



## Duitse gezondheidszorg op een kruispunt – hoezo?

**Auteur(s):**

Okma, K.

Senior beleidsadviseur bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en associate professor aan de Queen's University, Kingston, Canada.

[kg.okma@minvws.nl](mailto:kg.okma@minvws.nl)**Verschenen in:**

ESB, 87e jaargang, nr. 4387, pagina D29, 5 december 2002

**Rubriek:**

Dossier: Duitsland

**Trefwoord(en):**

reactie

*Eén van de grondproblemen van internationale vergelijking in de zorg is het gebrek aan duidelijkheid over de gehanteerde aanpak en begrippen. Om te kunnen leren is materiaal nodig dat zich laat categoriseren en vergelijken<sup>1</sup>. Dat begint met eenduidige begrippen en modellen. Zo onderscheidt de oeso systemen op grond van financieringsbron (vooral publieke en private verzekeringen en eigen betalingen) en contracteermodeel. De drie dominante contracteermodeellen zijn het geïntegreerde model van de Britse National Health Service, het contracteermodeel van sociale verzekeringen in Duitsland en Nederland, en het terugbetalingsmodel in de particuliere verzekering. Het stuk van Maarse bevat interessante informatie over de gezondheidszorg van onze oosterburen, maar het is niet goed mogelijk om uit die beschrijving categorische conclusies te trekken. Nodig is dus vergelijkend materiaal.*

**Het vermelden van het feit dat Duitsland een Bismarckmodel kent wint aan kracht door toe te voegen dat dat ook geldt voor Oostenrijk, Luxemburg, Frankrijk, België, Japan, Korea en een groot deel van de Nederlandse verzekerden. Op zich is Duitsland niet complexer dan andere landen waar regionale overheden constitutionele bevoegdheden hebben op het zorgterrein. Al die landen kennen spanningen tussen de centrale en regionale overheden: de vs, Canada, Australië, België en zelfs Nederland waar we nog steeds te maken hebben met de sporen van de machtsstrijd van de Zeven Provinciën. Met uitzondering van de vs is de centrale overheid sterk genoeg om ervoor te zorgen dat iedereen is verzekerd en om enkele centrale spelregels op te stellen voor de overige spelers op het zorgterrein: vaststellen budgetten, tarieven, regels voor planning van ziekenhuizen en andere instellingen, en kwaliteitseisen. Daarbinnen ontmoeten aanbieders, verzekeraars en vragers elkaar. Natuurlijk lopen wensen en werkelijkheden uiteen. Overal doen zich disputen voor over de hoogte van budgetten, onvervulde wensen van patiënten, beperkt aanbod om nog maar te zwijgen van klachten over te snelle stijging van collectieve uitgaven en onvoldoende waar voor je geld. Ook hier is Duitsland dus niet uniek.**

Dat geldt evenzo voor het verdeelsysteem voor de budgetten van Duitse ziekenfondsen. Bij ieder verdeelmodel zijn er wel ontvangers die zich tekort gedaan voelen. Dat zien we bij de regionale budgetten voor maatschappelijke dienstverlening in het Verenigd Koninkrijk, de Canadese provincies bij het berekenen van budgetten voor de 'regional health authorities', en de budgetten van instellingen en ziekenfondsen in ons land.

Een volgend punt betreft het gebruik van het begrip solidariteit, een van de meest misbruikte termen in het debat over de gezondheidszorg. Waarom leidt de duale structuur van de ziektekostenverzekering (naast elkaar bestaan van ziekenfonds en particuliere verzekering) op zich tot een solidariteitsprobleem? In Nederland heeft iedereen toegang tot verzekeringen, hetzij als ziekenfondsverzekerde, hetzij als particulier. Voor hoge risicogroepen en verzekerden met lage inkomens die niet onder de zwf vallen, bestaan speciale arrangementen onder de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering. Dat is wel een beetje rommelig georganiseerd maar het gaat te ver om te stellen dat de enige solidaire benadering een betaling naar rato van het inkomen is. Sommige internationale deskundigen beweren zelfs dat de Nederlandse awbz niet solidair is omdat er een bovengrens aan het premieplichtig inkomen bestaat<sup>2</sup>. Solidariteit kan echter ook betekenen het ontbreken van onoverkomelijke financiële drempels in de toegang tot zorg, een redelijke lastenverdeling zonder dat iedereen precies hetzelfde percentage betaalt.

Nederland en Duitsland trachten beide al enkele jaren concurrentie tussen ziekenfondsen te bewerkstelligen. Beide landen stellen op grond van risico-kenmerken van verzekerden een budget vast dat leidt tot herverdeling van de inkomsten van de afzonderlijke fondsen. Het grote verschil ligt in de manier waarop de fondsen de inkomensafhankelijke premie vaststellen. In Duitsland doet elk fonds dat voor zich, en volgens de wet (ingegeven door de historische vrees voor inflatie) moet die kostendekkend zijn. In Nederland stelt de overheid de premie vast en als die niet toereikt, komt er uit de schatkist geld bij en gaat de premie het jaar erna omhoog. Dat verschil leidt uiteraard ook tot verschil in concurrentiepositie en concurrentiegedrag. In ieder geval blijkt uit de resultaten dat in beide landen financiële en andere prikkels leiden tot gedragsveranderingen. De kunst is het assortiment zo te kiezen dat er niet al te veel ongewenste bijwerkingen ontstaan.

Moet, zoals Maarse wil, het systeem op de schop? Het duale stelsel bestaat al sinds de middeleeuwen en heeft in z'n moderne vorm bestaan sinds Bismarck in 1893 besloot dat alle werknemers met lagere inkomens zich verplicht bij een ziekenfonds moesten inschrijven. Het stelsel heeft zich meer robuust en flexibel getoond dan menig ander 'zuiver' kapitalistisch of socialistisch model. De kans is niet uitgesloten dat Duitsland, net als wij, voorlopig nog wel duaal zal doormodderen.

## Dossier Duitsland

D.J. Bruinsma: [Buren](#)

C.W.A.M. van Paridon: [Herenigd en verstard](#)

M. Schramm: [Matigen loont niet, individualiseren wel](#)

S. Brakman, J.H. Garretsen: [Wordt de economische Muur geslecht?](#)

H.A.M. van Lieshout: [Duale stelsel is Tantaluskwelling](#)

A.H. Kleinknecht: ['Made in Germany': ieder nadeel heb z'n voordeel](#)

R. Inklaar, J. Sleifer, B. van Ark: [Innovatie en productiviteit](#)

W.H.J. Hassink: [Hartz en Donner: efficiënte onderhandelingen?](#)

F.A.G. den Butter: [De man van twee miljoen](#)

E.W. Mehring: [Vertrouwen is goed, controle is beter](#)

E.M. Valke: [Arbeidsmarkt cruciaal](#)

J.J.A. Eggelte: [Stroomopwaarts het Rijnland in](#)

A.L. Bovenberg: [Werk aan de winkel voor nieuw kabinet](#)

H. Maarse: [Tussen wachtlijst en waslijst](#)

K.G. Okma: [Duitse zorg op een kruispunt-hoezo?](#)

A.Bocker, D. Thranhardt: [\(Waarom\) integreert Duitsland beter?](#)

W. Jonkhoff: [Land van de rijzende zon?](#)

---

1 R. Rose, Comparing forms of comparative analysis. Studies in public policy, centre for the study of public policy, University of Strathclyde, Glasgow, 1991.

2 A. Wagstaff en E. van Doorslaer, Equity in the finance of health care, some international comparisons, Journal of Health Economics, nr. 11, 1992, blz. 361-87