10,3	75,8	8,4	91,6	24,2	12,8	7,1	Geen vastgesteld totaalbudget voor gezondheidszorg
DK	8,4	82,2	100	0	17,8	16,2	1,6	Jaarlijkse onderhandelingen over budget dat wordt vastgesteld door centrale en lokale overheden
E	7	76,8	88,3	11,7	23,2	n.v.t.	n.v.t.	Budget jaarlijks vastgesteld
EL	8,4	56,3	n.v.t.	n.v.t.	43,7	n.v.t.	n.v.t.	Budget jaarlijks vastgesteld
F	9,3	76,2	3,3	96,7	23,8	10,1	12,6	Streefbudget wordt sinds de grondwetswijziging van 1996 jaarlijks vastgesteld door het parlement. "Universal Health Coverage" voor huishoudens met lage inkomens
FIN	6,8	75,7	80,2	19,8	24,3	20	2,6	Geen vastgesteld totaalbudget voor gezondheidszorg
I	7,9	76,8	99,9	0,1	27,7	24,1	n.v.t.	Budget jaarlijks vastgesteld
IRL	6,8	72,3	91	9	23,2	11,4	8,3	Uitgaven zijn "cash-limited" en worden vastgesteld door de regering
L	6,1	92,9	11,5	88,5	7,1	7,1	n.v.t.	Streefbudget sinds 1994
NL	8,7	68,5	6	94	31,5	8	17,5	Streefbudget vastgesteld voor een periode van 4 jaar

P	7,7	66,9	n.v.t.	n.v.t.	33,1	n.v.t.	n.v.t.	Budget jaarlijks vastgesteld op basis van voorgaande jaren
S	7,9	83,8	n.v.t.	n.v.t.	16,2	n.v.t.	n.v.t.	Geen vastgesteld totaalbudget voor gezondheidszorg
UK	6,9	83,3	88,2	11,8	16,7	11,2	3,4	Uitgaven zijn "cash-limited" en worden vastgesteld door de regering

% van het BBP (gegevens % van de totale % van de overheidsuitgaven % van de % van de totale % van de totale % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg (gegevens 1999 voor 1999, 1998 voor uitgaven voor voor gezondheidszorg overheidsuitgaven voor uitgaven voor uitgaven voor B,DK,F,FIN,UK;1998 voor IRL,NL,D) D,S,UK,IRL,E,EL) gezondheidszorg (gegevens 1999 voor gezondheidszorg gezondheidszorg gezondheidszorg (gegevens 1999 voor 1999, 1998 A,DK,F,FIN,I,L;1998 voor (gegevens 1999 voor voor P,S,IRL,E,EL,D) D,E,IRL,NL,UK) A,DK,F,FIN,I,L;1998 voor D,E,IRL,NL) 1998 voor D,IRL,NL)

Bron: OESO Health Data 2001, Health care & Cost Containment in the EU, uitgegeven door Elias Mossialos & Julian Le Grand, Ashgate, 1999.

Organisatie		Recente trends en hervormingen			
	Diensten waarmee contracten worden gesloten	Geïntegreerde diensten	Ziekenhuizen	Artsen	Farmaceutische producten
Mees te landen;			Eigen bijdragen; tevoren vastgestelde budgetten; ontwikkeling van op verrichting gebaseerde financiering	Eigen bijdrage; beperking van het aantal artsen	Eigen bijdrage; tariefregulering; positieve en negatieve lijst van producten;
BE	Alle diensten		Tevoren vastgestelde budgetten voor verblijfs- en biologiekosten	Vergoeding voor dienst; vrije keuze van arts	Streefuitgaven
DK	Meeste ziekenhuizen, huisartsen en specialisten buiten ziekenhuizen, tandartsen, apotheken	Sommige streekziekenhuizen	Tevoren vastgestelde budgetten	Vergoeding voor dienst en bedrag per patiënt	Streefuitgaven; normtarieven
DE	Alle diensten		Tevoren vastgestelde budgetten	Vergoeding voor dienst; vrije keuze van ziekenfondsartsen; indicatief budget	Normtarieven
GR	Apotheken, privé-klinieken, meeste tandartsen, privé-artsen	Artsen en ziekenhuizen	Tevoren vastgestelde budgetten	Vergoeding voor diensten (privé-artsen) en salaris (NHS)	

ES	Specialisten, ziekenhuizen, 60% van de huisartsen	Apotheken, tandartsen en privé-klinieken	Tevoren vastgestelde budgetten in combinatie met vergoeding op basis van verrichtingen	Betaling van salaris of bedrag per patiënt	Vastgesteld budget; plafonds voor promotie-uitgaven
FR	Alle diensten		Tevoren vastgestelde totaalbudgetten met geleidelijke invoering van vergoeding op basis van verrichtingen	Vergoeding voor diensten; vrije keuze van arts; totaaldoelstellingen voor uitgaven; niet bindende medische richtlijnen (RMO)	Streefuitgaven; inkomstendoelstelling voor ondernemingen; belasting op promotie-uitgaven; ontwikkeling van generische geneesmiddelen; praktijkrichtlijnen
IE	Privé-klinieken, huisartsen, apotheken	Openbare ziekenhuizen, specialisten	Tevoren vastgestelde budgetten en groepsmaatregelen op basis van diagnose	Bedrag per patiënt plus vergoeding voor diensten (voor speciale diensten); verwijzing; indicatief budget	
IT	Privé-klinieken, huisartsen en specialisten, apotheken	Openbare ziekenhuizen, specialisten	vergoeding op basis van verrichtingen	Betaling van salaris of bedrag per patiënt, plus vergoeding voor diensten (voor speciale diensten); verwijzing	Vastgesteld budget, normtarieven
LU	Alle diensten		Tevoren vastgestelde budgetten in combinatie met vergoeding op basis van verrichtingen	Vergoeding voor dienst; vrije keuze van arts	
NL	Alle diensten		Tevoren vastgestelde functionele budgetten op basis van verrichtingen	Bedrag per patiënt (lage inkomens) of vergoeding voor diensten (hoge inkomens); verwijzing; controle van het voorschrijfgedrag	Apothekers betaald volgens vast tarief; normtarieven
AT	Alle diensten		Tevoren vastgestelde budgetten in combinatie met vergoeding op basis van verrichtingen	Vergoeding voor verrichtingen in combinatie met bedrag per patiënt; vrije keuze uit ziekenfondsartsen	
PT	Privé-klinieken, artsen in plattelandsgebieden, apotheken, meeste tandartsen, laboratoria	Huisartsen, sommige specialisten, openbare ziekenhuizen	Tevoren vastgestelde totaalbudgetten op basis van verrichtingen	Salaris; verwijzing	
FI	Ziekenhuizen, apotheken, privé-patiëntenzorg	Gezondheidscentra	Aankoop van pakketten ziekenhuisdiensten, geleidelijke invoering van tarieven op DRG-basis (Diagnosis Related Groups)	Betaling van salaris of bedrag per patiënt; verwijzing	
SE	Ziekenhuizen, apotheken, privé-klinieken, tandartsen	Gezondheidscentra, apotheken, tandartsen	Tevoren vastgestelde vergoeding op DRG-basis (Diagnosis Related Groups), aangevuld met controle van tarieven, volume en kwaliteit	Betaling van salaris; vergoeding voor diensten van privé-artsen	Normtarieven; belasting op uitgaven voor promotie
UK	Openbare ziekenhuizen, huisartsen,	Welzijnszorg	Jaarcontracten op basis van verrichtingen tussen	Vastgestelde budgetten (fondshoudende huisartsen); betaling van salaris of bedrag per	Apothekers vergoed volgens vast tarief; bevordering van generieke geneesmiddelen; beperking van winsten;

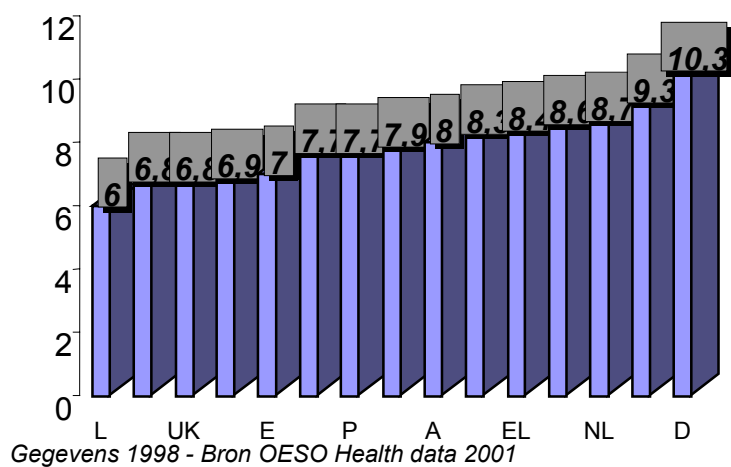
	meeste tandartsen, apotheken		inkoper en verlener	patiënt voor artsen met eerste contract; verwijzing; controle van het voorschrijfgedrag;	plafonds voor promotiekosten
--	------------------------------	--	---------------------	--	------------------------------

Bron: *Health care & Cost Containment in the EU*, op.cit.;

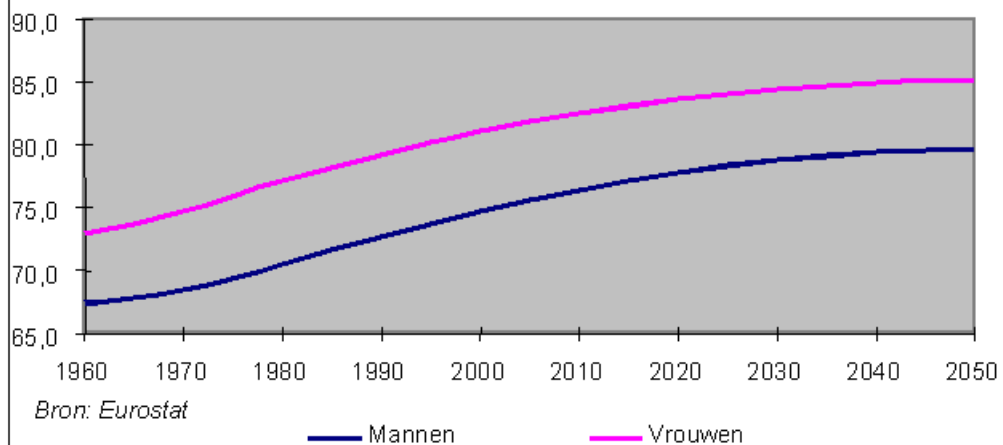
Europese Commissie

Figuur 1: totale uitgaven voor gezondheidszorg

in % van het BBP

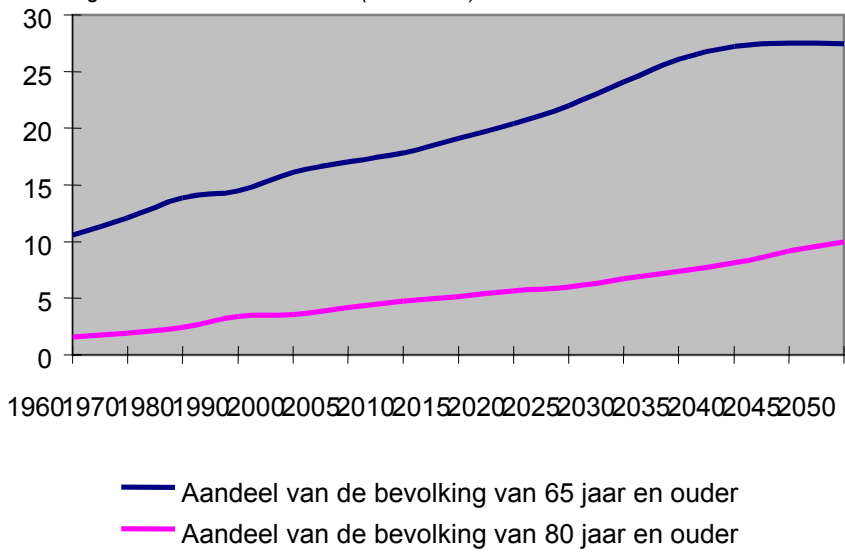


Figuur 2: een stijgende levensverwachting bij de geboorte

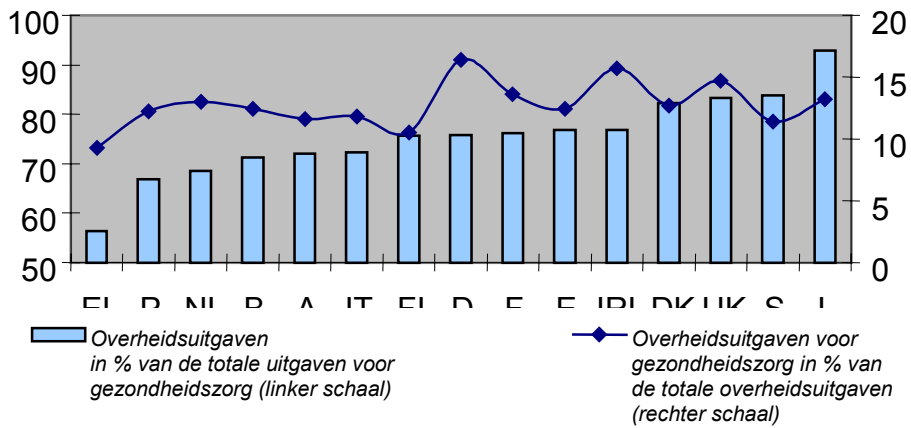


Figuur 3: de vergrijzende EU-bevolking

Bron: Eurostat, bevolkingsstructuurindicatoren (1960-1990), verwachtingen op grond van het basisscenario (2000-2050)



Figuur 4: overheidsuitgaven voor gezondheidszorg



Bron: OESO Health Data 2001