

De zorgstelselcompetitie

Essay

Dr. Wilem Jan Meerding[†]
Dr. Michael van den Berg[‡]

[†] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

[‡] RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg

Oktober 2015

SAMENVATTING BEOORDELING 5 ZORGSTELSEL-RANGLIJSTEN O.B.V. KOPIE VAN TEKSTFRAGMENTEN

Legenda

Rood Negatieve kritiek

Groen Positieve kritiek

Blauw Opmerkelijke zinsnede (subjectief GvL)

<p>Euro Health Consumer Index (EHCI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • waarin het Nederlandse zorgstelsel steevast als beste uit de bus komt • Volgens de OECD en EHCI is de zorg in Nederland goed toegankelijk • Verder scoort de Nederlandse zorg volgens de EHCI en de CMWF goed op de patiëntgerichtheid, hoewel beide ranglijsten dit heel verschillend operationaliseren. • lage sterfte aan hart- en vaatziekten (OECD, EHCI) • de ongelijkheid naar inkomenspositie in de toegang tot zorg (EHCI) • Net als de OECD, kijken de EHCI en het CMWF naar een bredere set criteria dan Bloomberg en de EC • De EHCI neemt de zorguitgaven niet mee in zijn vergelijking • Ook het EHCI redeneert niet in doelen en middelen, maar hanteert 48 beoordelingscriteria die zij vanuit gebruikersperspectief van belang acht. Het roept vervolgens vragen op dat deze criteria door een 'expert panel' van vijf personen is bepaald. De EHCI zegt de patiëntvriendelijkheid van systemen te beoordelen. Waar echter het CMWF op grote schaal vragen voorlegt aan burgers en patiënten, komen deze in de EHCI niet aan het woord. Hun informatie is afkomstig uit datasystemen van zorgregistraties en van beleidsdocumenten. Bovendien neemt de EHCI dimensies mee waarvan het verband met patiëntvriendelijkheid niet direct duidelijk is: gezondheidsuitkomsten, resultaten van preventie, geneesmiddelengebruik. Door de afwezigheid van een conceptueel raamwerk doet de selectie van indicatoren (en daarmee de totaalscore) aan als een willekeurige mix van prevalentiecijfers, structuurkenmerken, ziektespecifieke uitkomsten, en kenmerken van wet- en regelgeving. Zo rapporteert de EHCI het aantal verkeersdoden als preventie-indicator, evenals fysieke beweging (het aantal uren gym op scholen!), en worden ook cijfers over abortus en suicide meegenomen. De prevalentie van depressie is een beoordelingscriterium, maar er zijn geen indicatoren opgenomen over de GGZ zoals het gebruik van antidepressiva, terwijl dit van enkele andere geneesmiddelgroepen wel is gebeurd. • wetgeving voor consumentenbescherming en inspraak van patiënten, toegang tot medische informatie, en vergoeding van zorg in het buitenland (allen EHCI) • De EHCI expliciteert ook niet wat precies onder kwaliteit van zorg wordt verstaan, maar uit de keuze van indicatoren komt dit wel naar voren. Vraaggerichtheid, of 'patiëntvriendelijkheid' komt hier vooral tot uiting in structuurkenmerken die al dan niet goed worden bevonden. De EHCI hanteert wel een rijtje met indicatoren voor gezondheidsuitkomsten, maar hiervan blijft het onduidelijk hoe deze precies aan de kwaliteit van zorg zijn gerelateerd. • Met name de EHCI bevindt zich hier in een spagaat. Deze gaat namelijk uit van het consumentenperspectief, terwijl de indicatoren zijn gedefinieerd vanuit een beleidsperspectief. • EHCI beoordeelt het Nederlandse poortwachtersmodel, waarbij specialisten alleen toegankelijk zijn na verwijzing door de huisarts als negatief. De reden hiervoor is dat dit de keuzevrijheid van patiënten zou beperken. Andere zaken, zoals de doelmatigheid en coördinatie van zorg, worden hiermee genegeerd. Een ander voorbeeld uit de zelfde index is de indicator 'aantal intramurale bedden in de ouderenzorg' waarvoor bij EHCI geldt: "hoe meer, hoe beter". Hier meet de indicator beschikbaarheid van zorg, maar negeert betaalbaarheid en zelfstandigheid als belangrijke andere waarden die hier in
--	---

	<p>het geding zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De EHCI doet dit bijvoorbeeld door alle indicatoren in drie categorieën te verdelen: goed (3), slecht (1) en een tussencategorie (2). • Hier komt nog bij dat de weging van de beoordelingscriteria per definitie arbitrair is. Het gevolg is bijvoorbeeld dat de veiligheid en de tijdigheid van zorg evenveel gewicht krijgen (in de CMWF), of dat de beoordelingen van de zorgactiviteiten gericht op preventie bijna de helft minder meewegen dan de uitkomsten van curatieve zorg (in de EHCI). Elke logica ontbreekt hier. Cylus et al. (2016) wezen er in een kritische beschouwing van de EHCI op dat het niet hebben van een poortwachtersysteem voor specialistische zorg meer gewicht in de schaal legt dan betere overlevingscijfers bij kanker. • In het geval van de EHCI is de uiteindelijke waarde een gewogen uitkomst van onvergelykbare grootheden als vaccinatiecijfers, het al dan niet hebben van bepaalde wetten, prevalentiecijfers, verkeersdoden, etcetera. • Met name de Bloomberg analyse en de EHCI zijn ambigu in 'wat' zij beoordelen en ook hun aanpak bevat inconsistenties. • Bloomberg en de EC baseren zich op informatie die reeds voor handen is uit internationale databases. De EHCI doet hetzelfde, en vult dit aan met interviews en vragenlijsten onder 'health care agencies', overheden en diverse stake holders. Informatie omtrent aantallen personen, welke organisaties en wijze van consulteren wordt niet gerapporteerd. Het gebrek aan methodologische verantwoording maakt het moeilijk te beoordelen hoe valide en betrouwbaar deze gegevens zijn. • Dit geldt zeker als beoordelingscriteria tegenstrijdig zijn met de gekozen beleidsrichting, zoals het eerder genoemde voorbeeld van het aantal bedden in de ouderenzorg en de directe toegang tot specialistische zorg in de EHCI. • Dat dit risico op overinterpretatie niet denkbeeldig is, laat de EHCI analyse zien waarin stevige uitspraken worden gedaan over het al dan niet succesvol zijn van beleid. Er wordt in hoge mate gespeculeerd over achterliggende mechanismen, overigens wel ingeleid met de disclaimer "here comes the speculation". <p>(29 x EHCI)</p>
EC	<ul style="list-style-type: none"> • In de lijst van de Europese Commissie (EC) komt Nederland op plaats 2 van 28 Europese landen • De benadering van de EC heeft als overeenkomst met de OECD studie dat deze rekening houdt met domeinen buiten de zorg die van invloed zijn op gezondheid. • Net als de EC beoordeelt Bloomberg de zorgstelsels alleen op hun doelmatigheid op basis van internationaal vergelijkbare data, maar op een sterk gesimplificeerde wijze. • De gezonde levensverwachting (EC) komt hieraan mondjesmaat tegemoet. • Bloomberg en de EC slaan deze stap als het ware over, en lijken er vanuit te gaan dat kwaliteit zich zal vertalen in levensverwachting. • Bloomberg en de EC richten zich daarentegen uitsluitend op de macro doelmatigheid van zorgstelsels, gemeten als de verhouding tussen zorguitgaven en de (gezonde) levensverwachting. • Bloomberg en de EC baseren zich op informatie die reeds voor handen is uit internationale databases. • Er bestaat een positief verband tussen de zorguitgaven of de middelen die beschikbaar zijn voor zorg, en de levensverwachting, zoals in de EC analyse. <p>(8 x EC)</p>

Bloomberg	<ul style="list-style-type: none"> • en tenslotte bij Bloomberg op plaats 29 van 55 landen wereldwijd • Het maakt uit of je Nederland vergelijkt met Saoedi-Arabië, Argentinië of Thailand, zoals in de Bloomberg vergelijking, of alleen met westerse landen zoals in de andere analyses. • Daarnaast bestaat er overeenstemming over het feit dat de zorguitgaven in Nederland vrij hoog zijn vergeleken met de meeste andere landen (OECD, Bloomberg). • Net als de EC beoordeelt Bloomberg de zorgstelsels alleen op hun doelmatigheid op basis van internationaal vergelijkbare data, maar op een sterk gesimplificeerde wijze. De Bloomberg analyse gaat eveneens uit van de levensverwachting, maar houdt bij het berekenen van de doelmatigheid van de zorg geen rekening met de bijdrage van andere domeinen. • een bredere set criteria dan Bloomberg en de EC. • Bloomberg en de EC slaan deze stap als het ware over, en lijken er vanuit te gaan dat kwaliteit zich zal vertalen in levensverwachting. • Bloomberg en de EC richten zich daarentegen uitsluitend op de macro doelmatigheid van zorgstelsels, gemeten als de verhouding tussen zorguitgaven en de (gezonde) levensverwachting. • Bloomberg en de EC baseren zich op informatie die reeds voor handen is uit internationale databases. • Een verklaring voor dit verschil is, afgezien van de verschillende benaderingen, een belangrijk detail, namelijk dat de hoogte van de zorguitgaven in Nederland hoger uitpakken in de Bloomberg analyse. • Westerse landen met hoge zorguitgaven per hoofd van de bevolking zijn hierdoor in de Bloomberg analyse in het nadeel ten opzichte van landen met lage zorguitgaven. Het zou dus beter zijn om alleen landen met een zelfde uitgavenpeil onderling te vergelijken. • Met name de Bloomberg analyse en de EHCI zijn ambigu in 'wat' zij beoordelen en ook hun aanpak bevat inconsistenties. (17 x Bloomberg)
OECD	<ul style="list-style-type: none"> • Ook de OECD biedt een uitgebreide vergelijking van 34 landen. De OECD presenteert als enige alleen een 'dashboard' van scores op 26 indicatoren, maar geen totaalscore en dus ook geen ranglijst. • Volgens de OECD en EHCI is de zorg in Nederland goed toegankelijk, in de CMWF vergelijking is dit gemiddeld. • Een hogere positie heeft Nederland verder te danken aan bepaalde uitkomsten, zoals een lage sterfte aan hart- en vaatziekten (OECD, EHCI), en relatief weinig overgewicht en obesitas (OECD). Wordt naar andere uitkomsten gekeken dan behoort ons land tot de middenmoot, zoals bij de levensverwachting bij 65 jaar, roken en alcoholconsumptie (OECD), en de overleving bij kanker, beroerten en hartinfarcten (OECD). • Het CMWF en de OECD wijzen verder op het relatief grote aantal personen dat afziet van zorg om financiële redenen, en de grote verschillen hierin tussen hoge en lage inkomens. Terwijl Nederland vanouds bekend staat om het lage niveau van privé betalingen voor zorg, is ons land met het gestegen eigen risico naar het midden opgeschoven. Volgens de OECD bevindt Nederland zich hier op het gemiddelde (OECD, 2015). • Daarnaast bestaat er overeenstemming over het feit dat de zorguitgaven in Nederland vrij hoog zijn vergeleken met de meeste andere landen (OECD, Bloomberg) • Recent is dit door de OECD gecorrigeerd, vooral door betere gegevens over

de ouderenzorg (OECD, 2016). Nederland staat nu op plaats zeven, onder meer achter Japan, Zwitserland, Frankrijk, en Duitsland, al zijn de verschillen met de 'duurdere' landen erg klein.

- De OECD gaat uit van een uitgebreid conceptueel model waarin doelen en middelen worden onderscheiden. Dit model maakt onderscheid tussen het 'health system' en het 'health care system'. Gezondheid wordt door meer bepaald dan zorg alleen. De gezondheid van de bevolking is het resultaat van de toegankelijkheid en kwaliteit van het zorgsysteem, de (financiële) middelen die beschikbaar zijn in de zorg, en van externe factoren zoals de leefstijl (en onderliggende culturele waarden), en de bredere economische, demografische en sociale context. De keuze voor de beoordelingscriteria is consistent met dit model.
- De benadering van de EC heeft als overeenkomst met de OECD studie dat deze rekening houdt met domeinen buiten de zorg die van invloed zijn op gezondheid.
- Net als de OECD, kijken de EHCI en het CMWF naar een bredere set criteria dan Bloomberg en de EC.
- Net als de OECD, worden er dus meer doelen en wenselijke uitkomsten aan zorgsystemen gekoppeld.
- (voetnoot) De beoordelingscriteria die worden gebruikt door de OECD, zijn sterk geworteld in de wetenschappelijke literatuur. Er gaat doorgaans een intensief R&D-traject aan vooraf waarbij afstemming met alle betrokken landen en de academische wereld plaatsvindt. Iedere indicator is onderbouwd waarbij de state-of-the-art in de literatuur beknopt is weergegeven.
- De enkele indicatoren die het zorgstelsel typeren, zijn bovendien heel verschillend en fragmentarisch; de omvang van verzekerde aanspraken en eigen betalingen (OECD)
- De OECD wijst daarnaast ook op de lage onvervulde behoefte aan medische zorg (OECD, 2015).
- Een veel gehanteerde uitwerking, is die van het OECD-model, dat tevens ten grondslag ligt aan de prestatie-indicatoren voor de zorg zoals die in Nederland sinds 2006 worden gerapporteerd (Volksgezondheidszorg.info, 2016). Hier wordt kwaliteit uitgewerkt in effectiviteit, veiligheid en vraaggerichtheid van zorg.
- Deze patiënten-indicatoren zijn sinds enige jaren ook overgenomen door de OECD (OECD, 2015).
- Kijken we vervolgens naar de ranglijsten, dan valt op dat de OECD in zijn vergelijking alleen cijfers meeneemt over de beschikbaarheid van middelen, zoals de zorguitgaven per inwoner, en niets over de doelmatigheid of passendheid van zorg.
- Het CMWF en de OECD kijken naar het afzien van zorg om financiële redenen. Dit reflecteert het perspectief van zorggebruikers, wat niet hetzelfde is als hoe de (gelijke) toegang tot zorg is georganiseerd. De OECD kijkt tevens naar verschillen tussen opleidingsgroepen in 'unmet needs' voor mondonderzoek bij de tandarts en medische onderzoeken.
- De meeste ranglijsten gebruiken een combinatie van gegevens uit klinische registraties, statistische databases (bijvoorbeeld van de WHO of OECD) en surveys. De OECD ontwikkelt en verzamelt deels zelf de data voor hun vergelijkingen en doet dat in continue afstemming met experts uit alle betrokken landen.

	<ul style="list-style-type: none"> • deze verschillen bestaan wel tussen landen met een zelfde type zorgstelsel (OECD, 2010) • (Een uitzondering zijn de ziektespecifieke overlevingscijfers als indicator voor de kwaliteit van zorg in de OECD vergelijking, die vanzelfsprekend gunstig zijn voor de levensverwachting.) • De OECD en het CMWF hebben een schat aan gegevens opgebouwd die zeer goed methodologisch zijn verantwoord, die in samenwerking met de deelnemende landen zijn ontwikkeld, en die beleidsrelevante signalen kunnen bieden. (36 x OECD)
CMWF	<ul style="list-style-type: none"> • bij het Commonwealth Fund (CMWF) op plaats vijf van 11 westerse landen • in de CMWF vergelijking is dit gemiddeld. • Verder scoort de Nederlandse zorg volgens de EHCI en de CMWF goed op de patiëntgerichtheid, hoewel beide ranglijsten dit heel verschillend operationaliseren. • Hier komt nog bij dat de weging van de beoordelingscriteria per definitie arbitrair is. Het gevolg is bijvoorbeeld dat de veiligheid en de tijdigheid van zorg evenveel gewicht krijgen (in de CMWF), • Dat ook in een aantal zorgprocessen ons land niet tot de beste behoort laat de CMWF studie zien. • Zaken waar Nederland minder dan gemiddeld scoort, zijn (gepercipieerde) patiëntveiligheid (CMWF) en de ongelijkheid naar inkomenspositie in de toegang tot zorg (EHCI, CMWF). Het CMWF en de OECD wijzen verder op het relatief grote aantal personen dat afziet van zorg om financiële redenen, en de grote verschillen hierin tussen hoge en lage inkomens • Net als de OECD, kijken de EHCI en het CMWF naar een bredere set criteria dan Bloomberg en de EC. Criteria zijn een mix van structuurkenmerken, procesmaten, en uitkomstmaten, waarbij het CMWF de meeste (80) criteria hanteert. • Het CMWF onderscheidt acht dimensies die zij belangrijk vindt voor de beoordeling van het zorgsysteem. Gezondheid is één van deze dimensies, naast kwaliteit van zorg (effectiviteit, veiligheid, zorgcoördinatie, en patiëntgerichtheid), toegankelijkheid (financiële toegankelijkheid, tijdigheid), efficiency en equity. • Waar echter het CMWF op grote schaal vragen voorlegt aan burgers en patiënten • Alleen het CMWF bevat een indicator voor de administratieve lastendruk, waar Nederland ongunstig uitkomt. • In de CMWF vergelijking is toegankelijkheid niet de breedte van de verzekerde aanspraken of de lengte van wachtlijsten, maar of de zorg tijdig is (lang moeten wachten voor je aan de beurt bent, of op een uitslag) en of patiënten om financiële redenen afzien van zorg. • Het CMWF hanteert 44 overwegend procesindicatoren over de kwaliteit van zorg, onderverdeeld naar effectiviteit, veiligheid, zorgcoördinatie, en patiëntgerichtheid. Voor het CMWF is patiëntgerichtheid niet of patiëntenrechten wettelijk verankerd zijn (zoals in de EHCI), maar betreft dit de begrijpelijkheid van informatie van artsen aan patiënten, de continuïteit van zorg en het geven van feedback door patiënten, de betrokkenheid van patiënten in besluitvorming en de aandacht voor patiëntvoorkeuren. Deze patiënten-indicatoren zijn sinds enige jaren ook overgenomen door de OECD (OECD, 2015).

	<ul style="list-style-type: none">• Het CMWF heeft een geheel andere benadering, en beoordeelt meer de micro dan de macro doelmatigheid met een set indicatoren voor de efficiency van het zorgproces. Hierin staat het Nederlandse zorgstelsel op plaats zeven (van de elf), vooral door ongunstige scores als het gaat om de hoge zorguitgaven per inwoner, en de administratieve lastendruk voor artsen en patiënten.• Een welkome aanvulling op de andere ranglijsten vormt dan ook de CMWF die de zorg beoordeelt vanuit het perspectief van burgers en zorgprofessionals.• Het CMWF en de OECD kijken naar het afzien van zorg om financiële redenen.• Het gevolg is bijvoorbeeld dat de veiligheid en de tijdigheid van zorg evenveel gewicht krijgen (in de CMWF),• De CMWF is hierop een belangrijke aanvulling vanwege hun vragen aan burgers, patiënten en zorgprofessionals.• Ook het CMWF ontwikkelt en verzamelt zelf de enquêtegegevens voor hun vergelijkingen.• Deze verschillen worden door het CMWF ook gerapporteerd.• De OECD en het CMWF hebben een schat aan gegevens opgebouwd die zeer goed methodologisch zijn verantwoord, die in samenwerking met de deelnemende landen zijn ontwikkeld, en die beleidsrelevante signalen kunnen bieden. Vanwege hun complementariteit is het zinvol om niet alleen naar beoordelingscriteria te kijken die aansluiten bij de beleidsdoelen, maar ook naar beoordelingen die opgesteld zijn vanuit het perspectief van burgers / cliënten en zorgprofessionals, zoals het CMWF doet (24 x CMWF)
--	--