



Tussen wachtlijst en waslijst

Auteur(s):

Maarse, H.

De auteur is verbonden aan de faculteit Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht.H.Maarse@beoz.unimaas.nl**Verschenen in:**

ESB, 87e jaargang, nr. 4387, pagina D27, 5 december 2002

Rubriek:

Dossier: Duitsland

Trefwoord(en):

zorg

De Duitse gezondheidszorg heeft in Nederland een goede pers. Duitsland kent geen wachtlijsten. Nederlandse verzekeraars sluiten steeds meer contracten af met Duitse ziekenhuizen om de wachtlijsten weg te werken. De zorg is er van uitstekende kwaliteit. Dit beeld is echter eenzijdig.

Duitse politici maken zich grote zorgen over hun gezondheidszorg. Ondanks een stortvloed aan hervormingsplannen in de afgelopen vijftien jaar leeft het sterke gevoel dat nieuwe grote hervormingen noodzakelijk zijn. Maar in de Duitse politieke verhoudingen is dat een zware opgave ¹.

Gezondheidszorg in hoofdlijnen

De gezondheidszorg in Duitsland kent een complexe structuur. Vanwege de prominente rol van de sociale ziektekostenverzekering in de financiering van de zorg spreekt men wel van het Bismarckmodel. Een kleine negentig procent van de bevolking is aangesloten bij een ziekenfonds ². Mensen boven de inkomensgrens kunnen uit het ziekenfonds stappen en kiezen voor een private verzekering. Een dergelijke overstap is echter niet verplicht. Deze duale financieringsstructuur impliceert dat Duitsland evenals Nederland een solidariteitsprobleem heeft. Gunstige risico's met een hoog inkomen kunnen immers uit de sociale ziektekostenverzekering stappen. De verhouding publiek-privaat in de financiering betreft dan ook een heikel punt dat de gemoederen van velen bezig houdt. Een integratie tussen de sociale en private ziektekostenverzekering is op de kortere termijn echter weinig kansrijk.

De ziektekostenverzekering kent een breed pakket, zij het dat de langdurige zorg en medische hulpmiddelen traditioneel slechts gedeeltelijk vergoed werden. De invoering van het Bundespflegesetz in 1994 moest aan dit probleem een eind maken. Deze wet bracht voor alle Duitsers een significante uitbreiding van het verzekerde pakket.

De capaciteit voor de zorgverlening overtreft die van Nederland in alle opzichten ruim (zie [tabel 1](#)). Het overgrote deel van de ziekenhuizen werkt zonder winstmotief. Traditioneel bestaat er echter een kleine maar groeiende markt voor for-profit zorg. Deze markt vertegenwoordigde in 1999 bijna zeven procent van alle bedden. Ziekenfondsen sluiten met commerciële ziekenhuizen contracten af zodat de zorg in deze ziekenhuizen voor hun verzekerden toegankelijk is. Een nieuwe ontwikkeling is dat sommige publieke ziekenhuizen hun complete management uitbesteden. Zij hopen op die wijze kostenvoordelen te behalen en de kwaliteit van hun management te versterken. Mogelijk vormt deze ontwikkeling de voorbode van een verdergaande privatisering.

Tabel 1. Kengetallen Duitse en Nederlandse gezondheidszorg, 1998

	Duitsland	Nederland	hoogste eu
levensverwachting totale bevolking	77,6	78,0	79,4 (Fr)
levensverwachting vrouwen 65+	19,0	18,8	20,9 (Fr)
levensverwachting mannen 65+	15,3	14,7	16,4 (Fr)
huisartsen per duizend inwoners	1,0	0,5	1,6 (Fin)
specialisten per duizend inwoners	2,3	0,9	2,9 (Gr)
ziekenhuisbedden per duizend inwoners	6,5	3,7	6,5 (D)
ligdagen per capita	1,9	0,9	1,9 (D)
opnamen per duizend inwoners	201	99	268 (Oost)
gemiddelde opnameduur	10,2	9,5	10,2 (D)
aandeel gezondheidszorg in bnp (in procent)	10,3	8,1	10,3 (D)
uitgaven gezondheidszorg per capita/ppp in €	2450	2040	2450 (D)
geneesmiddelenconsumptie per capita 2000a	304	231	381 (Fr)

a. Stichting Farmaceutische Kengetallen, Data en feiten 2002.

Bron: oeso, Health data 2002.

Een bijzonder kenmerk van het zorgaanbod betreft de scheiding tussen ziekenhuiszorg en ambulante specialistische zorg. Duitse ziekenhuizen kennen nauwelijks poliklinieken. De specialistische ambulante zorg wordt geleverd door zelfstandig gevestigde artsen in private praktijken. De investeringen voor deze 'niedergelassene Ärzte' zijn vaak hoog, reden waarom zij belang hebben bij een zo hoog mogelijk productieniveau.

Kostenbeheersing en marktwerking

De afgelopen vijftien jaar heeft het streven naar effectieve kostenbeheersing de politieke agenda bepaald. Doel van het beleid van de federale overheid was dat de groei van de uitgaven van de zorg gelijke tred zou houden met de stijging van de inkomens zodat de premie van de ziekenfondsverzekering niet behoefde te stijgen³. Dit beleid is niet geslaagd: de procentuele premie is gestegen van gemiddeld elf procent eind jaren zeventig naar veertien procent in 2002. Een verdere stijging - door sommige ziekenfondsen thans geschat op 0,2 á 0,3 procent - is onvermijdelijk. Het probleem lijkt overigens niet zozeer dat de uitgaven voor gezondheidszorg buitenproportioneel stijgen (uitgavenprobleem), maar dat de groei van het gemiddelde inkomen achterblijft, onder meer vanwege de hoge werkloosheid en het toenemende aantal gepensioneerden. Voor de ziekenfondsen steekt momenteel vooral dat de federale regering in feite allerlei problemen op de fondsen afwentelt. Zo stelt de regering voor bijzondere groepen zoals werklozen en mensen op werkgelegenheids-

projecten een verplichte maar niet kostendekkende premie vast. Hierdoor wordt niet alleen de autonomie van de ziekenfondsen bij de premiestelling uitgehold, maar zijn ook extra premieverhogingen nodig zijn om de gaten te dichten.

Met het oog op de kostenbeheersing zijn vele maatregelen getroffen. Zo is op grote schaal gebruik gemaakt van het budgetteringsinstrument. Dit instrument is echter altijd omstreden geweest (bijvoorbeeld bij budgettering van geneesmiddelen). Voor wat betreft de ziekenhuiszorg ligt het in de bedoeling om - evenals in Nederland - over te stappen op een systeem van 'case-base payment' (budgettering van de behandeling van een patiënt met een gegeven aandoening).

Concurrentie

Een andere belangrijke hervorming betreft de invoering van de concurrentie op de verzekeringsmarkt in de jaren negentig. Deze is met grote verschuivingen op de verzekeringsmarkt gepaard gegaan. Zo verloren de Allgemeine Ortskrankenkassen in de periode 1996-2001 bijna dertien procent van hun marktaandeel en de Ersatzkrankenkassen 3,5 procent. Grote winnaars waren de Betriebskrankenkasse die hun marktaandeel met ruim 65 procent zagen toenemen⁴. Deze verschuivingen worden vooral door de bestaande premieverschillen verklaard: deze variëren momenteel tussen de 11,8 en 14,9 procent. Betriebskrankenkassen kunnen doorgaans met een lagere premie volstaan vanwege hun gunstiger risicoprofiel in combinatie met een relatief hoog gemiddeld inkomen van hun verzekerden. Dat de premieverschillen zouden duiden op efficiëntieverschillen tussen de fondsen lijkt niet aannemelijk. Er zijn tal van aanwijzingen dat de risicoverevening om tussen de fondsen te corrigeren voor verschillen in inkomen en risicoprofiel tekort schiet. Een stapsgewijze herziening van de risicoverevening moet hierin verandering brengen. Een ander gevolg van de marktwerking betreft de forse daling van het aantal ziekenfondsen, namelijk van 1221 in 1993 naar 453 in 1999.

Problemen in de zorgverlening

Ook de zorgverlening zelf staat aan steeds meer kritiek bloot. Zo laten de prestaties van de zorg te wensen over, bijvoorbeeld in termen van levensverwachting (zie [tabel 1](#)). In samenhang hiermee worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de kwaliteit van de zorg. Op bijvoorbeeld het terrein van de hartziekten, darmkanker en diabetes blijven de resultaten achter bij andere landen in de eu⁵. Recentelijk heeft een commissie van deskundigen gewezen op het probleem van de overdiagnostiek en twijfelachtige wetenschappelijke basis van allerlei therapieën. Op het terrein van de preventie, de behandeling van chronisch zieken en zelfs de revalidatie is de kwaliteit derhalve onvoldoende⁶.

De hoop is dat zich onder druk van marktwerking allerlei samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuis en ambulante sector zullen ontwikkelen. Een ander probleem is dat het aandeel van de algemene disciplines - in Duitsland rekent men hiertoe niet alleen de huisartsen maar ook de internisten en de kinderartsen - terugloopt. Het artsenleger telt steeds meer superspecialisten en relatief steeds minder generalisten.

Bestuur

Tenslotte schiet ook de besturing van de zorg tekort. Het beginsel van de Selbstverwaltung maakt dat in de Duitse gezondheidszorg veel beslissingen worden genomen in allerlei overlegcircuits op federaal en deelstaatniveau tussen de vertegenwoordigende organisaties van verzekeraars en aanbieders van zorg. Dit leidt tot stroperige besluitvormingsprocessen die wedijveren met de Nederlandse poldercultuur. Bilaterale contracten tussen een verzekeraar en bijvoorbeeld een ziekenhuis zijn nog altijd onmogelijk. De 'kassenärztliche Vereinigungen', waarin de ambulante werkende artsen zijn verenigd, blijken een machtig bolwerk. In feite is sprake van een structurele mismatch: ziekenfondsen moeten met elkaar concurreren maar beschikken over onvoldoende middelen voor een efficiënte zorginkoop.

Conclusie

Duitsland kent geen wachtlijsten. Hier staat tegenover dat de Duitse zorg volgens eigen deskundigen kampt met een overaanbod en een relatief hoog uitgavniveau. Met de geconstateerde waslijst aan problemen staat de Duitse gezondheidszorg op een kruispunt. Harde interventies zijn noodzakelijk. De handelingsruimte van de ziekenfondsen moet worden verruimd en de concurrentie tussen de ziekenhuizen worden versterkt. Tegelijkertijd zijn maatregelen noodzakelijk om te voorkomen dat de concurrentie op de verzekeringsmarkt resulteert in uitholling van de solidariteit. Tenslotte moet de zorgverlening zelf op de schop teneinde meer waar voor het geld te krijgen. Gegeven de overvloed aan gevestigde belangen is dat een moeilijke opgave.

Dossier Duitsland

- D.J. Bruinsma: [Buren](#)
- C.W.A.M. van Paridon: [Herenigd en verstart](#)
- 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 N. Bandelow, Gesundheitspolitik: der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen, Leske + Budrich, Opladen, 1998.

2 European Observatory in Health Care Systems (EOHCS), Germany, Kopenhagen, WHO, 2000.

3 R. Busse en Chr. Howorth, Cost containment in Germany: twenty years experience, in E. Mossialos en J. LeGrand (red.), Health care and cost containment in the European Union, Aldershot, Ashgate, 1999, blz. 303-338.

4 Persoonlijke communicatie met Bundesverband, AOK.

5 F. Kniepz (red), Stichwort: Gesundheitspolitik, Bonn, 2002.

6 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bonn, 2001.