

FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY
PALACKÉHO V OLOMOUCI

Katedra nederlandistiky

Studijní rok: 2011/2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
NIZOZEMŠTINA PRO HOSPODÁŘSKOU PRAXI

**Het gezondheidssysteem in Nederland
in vergelijking met
het gezondheidssysteem in Tsjechië**

Zdravotnický systém v Nizozemsku v porovnání se zdravotnickým systémem v České republice

The Health Care System in the Netherlands and in the Czech Republic

Martina Hodaňová

Begeleider: Drs. Bas Hamers

Olomouc 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem v ní uvedla veškerou použitou literaturu a ostatní zdroje.

V Olomouci dne 14.5.2012

Dankbetuiging:

Ik wil graag van harte mijn dank betuigen aan Drs. Bas Hamers voor zijn waardevolle adviezen, hulp en inspiratie.

De inhoud

Inleiding	6
1 Gezondheidssysteem en gezondheidszorg	7
1.1 De geschiedenis van gezondheidszorg	8
1.2.1 Nederland	9
1.2.2 Tsjechische Republiek	10
2 De belangrijkste verschillen tussen het Nederlandse en Tsjechische gezondheidssysteem	12
2.1 Het Nederlandse gezondheidssysteem	12
2.1.1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	13
2.1.2 De hervorming van het gezondheidssysteem in Nederland	15
2.1.3 Nederlands probleem – vergrijzing van de bevolking	18
2.2 Het Tsjechische gezondheidssysteem	18
2.2.1 Ministerie van Volksgezondheid in de Tsjechische Republiek	20
2.2.2 De hervorming van het gezondheidssysteem in de Tsjechische Republiek	22
2.3 Het gezondheidssysteem in Nederland in vergelijking met het gezondheidssysteem in Tsjechië	24
2.3.1 Individuele verschillen in de gezondheidszorg	26
3 Ziektekostenverzekering	28
3.1 De historische ontwikkeling van de ziektekostenverzekering	29
3.2 De ziektekostenverzekering in de Tsjechische Republiek	31
3.3 De ziektekostenverzekering in Nederland	34
3.4 De ziektekostenverzekering in Nederland in vergelijking met de ziektekostenverzekering in de Tsjechische Republiek	36
4 Conclusie	39

Lijst van bronnen	43
Resumé in het Tsjechisch	46
Resumé in het Engels	47
Annotatie	48

Inleiding

Iedereen heeft soms medische zorg nodig. We moeten naar de tandarts gaan en ook naar de huisarts als we ernstige griep of angina hebben. Daarom betalen we ook ziektekostenverzekering.

Een gezondheidssysteem is een sector in de economie die zich met gezondheidszorg, medische handelingen, gezondheidsdiensten, geneesmiddelen en farmaceutische industrie bezighoudt.

In mijn scriptie zal ik me concentreren op de gezondheidszorg van twee landen, Nederland en de Tsjechische Republiek. Ik zal de manier waarop de zorg wordt verstrekt en de verschillende aspecten die de gezondheidszorg beïnvloeden beschrijven en vergelijken.

Verder zal ik me bezighouden met de geschiedenis van de gezondheidszorg in chronologische volgorde in Nederland en de Tsjechische Republiek, waarbij ik een aantal belangrijke mijlpalen zou historische te beschrijven. In de volgende hoofdstukken beschrijf ik het Ministerie van Volksgezondheid van de landen en hun taken en bevoegdheden.

Het grootste hoofdstuk zal over de hervorming van het gezondheidssysteem gaan. De beide landen hebben ook belangrijke hervormingen doorgevoerd die in grote of kleine mate de gezondheidssystemen veranderen.

Verder zal ik de vergrijzing van de bevolking in Nederland beschrijven, omdat dit een groot probleem is, niet alleen in de gezondheidssector. In de Tsjechische Republiek wordt het gezondheidssysteem vaak in de media besproken in de laatste tien jaar. Ik zal de Ministeries van Volksgezondheid beschrijven, en vooral de ministers van volksgezondheid, bijvoorbeeld de controversiële Tomas Julinek, die de reguleerkosten voor artsenbezoeken heeft geïntroduceerd.

In het laatste hoofdstuk zal ik over de zorgverzekering, de geschiedenis van de invoering van de ziektekostenverzekering en financiering van de zorgverzekering en zorgverzekeraars zowel in Nederland als in de Tsjechische Republiek schrijven.

Het doel van mijn werk is een overzicht van de gezondheidssystemen van beide landen te geven en beide gezondheidssectoren te vergelijken.

1 Gezondheidssysteem en gezondheidszorg

Volgens het Wereldgezondheidsrapport¹ van het jaar 2000 wordt het gezondheidssysteem gedefinieerd als alle activiteiten waarvan de belangrijkste doelstellingen zijn: gezondheid promoten, herstellen en bewaren. De gezondheidsdiensten, die door dokters en verpleegkundigen via directe zorg aan patiënten worden verleend, worden formele gezondheidsdiensten genoemd en is één van de duidelijkste onderdelen van een gezondheidssysteem. Medische handelingen of het gebruik van alle vormen van medicatie maken deel uit van een gezondheidssysteem.

Gezondheidszorg is één van de grootste sectoren in de wereldeconomie. Bijvoorbeeld de farmaceutische industrie produceert geneesmiddelen en medicijnen. Ook wordt er in deze type industriesector veel onderzoek en ontwikkeling (Research & Development) verricht op het gebied van de farmacologie.

„De trend in de farmaceutische industrie is dat bedrijven kiezen voor een verdere specialisatie in een therapeutische deelmarkt. In deze bedrijfstak fuseren veel ondernemingen om sterker te staan in een concurrerende markt. De grootste farmaceutische bedrijven in Nederland zijn bijvoorbeeld Nefarma, Bogin, Biofarmind, Novartis of Baja.“²

„Vandaag wordt gezondheidszorg in ontwikkelde landen en landen met een gemiddeld inkomen als vanzelfsprekend beschouwd.“³

Een definitie van gezondheidszorg kan zijn: „De gezondheidszorg in een bepaald land is het geheel van activiteiten die gericht zijn op verbetering van het gezondheid van de mensen van het land. De gezondheidszorg en de wetenschappelijke verworvenheden worden gebruikt om de menselijke gezondheid te verbeteren. De gezondheidszorg gaat

¹ Wereldgezondheidsorganisatie – World Health Organisation WHO, is een gespecialiseerde organisatie van de Verenigde Naties, zijn doel is wereldwijde aspecten van de gezondheidszorg in kaart te brengen en andere activiteiten

² FARMACEUTISCHE INDUSTRIE [online], [cit. 2012-02-04], Beschikbaar van http://nl.wikipedia.org/wiki/Farmaceutische_industrie#Farmaceutische_bedrijven_in_Nederland

³ GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSSYSTEEM [cit. 2012-01-09] Beschikbaar van <http://www.vormen.org/Rechtvaardig/Gezondheid.html>

uit van kennis van de biologie, scheikunde, natuurkunde en diverse sociale wetenschappen (bijvoorbeeld de medische sociologie en psychologie).“⁴

De gezondheidszorg is verdeeld in vier groepen: eerstelijnsgezondheidszorg, tweedelijnsgezondheidszorg, derdelijnsgezondheidszorg en de zogenaamde „nulde“ lijn. De eerstelijnsgezondheidszorg is de „rechtstreeks toegankelijke“ hulp, zoals de huisarts, een thuisverplegende, de tandarts, de psycholoog van een consultatie bureau, algemeen maatschappelijk werk e.d.

„De tweedelijnsgezondheidszorg wordt gevormd door hulpverleners die slechts na verwijzing kunnen worden geconsulteerd, bijvoorbeeld een therapeut-psycholoog.“⁵ De derdelijnsgezondheidszorg betekent bijvoorbeeld gespecialiseerde laboratoria of een expertisecentrum van een academisch ziekenhuis. En de laatste groep wordt de „nulde“ lijn genoemd. Dan praten we niet alleen over – professionele hulpverleners die zorgbehoevenden op weg helpen naar de eigenlijke gezondheidszorg of elkaar ondersteunen in de zorg. Ook zelfhulpgroepen worden tot de nulde lijn gerekend. Maar de grens tussen deze niveaus is niet altijd duidelijk. De gezondheidszorg heeft ook traditionele vakgebieden als farmacie, geneeskunde, verpleegkunde en verloskunde.⁶

1.1 De geschiedenis van gezondheidszorg

Gezondheidssystemen berust op universele ziektekostenverzekering zijn gebaseerd op de idee van algemene toegankelijkheid tot gezondheidszorg. De gezondheidszorg wordt betaald uit de publieke (verplichte) ziektekostenverzekering. Deze soort gezondheidszorg heet het Bismarck-model. De bedenker van deze methode van gezondheidszorg was Otto von Bismarck.

Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen (1815-1898) was een Duitse staatsman en een dominante figuur in de wereld in de 19e eeuw. Hij was de eerste

⁴ DEFINITIE VAN GEZONDHEIDSZORG EN ZIJN NIVEAUS [cit. 2012-01-09] Beschikbaar van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheidszorg>

⁵ DEFINITIE VAN GEZONDHEIDSZORG EN ZIJN NIVEAUS [cit. 2012-01-09] Beschikbaar van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheidszorg>

⁶ DEFINITIE VAN GEZONDHEIDSZORG EN ZIJN NIVEAUS, Beschikbaar van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheidszorg>, 09/01/2012

rijkskanselier van Pruisen (van 1862 tot 1890). Zijn krachtige heerschappij leverde hem de bijnaam de „IJzeren Kanselier“ op. Hij leefde in Frankurt, waar hij de idee van Pruisisch-nationalistische politieke visie had. De visie was voornamelijk gebaseerd op de staatsbelangen van Pruisen. In 1881 introduceerde hij een nieuw systeem van sociale verzekeringen bestemd voor alle burgers en werd in 1889 voltooid.⁷

Het Bismarck model is het oudste medische systeem, gebaseerd op het principe van solidariteit. Één van de voordelen van het Bismarck model is algemene toegankelijkheid, gelijke toegang, hoge kwaliteit van de zorg, vrijheid van keuze en de pluraliteit van zorgverleners en tevredenheid van de patiënt. Maar er zijn ook nadelen aan dit model zoals hoge kosten van de zorg, hoge administratieve kosten (verzekeringen, IT-technologie, een groot aantal administratieve medewerkers), de complexe relaties tussen patiënt – zorgverlener – verzekeraar.⁸

1.2.1 Nederland

Nederland begon de ziektekostenverzekering te ontwikkelen sinds de Tweede Oorlog. In 1941 gaf de Nederlandse overheid een decreet over de ziektekostenverzekering uit, die in 1964 door de wet op de sociale ziektekostenverzekering (Ziektenfondswet) werd vervangen.

„De Ziekenfondswet regelt dat er ziekenfondsen zijn, die werknemers met een inkomen beneden de door de overheid vastgestelde loongrens verzekeren tegen de kosten van geneeskundige hulp.“⁹

„In 1962 dient KVP-minister Gerard Veldkamp een wetsontwerp voor de Ziekenfondsverzekering in bij de Tweede Kamer. Na eerdere mislukte pogingen om tot een nieuwe ziekenfondswetgeving te komen en na talloze adviezen over het

⁷ OTTO VON BISMARCK, Beschikbaar van http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/nl/Otto_von_Bismarck#Bismarck.E2.80.99s_social_legislation, 24/01/2012

⁸ GEZONDHEIDSSYSTEMEN GEBASEERD OP UNIVERSELE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING, Beschikbaar van http://www.wikiskripta.eu/index.php/Zdravotnick_%C3%A9_syst_%C3%A9my_zalo%C5%BEen%C3%A9_na_v%C5%A1eobecn%C3%A9m_zdravotn%C3%ADm_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD, 09/01/2012

⁹ DEFINITIE VAN ZIEKENFONDSWET, [cit. 2012-01-24] Beschikbaar van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/Ziekenfondswet.htm>

ziekenfondsstelsel, lijkt de tijd rijp voor een herziening van de regelgeving. Het wetsontwerp houdt nauwelijks een vernieuwing in. Het is in de eerste plaats bedoeld als codificatie van het Ziekenfondsbesluit en aanpassing aan de naoorlogse situatie. Twee belangrijke vernieuwingen in de Ziekenfondswet betreffen het beroepsrecht en de samenstelling van de Ziekenfondsraad.¹⁰

In Nederland is de gezondheidszorg verdeeld in twee sectoren – publiek en privaat. Dat is zo tot op de dag van vandaag, met het verschil dat in de private sector de ziekteverzekering op basis van een contract tussen de verzekerde en de verzekeraar is, en de regering heeft op deze overeenkomst geen directe invloed.¹¹

De hervorming begon in 2006 in Nederland met een nieuwe wet op de zorgverzekering en verzekeraars. Die wet combineerde publieke en private verzekeringen in een puur prive-systeem. De verzekerde heeft nu recht op dezelfde soort en omvang van gezondheidszorg in een meer transparant systeem.¹² Veranderingen in de gezondheidszorg in Nederland richten zich vooral naar het verminderen van de invloed van de staat op de gezondheid.¹³

1.2.2 Tsjechische Republiek

In de tweede helft van de 19e eeuw ontstaat waar vandaag de Tsjechische Republiek is een heel nieuw systeem van de gezondheidsdienst – de gezondheidsdienst gebouwd op basis van de betaling van medische verzekering zogenaamd de ziekteverzekering (gebaseerd op het Bismarck-model). De wettelijke vastlegging van de zorgverzekering wordt in zijn volle omvang in 1991 geregeld, na de revolutie. In 1992 wordt de gezondheidsdienst door de staatsbegroting gefinancierd.

¹⁰ GESCHIEDENIS VAN DE ZIEKENFONDSWET, [cit. 2012-01-24] Beschikbaar van <http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/bronarchief/canon/1964.html>

¹¹ NEDERLANDSE GESCHIEDENIS IN GEZONDHEIDSZORG, Beschikbaar van <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nizozemsko-probihajici-reforma-170840, 09/01/2012>

¹² DE HERVORMING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND, Beschikbaar van <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nizozemska-reforma-je-podle-ministerstva-uspesna-448686, 09/01/2012>

¹³ DE HERVORMING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND, Beschikbaar van <http://www.tribune.cz/clanek/11765, 09/01/2012>

Een jaar later wordt de invordering van de premies geopend, en daarna was de situatie ongeveer 12 jaar stabiel. In 2005 is de verzekering verdeeld volgens de volgende criteria: leeftijd, geslacht, diagnose en chronische ziekten in de gezondheidsdienst. In het jaar 2007 worden de vergoedingen voor de gezondheidszorg veranderd. Sinds 1 januari 2008 worden de reguleerkosten direct aan de dokter betaald, voor het effectieve gebruik van de gezondheidszorg. De reguleerkosten zijn verschillende tarieven voor verschillende gezondheidsdiensten, bijvoorbeeld 30 CZK voor artsbezoeken of een recept, 60 CZK voor een verblijf in een ziekenhuis per dag en 90 CZK voor bezoek aan een EHBO (Eerste hulp bij ongelukken).¹⁴

¹⁴ ANALÝZA ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ V ČR – HISTORIE, Beschikbaar van http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/03_2000/analyza_zdravnictvi.html, 10/01/2012

2 De belangrijkste verschillen tussen het Nederlandse en Tsjechische gezondheidssysteem

De gezondheidszorg behoort tot één van de onderdelen van de Europese Unie. Organisatie en verlening van de gezondheidsdiensten en de gezondheidszorg zijn echter volledig in de competentie van de lidstaten van de Europese Unie.

De Europese Unie wil de bescherming van de volksgezondheid, preventie van ziekten en middelenmisbruik (zoals drugs, alcohol, etc.) verbeteren. Sommige beslissingen van het Europese Hof van Justitie hebben invloed op de gezondheidsdiensten in de EU. Op 23 oktober 2007 heeft de Europese Commissie besloten tot de uitvoering van „Witboek – Samen werken aan gezondheid“, waarin de belangrijkste beginselen van de gezondheidsdiensten van de EU voor de jaren 2008-2013 worden gedefinieerd.¹⁵ De Commissie formuleert de drie belangrijkste doelstellingen voor de komende jaren: gezondheidsbevordering in een vergrijzend Europa, bescherming van burgers tegen bedreigingen van de gezondheid en ondersteuning van dynamische gezondheidsstelsels en nieuwe technologieën.¹⁶

2.1 Het Nederlandse gezondheidssysteem

In Nederland wonen zestien miljoen mensen, twee miljoen inwoners zijn ouder dan 65 jaar. Voor de gezondheidszorg wordt ongeveer € 60 miljard per jaar uitgegeven, en dat is ongeveer 10 % van het BBP.¹⁷ De omvang van de zorg wordt door de centrale en lokale overheden geregeld. Dit gaat om de wetten, de voorschriften en de eigen sociale beleiden in de gezondheidszorg, thuiszorg en de sanitaire voorzieningen. Het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg is fragmentair, dat betekent gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Het doel van de overheid is de efficiency en kwaliteit te verbeteren en de aandacht meer op de zorgbehoefte van patiënten te richten. De

¹⁵ GEZONDHEIDSDIENSTEN IN EU, Beschikbaar van <http://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/>, 10/01/2012

¹⁶ ADVIES VAN HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ, Beschikbaar van <http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=nl&ihmlang=nl&lng1=nl,cs&lng2=bg,cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,hu,it,lt,lv,mt,nl,pl,pt,ro,sk,sl,sv,&val=492463:cs&page=,> 10/01/2012

¹⁷ BBP – Bruto binnenlands product

Nederlandse overheid is verantwoordelijk voor de wetgeving en de kwaliteit van de zorg.¹⁸

Het Nederlandse ziekenhuisnet bestaat uit 89 algemene ziekenhuizen en 8 academische ziekenhuizen. Zestienduizend artsen (specialisten) en 8 000 huisartsen werken in de gezondheidssector in Nederland. Vandaag zijn er 21 zorgverzekeraars op de markt. We kunnen praten over 3 niveaus van gezondheidszorg: het niveau van de zorg op basis van de wet op de dringende medische kosten, het niveau van de behandeling geregeld door de wet op de ziektekostenverzekering en een extra niveau van de private ziektekostenverzekering.¹⁹

De Nederlandse gezondheidszorg wordt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestuurd. De functies van het ministerie zijn de ontwikkeling van het beleid van de gezondheidszorg, de zorg reguleren bijvoorbeeld door de van de juridische praktijken zoals het toezicht op personeel in de gezondheidszorg, waaronder artsen.²⁰ Niet op de laatste plaats richt het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zich op gekwalificeerd personeel betreffende veiligheid en gezondheid.²¹

2.1.1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is één van de Nederlandse ministeries.²²

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt zorg voor de volksgezondheid, dat betekent het beleid met betrekking tot ziekenhuizen, geneesmiddelen, ziektekosten en huisartsen. Het ministerie is onder andere verantwoordelijk voor het preventiebeleid, de preventieve gezondheidszorg, de publieke

¹⁸ NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF, Beschikbaar van <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=13772>, 25/01/2012

¹⁹ GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND, SYSTEEM EN REFORMATIE, Beschikbaar van <http://www.kulatystul.cz/cs/node/244>, 11/01/2012

²⁰ Meer informatie over de functies op www.minvws.nl

²¹ Meer informatie over de functies op www.minszw.nl, <http://www.employment.gov.nl/>

²² MINISTERIES VAN NEDERLAND, Beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries>, 12/01/2012

gezondheid en de voedselveiligheid. De andere functies van het ministerie gaan om welzijnsbeleid, zoals het jeugdbeleid, het sociaal-cultureel werk, de ouderenzorg, de verslaafdenzorg en de maatschappelijke dienstverlening. De derde functie van het ministerie is de sport waarvoor het ministerie ook verantwoordelijk is.²³

„*Nederland gezond en wel*. Dat is het motto van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zorg voor ouderen en jongeren en voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap.“²⁴ Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stimuleert mensen tot een gezonde levensstijl bijvoorbeeld meer bewegen, minder alcoholgebruik, niet roken, veilig vrijen en gezond eten. Het ministerie probeert om mensen met problemen met hun gezondheid te stimuleren op tijd artsen, ziekenhuizen of andere medische voorzieningen te bezoeken. Het Ministerie van VWS heeft ook de plicht om voldoende keuze van de ziektekostenverzekering en de gezondheidszorg te verzekeren.²⁵ De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is Edith Schippers. Ze werd op 14 oktober 2010 benoemd tot minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kabinet-Rutte-Verhagen.²⁶

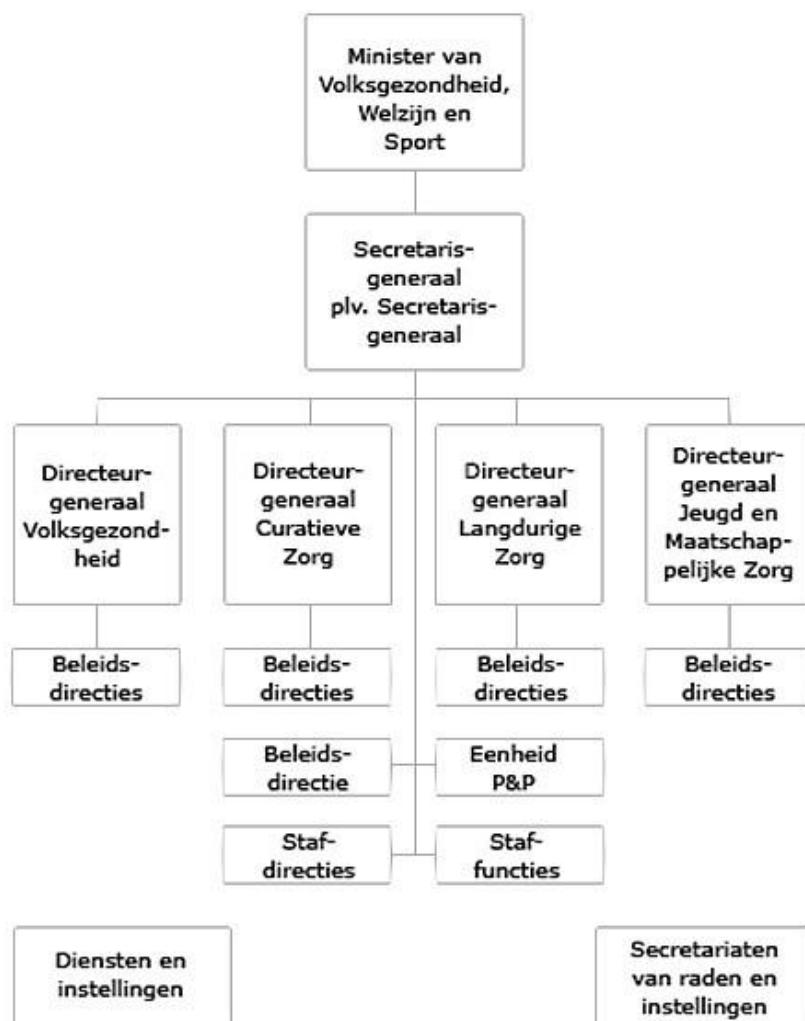
²³ MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, Beschikbaar van http://nl.wikipedia.org/wiki/Ministerie_van_Volksgezondheid,_Welzijn_en_Sport, 12/01/2012

²⁴ MINISTERIE VAN VWS, [cit. 2012-01-12] Beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie>

²⁵ RIJKSOVERHEID NEDERLAND, Beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie>, 12/01/2012

²⁶ EDITH SCHIPPERS CV, Meer informatie beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/regering/het-kabinet/bewindspersonen/edith-schippers/cv>, 13/01/2012

Plaat nr. 1 – Het organogram van de structuur van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Bron: auteur, onder redactie van²⁷

2.1.2 De hervorming van het gezondheidssysteem in Nederland

De Nederlandse hervorming van de gezondheidszorg wordt beschouwd als een mogelijke bron van inspiratie voor andere Europese gezondheidszorgen. De hervorming van de gezondheidszorg werd door vele jaren van landelijke discussie en consensus over het politieke spectrum voorafgegaan. Vader van de Nederlandse hervorming (januari 2006) was de voormalige minister van Volksgezondheid Hans Hoogervorst van de VVD (de Liberale partij van Nederland). In het jaar 2007 werd de minister van

²⁷ RIJKSOVERHEID.NL [online], Beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie/organogram>, 12/01/2012

Volksgezondheid Abraham Klink van de CDA (de christendemocratische Nederlandse politieke partij).

De belangrijkste redenen voor de hervorming in Nederland waren de volgende: de stijging van de kosten veroorzaakt door de ontwikkeling van medische technologieën en een vergrijzende bevolking, het misverstand bij de bevolking dat de medische zorg gratis is en dat de stijging van de uitgaven een probleem van de overheid is en niet van de bevolking, lage effectiviteit van de uitgaven, het gebrek aan concurrentie tussen de gezondheidsorganisaties en verzekeringen en gebrek aan motivatie om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

De eerste stappen, die aan de hervorming zijn voorafgegaan, waren bijvoorbeeld het feit dat de verzekeringsmaatschappij niet meer stomatologische en fysiotherapeutische behandelingen betaalt en de overeenkomst met farmaceutische bedrijven over de daling van de prijzen van geneesmiddelen met 40 %. Het veroorzaakte de eerste vermindering van de uitgaven voor geneesmiddelen in Nederland. Een andere stap was de overeenkomst met ziekenhuizen die grotere aantallen patiënten voor dezelfde kosten zouden behandelen.

De hervorming in Nederland begon te geldig zijn vanaf 1 januari 2006. Het belangrijkste doel van de hervorming was om de gezondheidszorg te wijzigen, zodat deze zorg beschikbaar voor alle mensen zonder verschillen is dat betekent een eenvormige standaard voor iedereen. Minder aanmerkelijk maar nog steeds belangrijk punt van de hervorming was de mogelijkheid om het recht op de ziektekostenverzekering te veranderen elk jaar te hebben, totdat het onmogelijk was. Een ander element van de hervorming was de versterking van de positie van de ziekenfondsen in verband met medische voorzieningen of een financiële compensatie voor mensen met een laag inkomen.

Een andere basiselement van de hervorming was dat de verplichte verzekering dezelfde omvang van de gezondheidszorg voor alle inwoners dekt en dat iedereen hetzelfde tarief voor de verzekeringspremie betaalt. Een ander punt was het recht op vrije keuze van een ziekenfonds of het recht dat de ziekenfondsen een netwerk van medische voorzieningen kunnen vormen. Het belangrijkste punt van de hervorming was de verzekering voor kinderen onder de achttien jaar betaald door de staat.

De Nederlandse gezondheidszorg is specifiek vooral door het feit dat er in Nederland geen staatsziekenhuizen zijn, maar meer dan 95 % van de ziekenhuizen hebben de status van een non-profit organisatie. In Nederland zijn de prijzen gereguleerd, dus de ziekenfondsen kunnen niet met elkaar concurreren door de prijzen te drukken. Ziekenfondsen zijn weliswaar naamloze vennootschappen maar kunnen geen winst uit de fondsen van de verplichte basisverzekering maken. Een andere karakteristiek element in de hervorming van de gezondheidszorg in Nederland in 2006 was dat alle ziekenfondsen voor een extra verzekering kunnen zorgen. Wat niet gewoon is, is de fact dat voorzieningen dezelfde bezitters hebben.

De Nederlandse hervorming van de gezondheidszorg is een gewaagd experiment in Europa en kan een interessante bron van inspiratie zijn. Maar we moeten rekening houden met het feit dat het gezondheidssysteem van Nederland moeilijk te kopiëren is, omdat Nederland een hele andere economische, sociale en juridische omgeving heeft.

Het is belangrijk dat de hervorming in de eerste plaats de echte bestaande problemen oplost. De lage uitgaven voor gezondheidszorg en het gebrek aan gekwalificeerd personeel bedreigen in het bijzonder de kwaliteit en beschikbaarheid van de gezondheidszorg. De belangrijke veranderingen, in deze gevoelige gebieden zoals de gezondheidszorg is, kunnen niet zonder discussie worden afgedwongen. Bovendien kunnen we niet tegen de weerstand van de meeste burgers en zonder de steun van gezondheidswerkers doorgaan. Bij de hervorming in 2006 handelden de Nederlandse politici zeer gevoelig en zorgvuldig, en het is erg inspirerend voor de politiek in de Europese landen.²⁸

Veranderingen in het gezondheidssysteem en in de gezondheidsverzekering, die in 2006 in Nederland begonnen, voorbereid door een team van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Abraham Klink.

Sinds 2010 kunnen patiënten enkele veranderingen zien, zoals de soort en de omvang van de zorg betaald door de ziekenfondsen (een groter aantal kinderen in een bepaalde leeftijd heeft het recht om dyslexie te laten behandelen en sommige patiënten krijgen

²⁸ REFORMA HOLANDSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ, PDF dokument, Beschikbaar van www.clkuo.cz/dokumenty/nizo.pdf, 13/01/2012

meer medicamenten). Chronische en ernstig zieke patiënten hebben speciale financiële bijstand ontvangen voor de aankoop van medische hulpmiddelen.²⁹

2.1.3 Nederlands probleem – vergrijzing van de bevolking

In Nederland zijn 2 miljoen mensen ouder dan 65 jaar. In 2030 is 25 % van de Nederlandse bevolking ouder dan 65 jaar. De meeste senioren (90 %) wonen in hun eigen huizen. Om de toenemende druk op de zorgdiensten te verlichten, stimuleert de overheid de ouderen om te blijven wonen in hun eigen huis met sociale zorg. Ongeveer 8,5 % van het BBP wordt besteed aan de gezondheidszorg, waarvan 21 % voor thuiszorg en ouderenzorg. Niettemin wonen 180 000 ouderen in bejaardentehuizen of sanatoria. Nederland heeft een van de hoogste premies voor de zorgdiensten en bejaardentehuizen in de wereld. Het aantal bejaardentehuizen groeide snel in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw. Oudere mensen werden aangemoedigd in bejaardentehuizen te gaan wonen om woningen beschikbaar te maken voor jongeren. Er zijn verschillende overheidsinstellingen, verpleeghuizen, instellingen (gespecialiseerd in lichamelijk of geestelijk gehandicapten), ziekenhuizen, revalidatieklinieken, thuiszorg centra etc. Veel vrijwilligers nemen deel aan sociale diensten. In elke grotere stad in Nederland zijn maatschappelijke organisaties met vrijwilligers die ouderen helpen, dat wil zeggen bijvoorbeeld gaan winkelen, gezelschap en stimuleren van contact en interactie.³⁰

2.2 Het Tsjechische gezondheidssysteem

In de Tsjechische Republiek hebben bewoners de gezondheidszorg gegarandeerd door de Grondwet van de Tsjechische Republiek. Dit grondwettelijke recht en toegang tot de gezondheidszorg wordt door middel van de openbare ziekteverzekering wettelijk gegarandeerd. Deze wet is gebaseerd op het beginsel van solidariteit in de gezondheidszorg, dat wil zeggen dat de burgers bijdragen aan het ziekenfonds op basis van hun mogelijkheden en de gezondheidszorg gebruiken op basis van hun behoeften.

²⁹ ÚSPĚŠNOST NIZOZEMSKÉ REFORMY, Beschikbaar van <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nizozemska-reforma-je-podle-ministerstva-uspesna-448686>, 19/01/2012

³⁰ HOLANDSKÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY, Beschikbaar van ukz.katolik.cz/texty/%20sokrates/holandsko.doc, 19/01/2012

De wet definieert de deelnemers en de betalers van de ziekteverzekering en specificeert hun rechten en plichten.

In de Tsjechische Republiek zijn er zowel staats en private medische voorzieningen. Bijna alle voorzieningen hebben een overeenkomst over de verlening en betaling van de gezondheidszorg gesloten met een ziekenfonds. Medische voorzieningen geven aan patiënten, verzekerd bij het ziekenfonds, een gezondheidszorg zonder directe betaling. De gezondheidsdiensten zijn door een systeem van ambulante zorg, intramurale zorg, preventieve gezondheidszorg, transport van de patiënten, kuuroord diensten, voorzieningen die zorgen voor medicijnen en gezondheidshulpmiddelen en stomatologische producten verstreken-verbonden.³¹

Ambulante zorg betekent dat de patiënt zich voor behandeling verplaatst naar de zorgverstrekker, zoals een arts, medisch specialist of een polikliniek. Hierbij vindt geen ziekenhuisopname met overnachting plaats, in tegenstelling tot intramurale zorg waarbij de patiënt tijdens zijn behandeling wel in het ziekenhuis of de verpleeginstelling verblijft. Meestal gaat het om eenvoudige behandelmethoden. Sommige ambulatoria leveren ook thuishulp, zoals bijvoorbeeld verloskunde, of begeleiding bij het zelfstandig wonen voor verstandelijk en lichamelijk beperkten. Wegens hoge verblijfskosten in een ziekenhuis, stimuleert de overheid ambulante therapie, onder meer ook in de psychiatrie.³²

Intramurale zorg is de zorg die dag- en nachtbegeleiding biedt voor personen die intern zijn, zoals in verpleeghuizen, ziekenhuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.³³

Preventieve gezondheidszorg is de soort van zorg gericht op het voorkomen of beperken van schade aan de gezondheid, zowel die van individuele mensen als die van bevolkingsgroepen en de bevolking als geheel.³⁴

³¹ PRŮVODCE ZDRAVOTNICKÝM SYSTÉMEM V ČESKÉ REPUBLICE, Beschikbaar van www.domavcr.cz/downloads/Pruvodce__zdravotni__peci_CZ.pdf, 30/01/2012

³² AMBULANTE ZORG – DEFINITIE [online], [cit. 2012-01-30]. Beschikbaar van http://nl.wikipedia.org/wiki/Ambulante_zorg

³³ INTRAMURALE ZORG – DEFINITIE [online], [cit. 2012-01-30]. Beschikbaar van <https://thesaurus.politieacademie.nl/Thesaurus/Term/5233>

³⁴ PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG – DEFINITIE [online], [cit. 2012-01-30]. Beschikbaar van <https://thesaurus.politieacademie.nl/Thesaurus/Term/6397>

De belangrijkste mijlpaal in de Tsjechische gezondheidszorg was de introductie van de reguleerkosten vanaf januari 2008, dat betekent 30 CZK voor artsbezoeken of een recept. Een bezoek aan de tandarts is specifiek betaald. De tandarts mag zelf beslissen of hij reguleerkosten in rekening brengt. Sommige patiënten hoeven de kosten niet te betalen als ze bijvoorbeeld geldproblemen hebben (ze moeten een bewijs van de gemeente hebben) of kinderen van kindertehuizen. Tegelijkertijd wordt de grens op 5 000 CZK bepaald, na het overschrijden van de grens hoeft de patiënt de kosten niet meer te betalen.³⁵

2.2.1 Ministerie van Volksgezondheid in de Tsjechische Republiek

Het Ministerie van Volksgezondheid (Ministerstvo zdravotnictví) is het centrale orgaan, dat verantwoordelijk is voor de gezondheidszorg van de bevolking en de bescherming van de volksgezondheid. Het Ministerie van Volksgezondheid controleert het medisch-wetenschappelijke onderzoek, de behandeling van verslavende stoffen en preparaten, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voor de preventie, diagnose en behandeling van mensen, ziektekostenverzekering en het informatiesysteem van gezondheidszorg.³⁶ Verder heeft het de plicht om sommige medische voorzieningen te besturen. Ministerie van Volksgezondheid van Tsjechische Republiek is ook verantwoordelijk voor de organisatie en werking van medische voorzieningen, in het bijzonder de academische ziekenhuizen en regionale hygiënische stationen. In de Tsjechische Republiek zijn er tien academische ziekenhuizen tot vandaag. De bekendste en meest gewilde zijn de academische ziekenhuizen in Praag en Brno, concreet Academisch Ziekenhuis in Praag – Motol (Fakultní nemocnice v Motole), Academisch Thomayer Ziekenhuis ook in Praag (Fakultní Thomayerova nemocnice) en Academisch Ziekenhuis Svaté Anny in Brno (Fakultní nemocnice u sv. Anny). In de Tsjechische Republiek zijn er vertien regionale hygiënische stationen. Ministerie van Volksgezondheid beslist ook welke steden in de Tsjechische Republiek krijgen de status van het kuuroord. Zijn beslist ook

³⁵ PRINCIP FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ, Beschikbaar van <http://www.czech.cz/cz/66216-princip-fungovani-zdravotnictvi>, 31/01/2012

³⁶ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Beschikbaar van http://cs.wikipedia.org/wiki/Ministerstvo_zdravotnictv%C3%AD_%C4%8Cesk%C3%A9_republiky, 31/01/2012

hoeveel de vergoeding voor natuurlijke mineraal water zou zijn, die betaalt de stad als vergoeding voor een bron van mineraalwater.³⁷

De minister van Volksgezondheid was voor drie jaar (4 september 2006 – 23 januari 2009) Tomáš Julínek van de politieke partij ODS (regering van Mirek Topolánek). Tijdens deze periode zijn belangrijke veranderingen doorgevoerd in de Tsjechische gezondheidszorg. Tomáš Julínek wilde de privatisering in de gezondheidszorg doordrijven. Zijn plan was om academische ziekenhuizen en ziekenfondsen de vorm van naamloze vennootschappen te geven. Het leidde tot protesten van patiëntenverenigingen, artsen, de meeste universiteiten, studenten van medische faculteiten en de vakbonden (de reden voor de onenigheid was geen effectiviteit van transformatiestappen en onwil iets van de buitenlandse ervaringen te leren). De twee kleinere coalitiepartijen (KDU-ČSL en Strana zelených) waren tegen de plannen van Julínek. Julínek trad op 23 januari 2009 af als minister. Één van de veranderingen, die het team van Julínek met succes heeft doorgedreven was de goedkeuring van de wet over de kosten (voor de huisartsbezoeken). De wet, die vanaf 1 januari 2009 geldig werd, werd gemaakt om onnodige bezoeken aan medische voorzieningen te voorkomen. Zes maanden later (juni 2009) werden de medische kosten voor pasgeborenen geannuleerd. Verder presenteerde Tomáš Julínek aan het eind van 2008 de zogenaamde gerichte zorg. Gerichte zorg is een concept van de gezondheidszorg beoefend in het Amerikaanse gezondheidssysteem.

Gerichte zorg (of manager care) is een complex van juridische, bestuurlijke en medische kennis, die kan door het verbeteren van de beschikbaarheid, effectiviteit en kwaliteit van de gezondheidszorg bereiken. De redenen voor de instelling van de gerichte zorg waren medische (het gebruik van de medische technologie in de dagelijkse medische praktijk), economische redenen (de korting van de kosten van de gezondheidszorg) en ook sociale redenen (de aspiratie om de beschikbaarheid van de zorg voor alle sociale groepen te garanderen).³⁸

³⁷ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Beschikbaar van http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotnicka-zarizeni_2119_11.html, 03/03/2012

³⁸ ŘÍZENÁ PÉČE, Beschikbaar van www.recepis.cz/ke_stazeni/rp.recepis.pdf, 03/03/2012

Na de regering van Tomáš Julínek was Daniela Filipiová voor een korte periode minister van Volksgezondheid gevolgd door Dana Jurásková. Een belangrijke rol in de Tsjechische gezondheidszorg speelt Leoš Heger (van de partij TOP 09).

Leoš Heger wordt de veertiende minister van Volksgezondheid op 13 juli 2010. De minister drijft veranderingen door in de Tsjechische gezondheidszorg op gebieden zoals de mogelijkheid van extra kosten voor extra zorg, de definitie van de lege artis³⁹ en veranderingen in het gedrag van ziekenfondsen. In het algemeen wilt Heger de gezondheidszorg in deze gebieden te veranderen: de wetswijziging op ziekteverzekering, de wet op gezondheidsdiensten, de wet op de specifieke gezondheidsdiensten, de wet op de ziektekostenverzekeringen, de wijziging van de wetgeving op het onderwijs van medische en paramedische werkers in de gezondheidszorg en de hervorming van lange-termijn zorg.^{40, 41, 42}

2.2.2 De hervorming van het gezondheidssysteem in de Tsjechische Republiek

In de Tsjechische Republiek zal de hervorming van het gezondheidssysteem geldig zijn vanaf 1 april 2012. Het Ministerie van Volksgezondheid wil de regels voor het verstrekken van gezondheidszorg bepalen, bijvoorbeeld het onderscheid tussen de zogenaamde standaard en meer dan standaard in de gezondheidszorg, dat betekent dat de gewoone gemiddelde mensen, die medische verzekering betalen, krijgen de standaardbehandeling, maar een persoon, die heeft meer financiële middelen kan extra te betalen voor een extra zorg. Het discrimineert sommige sociale groepen volgens de maatschappij. De regering is ervan overtuigd dat er zonder deze definitie meer en meer corruptie voor zal komen.

Verder zijn de belangrijkste veranderingen van de hervorming betere beschikbaarheid van informatie voor patiënten (meer informatie over hun gezondheidstoestand) en het

³⁹ LEGE ARTIS – (lat.) betekent letterlijk: door de wet; is een uitdrukking die door artsen wordt gebruikt als ze aan willen geven dat ze een bepaalde handeling kort aangeven maar we bedoelen dat die met de nodige zorgvuldigheid op de gebruikelijke medische wijze wordt verricht, DEFINITIE VAN LEGE ARTIS, Beschikbaar van http://nl.wikipedia.org/wiki/Lege_artis, 31/01/2012

⁴⁰ LEOŠ HEGER, Beschikbaar van <http://www.leosheger.cz>, 31/01/2012

⁴¹ MINISTRŮ ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Beschikbaar van http://cs.wikipedia.org/wiki/Leo_%C5%A1_Heger, 31/01/2012

⁴² MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Beschikbaar van <http://mzcr.cz/>, 31/01/2012

recht een chirurgische ingreep te accepteren of te weigeren. Verder wil de regering de mogelijkheid dat de patiënt kan bepalen onder welke omstandigheden hij wil worden behandeld. Daarom is een instituut voor vroegere uitgesproken wensen van de patiënt geïntroduceerd. Dat kan niet alleen voor het medisch personeel makkelijker zijn, maar ook voor patiënten en hun naaste familie. Deze wensen zullen voor vijf jaar geldig zijn, en dat kan ten allen tijde veranderd worden. Er is een keuze van de arts, dat betekent dat mensen vrij kunnen kiezen voor bijvoorbeeld een ziekenhuis waar hij of zij de behandeling ondergaat. Ook de toegang tot de medische gegevens van de patiënt zal makkelijker worden. Verder zullen ziekenfondsen jaarlijks de informatie over het bedrag dat zij betaalden voor hun zorg sturen naar hun cliënten.

Een volgende punt is dat de patiënt het recht heeft op gedetailleerde informatie over de ingreep. De arts moet de patiënt over de ingreep, de hele procedure en de gevolgen en consequenties informeren. Uitzonderingen zijn noodprocedures in levensbedreigende gevallen of wanneer de patiënt wenst niet te worden geïnformeerd. Een ander punt van de hervorming is dat patiënten een persoon kunnen kiezen die het document over de gezondheidstoestand van de patiënt kan inzien. De omstreden wet op de kosten voor elk recept wordt geannuleerd. Nu betaalt de patiënt een bedrag van 30 kronen voor alle recepten. De kosten van één dag in het ziekenhuis worden daarentegen verhoogd van 60 CZK naar 100 CZK. De bevolking klaagt over deze nieuwe wet, omdat zij de ziektekostenverzekering betalen en nu ook nog voor een verblijf in een ziekenhuis moeten betalen.

Groot nieuws in het Tsjechische gezondheidssysteem, is dat de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker bij meisjes zal worden betaald. Dit betekent dat meisjes tussen de dertien en veertien niet meer moeten betalen voor de vaccinatie tegen het HPV virus. Het HPV virus veroorzaakt onder andere baarmoederhalskanker. De kosten van de vaccinatie is erg duur. De prijs van de vaccinatie ligt tussen 6 500 – 10 000 kronen.

Wat de regering van minister Leoš Heger ook wil veranderen is de tijd die het kost voor een ambulanceom bij de patiënt te komen. Dit mag niet meer dan 20 minuten bedragen. De regering wil verder meer thuiszorg bij patiënten met psychische ziekten.

Sommige speciale soorten van gezondheidsdiensten zullen nieuwe bepalingen hebben, bijvoorbeeld sterilisatie, castratie, reproductie en geslachtverandering van transseksuelen.

De sterilisatie kunnen vrouwen vrijwillige vanaf 21 jaar ondergaan, vanaf 18 jaar in het geval dat zij kanker hebben.

Over de reproductie ga over dat ziekenfondsen meer vormen van kunstmatige bevruchting vergoeden. Ziekenfondsen betalen nu in totaal vier keer kunstmatige bevruchting in plaats van drie. De regering wil ook dat castratie vanaf 25 jaar kan worden verricht om therapeutische redenen bij seksuele devianten (of mannen die in het verleden een gewelddadig seksueel misdrijf hebben gepleegd en een risico op herhaling bestaat), zal het ook mogelijk zijn om therapeutische castratie voor te schrijven.⁴³

2.3 Het gezondheidssysteem in Nederland in vergelijking met het gezondheidssysteem in Tsjechië

Bij het vergelijken van de Nederlandse en de Tsjechische gezondheidszorg, moeten we rekening houden met het feit dat maatschappijen in elk land sterk verschillen, bijvoorbeeld de Nederlandse houding ten opzichte van drugs en euthanasie. Maar wat hetzelfde is in beide landen is de financiering van de gezondheidszorg, die in beide gevallen op Bismarck's model van de verzekering gebaseerd is. Het betekent dezelfde methode van financiering van de gezondheidszorg, die we in de Tsjechische Republiek na november 1989 hebben ingevoerd.

Een ander ding dat de twee landen gemeen hebben, is het probleem van de vergrijzing van de bevolking, maar dit probleem is in Nederland groter dan in Tsjechië. Sommige landen (waaronder de Tsjechische Republiek en Nederland ook) moeten rekening mee houden dat de medische wetenschap en beschikbaarheid van de medicijnen is niet op de hetzelfde niveau en dat alles hangt af de economische mogelijkheden van de staat. Terwijl Nederland de hervorming van de gezondheidszorg heeft geprobeerd als een

⁴³ RERFORMA ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ, Beschikbaar van <http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/reforma-zdravotnictvi-hlavni-zmeny-8452.html>, 2012/02/04

gewaagd experiment vooral omdat de hervorming op basis van een volledig solidariteitsprincipe in Europa een ongekennde model is, voor de rest van de Europese landen een interessante bron van inspiratie kon zijn, is de Tsjechische Republiek met de hervorming zeer zorgvuldig omgegaan. In Nederland werd de hervorming doorgevoerd in het kader van de hele maatschappelijke consensus. Er werd een consensus in de politiek gezocht, maar de hervorming was een volle twee jaar eerder voltooid dan in de Tsjechische Republiek. In Tsjechië was de overheid toegeeflijk en voorzichtig.

In de Tsjechische Republiek is een situatie mogelijk waarin één regering veranderingen in het systeem doordrijft, maar die door de volgende regering worden geannuleerd, zoals ook in de Slowaakse Republiek gebeurde. Dit zorgde voor chaos en verwarring bij de overheid en ook bij de bevolking, zonder resultaat. Daarom was de uiteindelijke situatie in Nederland iets anders dan de huidige medische “gevechten” in de Tsjechische Republiek. Wat de cijfers betreft, wil ik de uitgaven voor de gezondheidszorg in elk land behandelen. Terwijl in Nederland een extreme stijging van de uitgaven voor de gezondheid zichtbaar was (in 2003 – 9,2 % van het BBP, in 2005 – 9,8 % van het BBP), bleven de uitgaven voor de gezondheidszorg in de Tsjechische Republiek achter bij de groei van de economie (in 2003 nog steeds 7,6 % van het BBP, in 2006 minder dan 7,0 % van het BBP).⁴⁴

De totale uitgaven per persoon per jaar in die periode waren ongeveer een kwart lager dan in Nederland.

Er bestaat dus geen twijfel dat de Nederlandse gezondheidszorg meer volwassen en dynamischer is dan de Tsjechische. Een bewijs hiervoor kan een onderzoek van Euro Health Consumer Index zijn. Het onderzoek werd in 2009 gepubliceerd. Op de eerste plaats kwam de Nederlandse gezondheidszorg, maar de gezondheidszorg van Tsjechië kwam pas op de zeventiende plaats. Dit onderzoek beoordeelde de kwaliteit van de gezondheidszorg met betrekking tot financiën, die het systeem benodigt. Hier kwam de Tsjechische Republiek op de vijfde plaats. Lonen relatief lager in de gezondheidszorg zijn meer in Nederland dan in Tsjechië, Nederland is op de tweede plaats van de laagste lonen in de gezondheidszorg (de eerste was Estland).

⁴⁴ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ, Beschikbaar van www.clkuo.cz/dokumenty/nizo.pdf 08/02/2012

Volgens de EHCI (Euro Health Consumer Index) komt Nederland op de eerste plaats in de internationale gezondheidszorg. Drieëndertig landen namen deel aan het onderzoek. Nederland ontving 836 punten van de 1 000 in 2009. De Tsjechische positie in het onderzoek is ook goed. De Tsjechische Republiek werd op de zeventiende plek met 667 punten geplaatst.

„De EHCI is een toonaangevend meetinstrument geworden voor de Europese gezondheidszorg. De index beoordeelt 33 nationale Europese gezondheidsstelsels aan de hand van 38 indicatoren. Deze bestrijken zes gebieden die voor patiënten cruciaal zijn: rechten en voorlichting van de patiënt, e-health, wachttijden voor behandeling, resultaten, aanbod en dekking van geleverde diensten en toegang tot medicatie. De index wordt samengesteld uit een combinatie van overheidsstatistieken, patiëntenpolls en onafhankelijk onderzoek uitgevoerd door de oprichter, de denktank Health Consumer Powerhouse in Brussel. De EHCI 2009 stelt de consument centraal en komt tot stand met steun van de Europese Commissie - directoraat-generaal.“⁴⁵

2.3.1 Individuele verschillen in de gezondheidszorg

In Nederland is meer dan 95 % van de medische voorzieningen privaat. Dit is niet gebruikelijk in de Tsjechische Republiek, er zijn meer publieke dan private faciliteiten (intramurale zorg wordt voor 95 % door de publieke medische voorzieningen verleend). In Tsjechië probeert de regering om de hervorming van het gezondheidssysteem te baseren op wat de Nederlandse gezondheidszorg in de jaren 2006 – 2009 heeft ondergegaan. In Nederland ging er een jarenlange voorbereiding vooraf aan de hervorming, in Tsjechië was de hervorming een radicale stap van de overheid zonder veel voorbereiding en discussie. In Tsjechië baseert het Ministerie van Volksgezondheid de hervorming op grotere mogelijkheden voor patiënten. Deze mogelijkheden worden door de verzekeringen betaald. Een goed voorbeeld is de HPV-vaccinatie (tegen baarmoederhalskanker) die gratis is voor meisjes van 13 en 14.

Het meest controversiële punt van de hervorming in Tsjechië is om verder te gaan met de reguleerkosten (geïntroduceerd in januari 2008). De reguleerkosten worden in 2012 niet geannuleerd, maar alleen gewijzigd. In Nederland waren reguleerkosten nooit

⁴⁵ EHCI [online], [cit. 2012-02-08]. Beschikbaar van <http://www.healthpowerhouse.com/>

geïntroduceerd. De veranderingen van de reguleerkosten zijn alleen van toepassing op de kosten voor recepten, voorheen moest voor elk recept 30 CZK betaald worden, sinds dit jaar zal het een eenmalig bedrag van 30 CZK voor alle verzamelde recepten van de dag van een apotheek zijn. Voor de kosten van een verblijf in een ziekenhuis daarentegen, betaalden we dit jaar tot 60 CZK per nacht, maar vanaf april 2012 zal de prijs tot 100 CZK verhoogd worden.

De Nederlandse hervorming, in tegenstelling tot de Tsjechische, behandelt in de eerste plaats de ziektefondsen en de concurrentie tussen hen. In Nederland zijn de prijzen van de gezondheidszorg gereguleerd, dat betekent voor dezelfde behandeling of procedure is de prijs hetzelfde in verschillende medische voorzieningen. Deze wet is nog steeds geldig in de Tsjechische Republiek. In Tsjechië richt de hervorming zich vooral op de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg voor patiënten (bijvoorbeeld twintig minuten tijdsinterval van de ambulance).

3 Ziektekostenverzekering

Dit hoofdstuk gaat over ziektekostenverzekering. In het kort beschrijf ik de geschiedenis van Europa en wat precies de ziektekostenverzekering is. Verder zal ik de ziektekostenverzekering in Nederland en in de Tsjechische Republiek vergelijken. Tot slot zal ik een geven van de verschillen en de overeenkomsten tussen de ziektekostenverzekeringen in beide landen.

Ziektekostenverzekering is de verzekering, die voor de dekking van de basis gezondheidszorg in het kader van publieke ziektekostenverzekering wordt gebruikt. Dit betekent, dat voor sommige geneesmiddelen of diensten, die niet in de basis van de gezondheidszorg zijn opgenomen, extra betaald moeten worden.

„De ziektekostenverzekering is een verzekering die de kosten van medische behandeling, het gebruik van hulpmiddelen of andere voorzieningen op grond van een medische noodzaak vergoedt. De kosten kunnen ontstaan als gevolg van ziekte, ongeval of gebrek, maar ook uit preventie (controle tandarts) of zonder dat er sprake is van ziekte of gebrek, bijvoorbeeld zwangerschap of om cosmetische redenen. Meestal biedt deze verzekering een gedeeltelijke of gehele vergoeding van de noodzakelijke kosten voor medicijnen, hulpmiddelen, behandelingen, voorzieningen, ziekenhuisverblijf, en soms voor extra gemaakte kosten en loonderving.“⁴⁶

De Ziektekostenverzekering is verplicht voor alle werknemers die een vaste woonplaats hebben in de bepaalde landen (hier in de Tsjechische Republiek en Nederland). Voor kinderen, studenten onder 18 jaar, gepensioneerden of werklozen wordt de ziektekostenverzekering door de staat betaald.⁴⁷

Ziektekostenverzekering is openbaar of privé. We hebben drie hoofdaanpakken van ziektekostenverzekering. De eerste is de commerciële aanpak van ziektekostenverzekering, dit betekent dat iedereen op eigen gezag zonder de participatie van de staat betaalt (bijvoorbeeld de Verenigde Staten). De tweede aanpak is de financiering uit de rijksbegroting, dat betekent dat we het inkomen uit belastingen en de

⁴⁶ ZIEKTEKOSTENVERZEKERING [online], [cit. 2012-04-03]. Beschikbaar van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Ziektekostenverzekering>

⁴⁷ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ, Beschikbaar van <http://www.penize.cz/zdravotni-pojisteni>, 03/04/2012

bijdragen van sociale welzijnszorg herverdelen (bijvoorbeeld in Groot-Brittannië). De derde aanpak is de algemene verzekering. De algemene verzekering houdt in dat iedereen voor de ziektekostenverzekering betaalt, zodat de staat en ook de patiënt medefinancieren, en dat is het geval bijvoorbeeld hier in de Tsjechische Republiek.

3.1 De historische ontwikkeling van de ziektekostenverzekering

De eerste beginselen van de huidige sociale ziektekostenverzekering gaan terug tot de middeleeuwen. Omdat de industriële productie zich uitbreidde werden gesubsidieerde fondsen in het begin van de 19e eeuw opgericht. Deze fondsen werden met de hulp van werkgevers en vakbonden opgezet. De belangrijkste prioriteit van de verzekering was de verzekering tegen het verlies van inkomen, dat was de ziekteverzekering en ook zogenaamd de ziekenfondsverzekering. Deze verzekering is bedoeld als compensatie voor het inkomen dat een werknemer mist als hij ziek is.

Met de ontwikkeling van de geneeskunde ontwikkelt zich naast de ziekteverzekering ook de ziektekostenverzekering, die de kosten voor de gezondheidszorg betaalt. Dat is het verschil tussen de ziekteverzekering en de ziektekostenverzekering.

De eerste verplichte ziektekostenverzekering werd voor mijnwerkers in Pruisen in het jaar 1849 geïntroduceerd. De verplichting om de verzekering te betalen gold voor zowel werkgevers als werknemers. Sinds die tijd ontstonden in Duitsland een aantal bedrijfs- en lokale ziekenfondsen. In het jaar 1881 publiceerde de Duitse keizer Wilhelm II. een document ter instelling van de sociale verzekering, de verplichte ziektekostenverzekering voor werknemers volgde – deze werd in 1883 door het Duitse parlement goedgekeurde. Deze wet was een compromis voor Bismarcks voorstel voor de oprichting van de nationale gezondheidsdiensten.

De Nationale gezondheidsdienst is een soort gezondheidszorg wanneer de gezondheidszorg uit belastingen wordt gefinancierd, dat betekent door middel van de rijksbegroting. Dit soort gezondheidsdienst wordt bepaald door de politiek. De staat garandeert een bepaald pakket van diensten en bezit de meerderheid van de gezondheidsvoorzieningen, bijvoorbeeld ziekenhuizen. Dit betreft de staats gezondheidszorg. De belangrijkste kenmerken van de nationale gezondheidsdienst zijn

vooral de toegang tot gezondheidszorg of gelijke toegang voor alle inwoners. De nationale gezondheidsdiensten worden vooral in Groot-Brittannië toegepast.⁴⁸

De bijdragen voor de verzekering wordt voor tweederde door de werkgever en voor eenderde door de werknemer betaald. De introductie van familieleden in de verzekering was niet verplicht. De verzekering betaalt voor werknemers de behandeling bij een dokter, medicijnen en vanaf de derde dag van ziekte ook ziekte-uitkeringen. Geleidelijk begon het dit wetsvoorstel zich uit te breiden over heel Europa (in Oostenrijk-Hongarije in het jaar 1886, in het jaar 1887 werd zelfs de ongevallenverzekering geaccepteerd, in Denemarken in het jaar 1892, in Groot-Brittannië in het jaar 1911, maar in Frankrijk pas in het jaar 1928). In deze tijd waren de criteria van de ziektekostenverzekering iets heel anders. De probeerstenen waren op de basis van welk beroep mensen hebben (dat was bijvoorbeeld in Duitsland) of volgens het inkomen (dat was bijvoorbeeld het geval in Groot-Brittannië). In sommige landen in Europa is de ziektekostenverzekering al tientallen jaren sinds de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering nog steeds vrijwillig, en dat was ook de situatie in Nederland. Wel had het een groot succes in Nederland, mensen sloten de ziektekostenverzekering meer en meer af. Aan het einde van de 19e eeuw was tweederde van de bevolking in Nederland verzekerd in één van de ziekenfondsen. Commerciële ziekenfondsen werden aan het einde van de 19e eeuw opgericht. De reden was dat volgens de nieuwe wetgeving het risico van een arbeidsongeval op kosten van de werkgever was. Het was een grote vooruitgang in de gezondheidszorg in het algemeen. Commerciële ziekenfondsen begonnen verzekeringen tegen arbeidsongevallen aan werkgevers aan te bieden (dat betekent de betaling van invaliditeitsuitkeringen, de schadeloosstelling van nabestaanden en ook medische kosten). In de tweede helft van de 20e eeuw besloten veel Europese landen om naar de nationale gezondheidsdienst over te gaan. Dit gebeurde om de verzekering naar de hele bevolking uit te breiden en een grotere toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Dit gebeurde bijvoorbeeld in Groot-Brittannië in het jaar 1948, in Denemarken in het jaar 1968, in Italië in het jaar 1978, in Portugal in het jaar 1979, in Griekenland in het jaar 1983 en in Spanje in het jaar 1985. In sommige staten bleef het systeem van ziektekostenverzekering, maar het werd naar de hele bevolking uitgebreid, dat was

⁴⁸ NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÁ SLUŽBA, Beschikbaar van http://www.wikiskripta.eu/index.php/N%C3%A1rodn%C3%AD_zdravotn%C3%AD_slu%C5%BEba 04-04-2012

bijvoorbeeld het geval in België of in Frankrijk. De volgende landen waren voortrekkers op het gebied van ziektekostenverzekering: Nieuw-Zeeland (ook in de zin dat de ziektekostenverzekering voor de hele bevolking was), Japan (in 1922) en Chili (maar in Chili ging het alleen om een klein aantal mensen, die de ziektekostenverzekering hadden, ongeveer 15 %).⁴⁹

3.2 De ziektekostenverzekering in de Tsjechische Republiek

Een ziektekostenverzekering is verplicht voor elke inwoner van de Tsjechische Republiek. Er zijn twee mogelijkheden van betaling voor de ziektekostenverzekering. De eerste is dat men het zelf betaalt en de tweede mogelijkheid is dat het door de staat betaald wordt (kinderen, studenten, gepensioneerden, enz.) Elke verzekerde heeft recht op kosteloze gezondheidszorg. De openbare ziektekostenverzekering werd in de Tsjechische Republiek opnieuw in 1992-1993 toegepast. Het Tsjechische systeem van de openbare ziektekostenverzekering is gebaseerd op een aantal basisgrondstellingen. De ziektekostenverzekering is verplicht voor alle mensen die een vaste verblijfplaats in de Tsjechische Republiek hebben en voor alle buitenlanders die voor een werkgever gevestigd in Tsjechië werken. Het is mogelijk om tijdens een landurig verblijf in het buitenland de ziektekostenverzekering onder bepaalde voorwaarden stop te zetten. In de Tsjechische Republiek is geen familieverzekering, dat betekent dat elke persoon afzonderlijk is verzekerd.

Het bedrag van de poliskosten is vast (13,5 %) en wettelijk voorgeschreven. Het bedrag wordt voor werknemers uit het brutoloon berekend, waarvan de werkgever 4,5 % afhoudt en nog 9 % betaalt. Het minimum bedrag van de poliskosten voor het jaar 2011 was 1670 Tsjechische kronen (ongeveer 68 euro) per maand voor particuliere ondernemers en 1080 Tsjechische kronen (ongeveer 44 euro) per maand voor een persoon zonder belastbaar inkomen.

In de ziektekostenverzekering wordt het bestanddeel van solidariteit met armere mensen toegepast, omdat mensen met hogere inkomsten aan het fonds van de ziektekostenverzekering meer bijdragen. In het geval van werkgevers, wordt de bijdrage van de ziektekostenverzekering tussen hen en werknemers verdeelt, en dat is in een

⁴⁹ NĚMEC, J.: Principy zdravotního pojištění. Praha, Grada Publishing, a. s., s. 14-16

verhouding van 1:2 (dat betekent 4,5 % van het brutoloon van de werknemers en 9 % van het brutoloon van de werkgever). Sinds het jaar 2008 geldt het hoogste plafond van de belastinggrondslag zelfs voor werknemers. Van de inkomsten boven het hoogste plafond van de belastinggrondslag wordt de ziektekostenverzekering niet meer betaald.

In de Tsjechische Republiek wordt de ziektekostenverzekering door de staat betaald voor sommige groepen mensen, die geen inkomen hebben bijvoorbeeld:

- kinderen tot 26 jaar, die financieel afhankelijk zijn en die geen inkomen hebben,
- gepensioneerde mensen,
- vrouwen die op zwangerschapsverlof zijn,
- mensen die de hele dag althans een kind tot 7 jaar of minstens twee kinderen tot 15 jaar moeten verzorgen,
- mensen die kinderbijslag hebben,
- mensen die werk zoeken,
- mensen die een sociale uitkering hebben,
- personen grotendeels of volledig afhankelijk van hun verzorgers,
- personen die gehandicapte kinderen verzorgen of gedeeltelijk afhankelijke familieleden ouder dan 80 jaar hebben,
- personen opgeroepen militaire dienst,
- personen in detentie of gevangenis,
- jongeren in sociale inrichtingen,
- mensen die recht hebben op ouderdomspensioen,
- mensen die een vaste verblijfplaats op het gebied van de Tsjechische Republiek hebben en die ontvangers van ziekte-uitkeringen zijn,
- mensen met een vaste verblijfplaats in de Tsjechische Republiek, die gedurende meer dan 6 maanden in het buitenland zijn.⁵⁰

Aangezien de ziektekostenverzekering van particuliere ondernemers relatief hoog zijn en groter dan de betaling van hun gezondheidszorg, hebben de poliskosten betaald door de staat aan hun verzekerden het karakter van een subsidie. Dit feit, dat de staat voor de

⁵⁰ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ, Beschikbaar van <http://www.pruvodcezp.cz/zdravotni-pojisteni-v-cr>, 04/04/2012

staatsverzekerden de volledige ziektekostenverzekering betaalt, is een in de media vaak besproken onderwerp. Op dit moment (het jaar 2012) zijn er acht ziekenfondsen in de Tsjechische Republiek. De grootste is het Algemene Ziekenfonds van de Tsjechische Republiek, die op basis van een afzonderlijke wet werd ingesteld en die enkele specifieke taken van rechtswege heeft, bijvoorbeeld administratie, een register van alle verzekerden bijhouden, etc. De andere ziekenfondsen (zogenaamde werknemersziekefondsen) ontvangen een licentie voor hun werkzaamheden van het Ministerie van Volksgezondheid na het voldoen aan de voorwaarden (zoals een borgstelling van een bepaald bedrag). De regels voor hun activiteit zijn niet significant verschillend van de regels van de activiteiten van het Algemene Ziekenfonds.

Ziekenfondsen moeten garanderen, dat ze in de Tsjechische Republiek op basis van sommige mechanismen werken. Één van de mechanismen is de verplichting van het ziekenfonds een reservefonds van 1,5 % van hun jaarlijkse inkomsten te vormen. Elk ziekenfonds heeft het recht op een vergoeding van de kosten van een dure verzekerde. Een andere vorm van garantie is een fonds waarin alle ziekenfondsen verplicht zijn een bepaald percentage van hun inkomsten bij te dragen. Dit fonds wordt voor een mogelijk failliet van een ziekenfonds gebruikt. Als een ziekenfonds failliet gaat, gaan hun verzekeringen automatisch naar het Algemene Ziekenfonds. Maar zij kunnen ook een ander ziekenfonds kiezen.

De gezondheidszorg wordt door de ziekenfondsen vergoed op basis van verdragen met de verstrekkers van de gezondheidszorg. Voor het jaar 1997 werd het mechanisme van betaling voor de individuele prestaties gebruikt. Voor de ziektekostenverzekering geldt de regel dat elk moment voor elke verzekerde iemand de ziektekostenverzekering moet betalen (bijvoorbeeld een werkgever, staat of een verzekerde). Daarom moet iedereen binnen acht dagen een verandering van de ziektekostenverzekering aan zijn ziekenfonds bekendmaken. Dit geldt ook als we van ziekenfonds willen veranderen. In de Tsjechische Republiek kunnen mensen één keer per twaalf maanden veranderen, en dat op de eerste dag van het volgende kwartaal, dat wil zeggen op 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober.⁵¹

⁵¹ NĚMEC, J.: Principy zdravotního pojištění. Praha, Grada Publishing, a. s., s. 190 – 200

3.3 De ziektekostenverzekering in Nederland

In Nederland is de ziektekostenverzekering verplicht voor iedereen. De andere onderdelen van de ziektekostenverzekering zijn de zorgverzekering of de basisverzekering. De ziektekostenverzekering dekt de noodzakelijke zorg, dat betekent de kosten van medische behandeling, het gebruik van hulpmiddelen of andere geneeskundige kosten op grond van medische noodzaak. In 1941 werd naar voorbeeld van het Duitse model een verplichte ziektekostenverzekering voor mensen met lage en middeninkomens (dat was ongeveer 62 % van de bevolking) toegepast. In 1967 werd deze ziektekostenverzekering voor langdurige en psychiatrische zorg verplicht. Mensen met hogere inkomens waren particulier verzekerd. De particuliere ziektekostenverzekering wordt sinds het jaar 1986 door de staat heel sterk gereguleerd en werd hetzelfde als de wettelijke ziektekostenverzekering.

Een belangrijk jaar voor de Nederlandse ziektekostenverzekering was het jaar 2006, toen een grote hervorming van het hele gezondheidszorg werd doorgevoerd. Sinds 1 januari 2006 zijn nieuwe voorschriften voor de ziektekostenverzekering geldig, die een eendrachtig bedrag bepalen. Dit bedrag is verplicht voor iedereen, die in Nederland werkt of langdurig verblijft. De basisverzekering is 1050 euro per jaar en dekt een basisbehandeling bij een dokter, verblijf in een ziekenhuis, basis tandheelkundige zorg, voorgeschreven medicijnen en andere kort- en langdurige behandeling.⁵²

Mensen betalen deze ziektekostenverzekering bij één ziekenfonds zonder op te letten op leeftijd, geslacht of gezondheidsrisico. Werkgevers betalen de ziektekostenverzekering tot het bepaalde maximum (30 000 euro per jaar). Voor personen onder de 18 jaar wordt de verzekering door de staat betaald, particuliere ondernemers en gepensioneerden betalen de ziektekostenverzekering volgens hun inkomen. De verzekerden, die de ziektekostenverzekering niet kunnen betalen, kunnen de staat om hulp vragen. Verzekerden kunnen hun ziekenfonds volgens het nominale bedrag van de ziektekostenverzekering of de wijze van betaling van de gezondheidszorg kiezen.

⁵² Zdravotní pojištění v Nizozemsku, Beschikbaar van http://portal.mpsv.cz/eures/prace_v_eu/zeme/nizozemsko/#o8, 08/04/2012

Werkgevers betalen in Nederland 7,2 % van inkomen voor de ziektekostenverzekering (ook genoemd als zorgverzekeringwet – ZVW).⁵³

Het Nederlandse systeem van de ziektekostenverzekering bestaat uit twee volksverzekeringen – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en Zorgverzekeringwet.

„De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is in Nederland een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's. Verzekerd voor de AWBZ zijn ingezetenen van Nederland en niet-ingezetenen van Nederland die bepaalde inkomsten in Nederland genieten. De AWBZ is één van de zogenoemde verplichte volksverzekeringen.“⁵⁴

Verplichte volksverzekeringen is een soort van sociale zekerheid in Nederland. AWBZ is één van de volksverzekeringen die iedereen moet betalen.

“De Zorgverzekeringwet (Zvw) is een Nederlandse wet die op 1 januari 2006 is ingevoerd. De Zvw maakt, naast de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, deel uit van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Dit komt neer op alle Nederlandse ingezetenen en mensen die in het buitenland wonen, maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangen. De omvang van de dekking van de zorgverzekering wordt door de Zvw en de onderliggende wetgeving (Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering) bepaald. Tot slot bepaalt de Zvw dat verzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren en zorgverzekeringen niet mogen beëindigen bij slecht schadeverloop. De mensen met een lager inkomen kunnen tegemoetkoming krijgen vanuit de Wet op de zorgtoeslag.”⁵⁵

De basisdekking van ziektekostenverzekering is als volgt:

- geneeskundige zorg (bijvoorbeeld door huisartsen of medisch specialisten),
- tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar,

⁵³ Zdravotní pojištění v Evropě, Beschikbaar van www.crr.cz/Files/Docs/EEN/EEN_staty/nl.pdf, 08/04/2012

⁵⁴ AWBZ [online], [cit. 2012-04-08]. Beschikbaar van http://nl.wikipedia.org/wiki/Algemene_Wet_Bijzondere_Ziektekosten

⁵⁵ ZORGVERZEKERINGSWET [online], [cit. 2012-04-08]. Beschikbaar van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekeringwet>

- geneesmiddelen en farmaceutische zorg,
- hulpmiddelenzorg (bijvoorbeeld hoortoestellen of blindengeleidehonden),
- verzorging (voornamelijk verloskundige hulp en kraamzorg),
- verblijf hulp (bijvoorbeeld in een zorghotel).

In Nederland zijn vijftien ziekenfondsen tot op de dag van vandaag. Het ziekenfonds Uvit was de grootste zorgverzekeraar van Nederland, zij hadden 4 miljoen verzekerden in 2006. Uvit is een resultaat van de fusie van Univé, VGZ, IZA en Trias in 2006. Zorverzekeraars zouden in 2007, wanneer Menzis, Delta Lloyd en Agis, fuseren maar dit mislukte. De zorgverzekeraar Achmea nam Agis over in juni 2007 en was de grootste zorgverzekeraar in Nederland met 4,5 miljoen verzekerden. Vandaag is de grootste zorgverzekeraar Achmea-Friesland in Nederland. Dat is de fusie tussen Achmea en De Friesland Zorgverzekeraar, die op 23 september 2010 werd opgericht. In juni 2011 is deze fusie goedgekeurd. De zorgverzekeraars zijn in Nederland in de vereniging Zorgverzekeraars Nederland verenigd.⁵⁶

3.4 De ziektekostenverzekering in Nederland in vergelijking met de ziektekostenverzekering in de Tsjechische Republiek

Opnieuw, net als bij de vergelijkingen van de gezondheidszorg in de Tsjechische Republiek en Nederland, moeten we rekening houden met het feit dat in elk land de maatschappelijke en economische situaties iets anders zijn. De vergelijking van de twee landen is niet eenvoudig en zal daarom nooit helemaal objectief zijn. Aangezien deze twee landen lid van de Europese Unie zijn, zijn een groot deel van de regels in de ziektekostenverzekering hetzelfde, bijvoorbeeld het feit dat iedereen zonder uitzondering in het land verzekerd moet zijn. En het is ook een indicator van de ontwikkeling van het land, omdat hoe meer ontwikkeld land hoe meer beschikbaar en kwalitatief gezondheidszorg is.

De Ziektekostenverzekering in beide landen is zeer vergelijkbaar, sommige regels van de ziektekostenverzekering zijn in beide landen vrijwel identiek, bijvoorbeeld het feit dat

⁵⁶ ZORGVERZEKERAARS IN NEDERLAND, Beschikbaar van http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekering_%28Nederland%29, 14/04/2012

voor kinderen tot 18 jaar de ziektekostenverzekering door de staat wordt betaald. Verder dat iedereen altijd verzekerd moet zijn, anders zou hij een boete krijgen. In Nederland en Tsjechische Republiek is de standaardde ziektekostenverzekering verplicht. Deze ziektekostenverzekering moet wettelijk door alle ziekteverzekeraars vestrekt worden. Dit betekent dat alle zorgverzekeraars voor al hun klanten dezelfde basiszorg moeten bieden.

Een ander vergelijkbaar element van ziektekostenverzekering in Nederland en in de Tsjechische Republiek is het recht van een patiënt om een keer per twaalf maanden van ziekenfonds te veranderen. Wat ook nog steeds hetzelfde voor de zorgverzekering in Nederland en in de Tsjechische Republiek is, is dat er twee mogelijkheden van betaling van de ziektekostenverzekering zijn: zelf (of door de werkgever) of door de staat.

De poliskosten zijn in beide landen verschillend. De zorgverzekeraars moeten altijd de noodzakelijke zorg en geneeskundige kosten op grond van medische noodzaak vergoeden, maar de prijzen zijn in Nederland en in Tsjechische Republiek verschillend. Dat hangt met de economie van het land samen. Het grootste aspect van de prijzen van diensten of geneesmiddelen hangt af van de verdragen tussen medische voorzieningen en ziekenfondsen.

In Nederland is het vanzelfsprekend dat de verzekerde het recht heeft om de wijze van betaling van de ambulante medische zorg te kiezen. Dit systeem wordt als een contract tussen de burger en de zorgverzekeraars gepresenteerd. Een patiënt betaalt het bedrag op bij een bezoek in medische voorzieningen. Dit bedrag gaat om de vergoeding van de gezondheidszorg en de verlening hiervan in een net van medische voorzieningen. Artsen zelf bepalen de prijs. Patiënten krijgen het geld terug en op welke wijze hangt af van het ziekenfonds en de ziektekostenverzekering van de patiënten.

In Tsjechië is dit niet geldig, maar het is vaak besproken in de media en in het Ministerie van Volksgezondheid. Het systeem kan te moeilijk in de Tsjechische Republiek zijn, omdat we problemen met de administratieve complexiteit en de inefficiëntie of financiële problemen voor de sociale groepen van de bevolking zouden hebben.⁵⁷

⁵⁷ POKLADENSKÝ ZPŮSOB ÚHRADY, Beschikbaar van <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/nazor/je-pokladensky-system-skutecnym-resenim>, 14/04/2012

Het grote verschil ligt in de tarieven van poliskosten in Nederland en in de Tsjechische Republiek. In de Tsjechische Republiek is het 13,5 % van het inkomen voor de ziektekostenverzekering en in Nederland is het 7,1 % van het inkomen voor de ziektekostenverzekering. Maar in beide landen is de betaling van de ziektekostenverzekering op basis van solidariteit.

In de Tsjechische Republiek zijn er geen fusies van zorgverzekeraars. In Nederland vonden deze fusies echter meer in het verleden plaats, zoals het ziekenfonds Achmea-Friesland. Dankzij de fusie is nu Achmea-Friesland de grootste en het meest verspreide ziekenfonds in Nederland (dat gebeurde in het jaar 2011, toen de twee ziekenfondsen Achmea en De Friesland Zorgverzekeraar fuseerden). In Tsjechische Republiek blijft onder de invloed van het communisme na de revolutie in het jaar 1989 de grootste ziekenfonds de Algemene Ziekenfonds van de Tsjechische Republiek. Voor de revolutie was dit het meest verspreide en de grootste ziekenfonds. In de tijd waarin in de Tsjechische Republiek nieuwe ziekenfondsen begonnen te ontstaan na de revolutie, bleven de meeste mensen nog bij het Algemene Ziekenfonds van de Tsjechische Republiek.

En het laatste aspect, dat niet gemeenschappelijk is voor beide landen, is het verschil in het invoeren van de ziektekostenverzekering, die in Nederland na de Tweede Wereldoorlog begon. De ziektekostenverzekering in de Tsjechische Republiek daarentegen, werd in de jaren zeventig en tachtig ingevoerd. Dat gebeurde waarschijnlijk omdat mensen aan nieuwe ziekten begonnen te lijden en voor de behandeling had het Ministerie van Volksgezondheid geen geld. De nieuwe technologie was te duur voor de Tsjechische Republiek en Tsjechische economische situatie was niet zo goed als in West-Europese landen, daarom moest de ziektekostenverzekering worden ingevoerd.

4 Conclusie

Gezondheidszorg maakt deel uit van de nationale economie van elke staat, dat is één van de indicatoren van de ontwikkeling van het land. Als er problemen in de gezondheidszorg zijn, heeft dat op alle leeftijdsgroepen invloed. Dat is omdat iedereen verzekerd moet worden, anders kan de gezondheidszorg nooit functioneren. Problemen in de gezondheidszorg kunnen niet alleen veroorzaakt worden door economische redenen, maar ook bijvoorbeeld door de snel groeiende ontwikkeling van de medische technologie.

In mijn scriptie onderzoek ik niet alleen de verschillende aspecten van de problemen in de gezondheidszorg of in het gezondheidsystemen, maar ik vergelijk ook de gezondheidszorg en het gezondheidssysteem in beide landen.

Ten eerste beschrijf ik de gezondheidszorg en het gezondheidssysteem, wat het precies betekent en welke functie het in het land heeft. Hier is de functie in beide landen vrijwel identiek.

Omdat beide landen lid van de Europese Unie zijn, is de gezondheidszorg voor beide landen vergelijkbaar. Dit geldt ook voor de geschiedenis van de gezondheidszorg, dankzij Otto von Bismarck. Hij was de voortrekker van de gezondheidszorg in het algemeen. Hij was een Duitse staatsman die een rol speelde in de 19e eeuw in politieke situaties in Pruisen. Hij was ook de eerste rijkskanselier van Pruisen van 1862 tot 1890. Zijn model van de gezondheidszorg (het Bismarck model) is nog steeds het model van de gezondheidszorg die in het Europa van vandaag wordt gebruikt.

Het grootste verschil wat de geschiedenis betreft, is het begin van de instelling van de gezondheidszorg. In Nederland gebeurde dat rond de Tweede Oorlog, meer precies in het jaar 1941. In dit jaar gaf de overheid een decreet over de ziektekostenverzekering uit en dat was het begin van de gezondheidszorg in Nederland. In de Tsjechische Republiek begon men later meer te praten over de gezondheidszorg. De grootste veranderingen werden na de revolutie in het jaar 1991 geïntroduceerd. Voor de revolutie hadden mensen ook een ziektekostenverzekering, maar alles was aan het communistische regime onderworpen.

Er waren geen private sectoren van het gezondheidssysteem en de grootste zorgverzekeraar was het Algemene Ziekenfonds. Het Algemene Ziekenfonds had bijna de status van monopolie (zij hadden ongeveer 70 % van alle verzekerden in de Tsjechische Republiek). Wanneer we kijken naar de Nederlandse gezondheidszorg, zien we dat alles veel eerder begon. Nu zijn er twee sectoren (publiek en privaat) van gezondheidszorg in de beide landen.

De belangrijkste mijlpalen in de gezondheidszorg waren in de afgelopen tien jaar de hervormingen. In Nederland begon de hervorming in het jaar 2006. Terwijl Nederland de hervorming van de gezondheidszorg probeerde als een gewaagd experiment, was de Tsjechische Republiek met de hervorming zeer voorzichtig. In Tsjechië was de overheid toegeeflijk en voorzichtig.

Alles begon met de nieuwe wet op de zorgverzekering in verzekeraars in Nederland. De nieuwe regels van de hervorming zouden de gezondheidszorg verbeteren tot een meer transparant systeem van het verlenen van de gezondheidszorg. In de Tsjechische Republiek was de situatie van de gezondheidssysteem bijna 12 jaar na de revolutie stabiel. De belangrijkste mijlpaal was de hervorming die in het jaar 2005 begon met de onderverdeling van de verzekering volgens criteria zoals leeftijd, geslacht, maar volgens diagnose en chronische ziekten. Dat was voor die tijd een taboe.

De meest besproken verandering in de Tsjechische gezondheidsdienst waren de reguleerkosten. Mensen moesten verschillende tarieven voor verschillende gezondheidsdiensten betalen direct bij de artsen (bijvoorbeeld voor een EHBO bezoek of bij een gewoon huisartsbezoek).

Beide landen hebben de gezondheidssystemen gereguleerd door de overheden die verantwoordelijk voor de kwaliteit en de efficiency zijn. Maar we moeten ook rekening houden met de verschillende aspecten van beide landen zoals bijvoorbeeld de economische situatie, het bedrag gegeven aan de gezondheidszorg van de staatsbegroting, het bruto binnenlands product van elk land enzovoort.

In Nederland is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verantwoordelijk voor het goede functioneren van de gezondheidszorg. In de Tsjechische

Republiek is dat het Ministerstvo zdravotnictvi (het Ministerie van Volksgezondheid). Terwijl het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich in relatief rustige

vaarwater bevindt, is het in Tsjechië een veel besproken onderwerp omdat hier veel veranderingen zijn doorgevoerd in de laatste tien jaar.

In Nederland werkt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onder leiding van minister Edith Schippers. In de Tsjechische Republiek werd de bekende minister Tomas Julinek in de media vaak verbaal aangevallen, omdat hij nieuwe vergoedingen wilde invoeren (bijvoorbeeld de privatisering van de ziekenhuizen en natuurlijk de reguleerkosten van de artsbezoeken). Vandaag de dag heeft de Tsjechische Republiek een andere minister, Leos Heger.

Terwijl de stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg in Nederland zichtbaar was (in 2003 – 9,2 % van het BBP, in 2005 – 9,8 % van het BBP), bleven de uitgaven voor de gezondheidszorg in de Tsjechische Republiek achter bij de groei van economie (in 2008 nog steeds 7,6 % van het BBP, in 2006 minder dan 7,0 % van het BBP).⁵⁸

Dat betekent dat in de Tsjechische Republiek de totale uitgaven per persoon per jaar een kwart lager waren dan in Nederland.

Wat de ziektekostenverzekering betreft, deze zijn in beide landen vergelijkbaar. Ze hebben het systeem van ziektekostenverzekering op basis van solidariteit (op basis van het Bismarck model). Kinderen tot 18 jaar krijgen de ziektekostenverzekering door de staat betaald. De ziektekostenverzekering is verplicht voor iedereen, zonder uitzondering. De beide landen hebben twee mogelijkheden van betaling van de ziektekostenverzekering: zelf of door de staat.

Waarschijnlijk ligt het grootste verschil tussen de Nederlandse en Tsjechische gezondheidssystemen in de tarieven van poliskosten. In de Tsjechische Republiek is het 13,5 % van het inkomen voor de ziektekostenverzekering en in Nederland is het 7,1 % van het inkomen voor de ziektekostenverzekering.

In beide landen zijn de ziekenfondsen verplicht om noodzakelijke zorg (en geneeskundige middelen of medische behandeling) te vergoeden. Er bestaat dus geen twijfel dat de Nederlandse gezondheidszorg meer volwassen en dynamischer is dan de Tsjechische. De Nederlandse gezondheidszorg staat volgens de EHCI (Euro Health

⁵⁸ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ, Beschikbaar van www.clkuo.cz/dokumenty/nizo.pdf 08/02/2012

Consumer Index) op de eerste plaats van de internationale gezondheidszorg. Dit resultaat volgt uit een onderzoek uit 2009.

Lijst van bronnen

Literatuurlijst

NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008.

Internet

Gezondheidssysteem en gezondheidszorg

http://nl.wikipedia.org/wiki/Farmaceutische_industrie#Farmaceutische_bedrijven_in_Nederland
04/02/2012

<http://www.vormen.org/Rechtvaardig/Gezondheid.html>, 09/01/2012

<http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheidszorg>, 09/01/2012

http://nl.wikipedia.org/wiki/Otto_von_Bismarck, 24/01/2012

http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/nl/Otto_von_Bismarck#Bismarck.E2.80.99s_social_legislation, 24/01/2012

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Zdravotnick%C3%A9_syst%C3%A9my_zalo%C5%B7Een%C3%A9_na_v%C5%A1eobecn%C3%A9m_zdravotn%C3%ADm_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD, 09/01/2012

<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/Ziekenfondswet.htm>

<http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/bronarchief/canon/1964.html>, 24/01/2012

<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nizozemsko-probihajici-reforma-170840>,
09/01/2012

<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nizozemska-reforma-je-podle-ministerstva-uspesna-448686>, 09/01/2012

<http://www.tribune.cz/clanek/11765>, 09/01/2012

http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/03_2000/analyza_zdravotnictvi.html, 10/01/2012

De belangrijkste verschillen tussen het Nederlandse en Tsjechische gezondheidssysteem

<http://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/>, 10/01/2012

<http://eurlex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=nl&ihmlang=nl&lng1=nl,cs&lng2=bg,cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,hu,it,lt,lv,mt,nl,pl,pt,ro,sk,sl,sv,&val=492463:cs&page>, 10/01/2012

<http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=13772>, 25/01/2012

<http://www.kulatystul.cz/cs/node/244>, 11/01/2012

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries>, 12/01/2012

http://nl.wikipedia.org/wiki/Ministerie_van_Volksgezondheid,_Welzijn_en_Sport, 12/01/2012

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie>, 12/01/2012

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie>, 12/01/2012

<http://www.rijksoverheid.nl/regering/het-kabinet/bewindspersonen/edith-schippers/cv>,
13/01/2012

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie/organogram>, 12/01/2012

www.clkuo.cz/dokumenty/nizo.pdf, 13/01/2012

[http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nizozemska-reforma-je-podle-ministerstva-
uspesna-448686](http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nizozemska-reforma-je-podle-ministerstva-
uspesna-448686), 19/01/2012

<http://www.ukz.katolik.cz/texty %20sokrates/holandsko.doc> 19/01/2012

www.domavcr.cz/downloads/Pruvodce__zdravotni__peci_CZ.pdf, 30/01/2012

http://nl.wikipedia.org/wiki/Ambulante_zorg, 30/01/2012

<https://thesaurus.politieacademie.nl/Thesaurus/Term/5233>, 30/01/2012

<https://thesaurus.politieacademie.nl/Thesaurus/Term/6397>, 30/01/2012

<http://www.czech.cz/cz/66216-princip-fungovani-zdravotnictvi>, 31/01/2012

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Ministerstvo_zdravotnictv %C3 %AD_ %C4 %8Cesk %C3 %A9_r
epubliky](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ministerstvo_zdravotnictv%C3%AD_%C4%8Cesk%C3%A9_r
epubliky), 31/01/2012

http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotnicka-zarizeni_2119_11.html, 03/03/2012

www.recepis.cz/ke_stazeni/rp.recepis.pdf, 03/03/2012

http://nl.wikipedia.org/wiki/Lege_artis, 31/01/2012

<http://www.leosheger.cz>, 31/01/2012

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Leo %C5 %A1_Heger](http://cs.wikipedia.org/wiki/Leo_%C5%A1_Heger), 31/01/2012

<http://mzcr.cz/>, 31/01/2012

[http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/reforma-zdravotnictvi-hlavni-zmeny-
8452.html](http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/reforma-zdravotnictvi-hlavni-zmeny-
8452.html), 2012/02/04

www.clkuo.cz/dokumenty/nizo.pdf, 08/02/2012

<http://www.healthpowerhouse.com/>, 08/02/2012

Ziektekostenverzekering

<http://nl.wikipedia.org/wiki/Ziektekostenverzekering>, 03/04/2012

<http://www.penize.cz/zdravotni-pojisteni>, 03/04/2012

[http://www.wikiskripta.eu/index.php/N %C3 %A1rodn %C3 %AD_zdravotn %C3 %AD_slu %
C5 %BEba04/04/2012](http://www.wikiskripta.eu/index.php/N%C3%A1rodn%C3%AD_zdravotn%C3%AD_sluc5BEba04/04/2012)

<http://www.pruvodcezp.cz/zdravotni-pojisteni-v-cr>, 04/04/2012

http://portal.mpsv.cz/eures/prace_v_eu/zeme/nizozemsko/#o8, 08/04/2012

www.crr.cz/Files/Docs/EEN/EEN_staty/nl.pdf, 08/04/2012

http://nl.wikipedia.org/wiki/Algemene_Wet_Bijzondere_Ziektekosten, 08/04/2012

<http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekeringswet>, 08/04/2012

http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekering_%28Nederland%29, 14/04/2012

http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekering_%28Nederland%29, 14/04/2012

Conclusie

www.clkuo.cz/dokumenty/nizo.pdf, 14/04/2012

Resumé in het Tsjechisch

Cílem mojí bakalářské práce bylo porovnat zdravotnický systém v České republice a v Nizozemsku. Porovnávala jsem jak zdravotnickou péči, tak i historii zdravotnictví v obou zemích. Dále jsem zjišťovala shodné charakteristické rysy v rámci zdravotního pojištění v České republice a v Nizozemsku. Do své práce jsem zahrнула i reformy zdravotnictví, které během posledních pěti let proběhly v obou zemích.

Moje práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. V první kapitole se věnuji obecně celému zdravotnickému systému, jaké je jeho definice a jaké jsou jeho druhy. Dále popisuji historii zdravotnické péče v Evropě s užším zaměřením na Nizozemsko a Českou republiku.

Následující kapitola se zabývá hlavními a nejdůležitějšími rozdíly mezi nizozemských a českých zdravotnickým systémem. Popisuji v ní především strukturu zdravotnického systému obou zemí a jeho řízení, tedy funkce Ministerstev zdravotnictví. Část druhé kapitoly je přímo věnována samostatně jak Ministerstvu zdravotnictví v Nizozemsku, tak i v České republice, kde se zabývám oblastmi, za které jsou ministerstva zodpovědná. Zmínka patřila i minulým, ale i současným ministrům zdravotnictví. V další části druhé kapitoly se zabývám jednotlivými reformami, co zemi přinesly a jak moc se nové směrnice měnily v průběhu let.

Ve třetí kapitole se věnuji zdravotnímu pojištění. I v této kapitole stručně popisuji historii zavedení placení zdravotního pojištění. Zabývám se rozsahem zdravotního pojištění, co všechno je do něj zahrnováno a kde si naopak musí pacient danou službu či lék uhradit sám.

V závěru práce zhodnocuji fakta, která vyplývají z předchozích kapitol, především rozdíly ve zdravotnictví, na které jsem během svého bádání narazila.

Resumé in het Engels

In my bachelor thesis I wanted to compare the health care system in the Czech Republic and the Netherlands. I compared the health care and besides the history of the health care systems too. I found out the same characteristics in terms of the health insurance in the Czech Republic and the Netherlands. I also included to my work the reforms of the health care systems which happened during the last five years in both countries.

My thesis is divided into four main chapters. In the first chapter I deal with the entire health care system in general, what its definition is and what its types are. I also describe the history of the health care system in Europe, especially in the Netherlands and the Czech Republic.

In the following chapter I describe the main and the most important differences between Dutch and Czech health care system. I deal with the structure of the health care system of each country and the functions of the Ministry of Health. A part of the second chapter is about the sections which are the Ministries of Health responsible for. I also mention former and current ministers of health. Another part of the second chapter deals with the various reforms in the countries.

The third chapter is devoted to the health insurance. I briefly describe the history of the introduction of paying the health insurance. I describe the range of the health insurance, what all is included to the health insurance and what is not.

In the conclusion of my thesis I evaluate the facts resulting from the previous chapters, especially differences in the health care systems which I found out during my research.

Annotatie

Jméno: Martina Hodaňová

Název katedry a fakulty: Katedra nederlandistiky FF UP v Olomouci

Název bakalářské práce: Het gezondheidssysteem in Nederland in vergelijking met het gezondheidssysteem in Tsjechië

Vedoucí diplomové práce: Drs. Bas Hamers

Počet znaků: 75 799

Počet použitých literárních zdrojů: 1

Klíčová slova: zdravotnický systém, Nizozemsko, Česká republika, zdravotní péče, pacient, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna, ministerstvo zdravotnictví

Krátká charakteristika: Bakalářská práce se věnuje porovnání zdravotnických systémů a zdravotní péče ve dvou zemích – Nizozemsku a České republice. Práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. Popisují především historii zavedení zdravotní péče, ministerstva zdravotnictví a zdravotní pojištění v obou zemích. V poslední kapitole tyto hlavní body porovnávám na základě několika vybraných aspektů.