

Het Nederlandse zorgstelsel voldoet niet aan de drie fundamentele doelstellingen van de WHO

een vergelijking van de Nederlandse prestaties met modern Europa

Drs G.J. (Gijs) van Loef, bestuurskundig socioloog

10 mei 2018

Door politici en beleidsmakers wordt beweerd dat Nederland één van de beste, zo niet hét beste zorgstelsel van Europa heeft. Is dit waar? Hoe goed is de Nederlandse gezondheidszorg? Wat zijn haar prestaties? Aan de hand van internationale bronnen wordt de vraag beantwoord. Nederland wordt vergeleken met de andere moderne Europese landen met meer dan 5 miljoen inwoners

Inleiding

Er zijn twee evaluaties uitgevoerd van het medische zorgstelsel (Zvw), in 2009 en 2014. Sinds 2015 zijn geen publicaties meer verschenen in opdracht van de rijksoverheid over het medische zorgstelsel. Vanaf 2015 is de langdurige zorg en ondersteuning (Awbz en Wmo) anders georganiseerd. Medio 2018 verschijnt een evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz), en van de sectoren de wijkverpleging en de intramurale ggz.

Vijf pijlers

Het Nederlands zorgstelsel rust op vijf pijlers. De geleverde zorg moet 1. van voldoende kwaliteit zijn, 2. overal voor iedereen even toegankelijk, 3. betaalbaar, 4. doelmatig en 5. gebaseerd zijn op de solidariteitsgedachte. Betaalbare zorg heeft twee aspecten: individuele burgers en huishoudens moeten hun zorgkosten kunnen betalen en de totale kosten van de zorg moeten door de samenleving als geheel gedragen kunnen worden. Solidariteit houdt de bereidheid in om voor elkaar dezelfde goede zorg over te hebben: gezonde mensen betalen mee voor ongezonde mensen, rijken voor armen, jongeren voor ouderen. Doelmatigheid is een complex begrip en gaat over de vraag of de (juiste!) zorg op een 'kosteneffectieve' wijze tot stand komt.

Het Framework van de WHO als kapstok

Aan de hand van *A framework for assessing the performance of health systems* van de WHO zijn de prestaties op een rij gezet.¹ In het schema van de WHO wordt de buitengrens van een zorgstelsel (*Health System*) bepaald door algemene activiteiten die gericht zijn op bevordering van de volksgezondheid (*Health Action*). Er zijn krachtige maatschappelijke processen, zoals de beweging van Positieve gezondheid, de anti-rook campagne en de bestrijding van diabetes-2. Er is veel positieve Health action. We noemen dit het buitenkader van het zorgstelsel, daar waar preventiebeleid, gericht op de bevordering van een gezondere leefstijl en een gezondere leefomgeving (milieu, natuur en ruimte, het klimaatbeleid in brede zin) zich afspelen.

Binnen dit kader zijn de prestaties van het zorgstelsel in engere zin te groeperen rondom drie fundamentele doelstellingen die we in opeenvolgende paragrafen doornemen: 1. Verbetering van de gezondheid en kwaliteit van de zorg (*Improving Health*), 2. Rekening houden met de wensen en verwachtingen van de bevolking (*Enhancing Responsiveness to the Expectations of the Population*), 3. Solidariteit en een rechtvaardige verdeling van lasten (*Assuring Fairness of Financial contribution*). Paragraaf 4 gaat over de publieke middelen die

het zorgstelsel financieren, de som van belastingen, sociale premies en eigen betalingen (*Resources Available*). Wetgeving blijft hier buiten beschouwing.

1. Verbetering van de gezondheid en kwaliteit van de zorg

Er zijn twee subdoelstellingen: a. Verbetering van de gemiddelde individuele gezondheid en b. vermindering van de sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Ad a. Verbetering van de individuele gezondheid

We noemen vijf soorten prestaties: (1) De levensverwachting bij geboorte (de meest gehanteerde specifieke indicator) neemt toe. In 1980 had de Nederlander de op een na hoogste levensverwachting van de wereld (75,7 jaar). Anno 2018 is de levensverwachting in zes Europese landen hoger dan die in Nederland (81,8 jaar).² (2) Uit eigen onderzoek o.b.v. OECD-data blijkt dat de kwaliteit van de medische zorg in vergelijking met andere Europese landen sinds 2010 geleidelijk achteruit gaat, zie figuur 1.³ (3) Van andere OECD-indicatoren ontbreken longitudinale datareeksen, zoals van *Access to care* en *Health care activities*. Ook hier is het beeld dat Nederland hooguit een goede middenmoter is, maar met een hoge toegankelijkheid, waarover later meer.⁴ (4) Er is een verviervoudiging van het aantal meldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 2004 naar 2016, dit is een opmerkelijke stijging die niet zomaar toegeschreven kan worden aan 'exogene verklaringen'.⁵ (5) De wachtlijsten (overschrijding van de Treeknormen) nemen het laatste jaar toe.⁶

Figuur 1 – Kostenontwikkeling en Kwaliteitsontwikkeling medische zorg Nederland versus EU14.

Kostenontwikkeling (index=100 2006). OECD.stat: Health expenditure and financing, curative and rehabilitative care:
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Kwaliteitsontwikkeling (13 indicatoren, rangorde van 1 t/m 14). OECD Health at a Glance 2007 t/m 2017. Het betreft de volgende 13 indicatoren: Life expectancy at birth; Perceived health status among adults; Number of physicians per 1000; Practising nurses per 1000; Ischemic heart-disease, mortality rates; Stroke, mortality rates; Mortality from cancer; Infant mortality; Mortality following AMI (30 days); Mortality following stroke (30 days); Avoidable asthma hospital admission; Influenza vaccination for older people; Childhood vaccination measles.

Ad b. Vermindering van gezondheidsverschillen (SEGV) - Het verschil in gezonde levensverwachting tussen hoog en laag opgeleiden is bijna 20 jaar. Hoog opgeleiden leven zeven jaar langer dan laagopgeleiden. In 2006 waren deze verschillen minder groot.⁷

2. Rekening houden met de wensen en verwachtingen van de bevolking

Er zijn twee subdoelstellingen: a. bescherming van de individuele veiligheid, privacy en waardigheid (*Respect for persons*) en b. klantgerichtheid en toegankelijkheid (*Client orientation; Access to care*).

Ad a. Bescherming van het individu - (1) Op institutioneel niveau ontstaan problemen wanneer mensen moeten 'overstappen' op een ander deezorgstelsel (Zvw, Wlz en de Wmo/Jeugdzorg). De deezstelsels zijn verschillend gefinancierd en georganiseerd en sluiten in de praktijk vaak niet op elkaar aan, waardoor de continuïteit van zorgverlening en de financiering in het gedrang komen. Dit speelt vooral in de ouderenzorg. Er is dientengevolge veel bureaucratie. (2) De bezettingsnorm voor verpleeghuizen is een politiek probleem ('Kwaliteitskader'), er zijn veel meldingen van excessen in verpleeghuizen in de media. (3) De problemen in de geestelijke gezondheidszorg kunnen zeer groot genoemd worden (capaciteitsgebrek, werkdruk etc.).⁸ (4) Het aantal jongeren in de jeugdzorg neemt toe (2015>2016) en de gespecialiseerde jeugdzorg kent onmiskenbaar grote (overgangs?-) problemen sinds de decentralisatie naar gemeenten (beschikbaarheid, ondercapaciteit).⁹ Resumerend, er zijn grote problemen bij verschillende groepen (jongeren, ouderen, ggz) die vanuit een hoge beschavingsstandaard 'inhumaan' genoemd zou kunnen noemen.

Ad b. Klantgerichtheid - (1) De vrije artskeuze is een groot verworven recht. Maar de ongecontracteerde zorg (het 'hinderpaalcriterium') staat nog steeds ter discussie. (2) De eerstelijnszorg is zeer goed ontwikkeld en innovatief (nieuwe geïntegreerde zorgprocessen rondom specifieke patiëntgroepen) en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg is in internationaal opzicht zeer hoog. 98% heeft een vaste huisarts. (3) Ook de medische specialist is goed toegankelijk.¹⁰ Wachttijden voor electieve ingrepen zijn laag.¹¹ Nota Bene: De populaire EHCI-index legt de nadruk op de patiënt als zorgconsument en heeft dus de 'klantgerichtheid' als belangrijkste invalshoek, maar is niet gebaseerd op internationale wetenschappelijke databronnen.¹² Er zijn ook kanttekeningen: (4) Het Nederlandse zorgstelsel is niet-transparant.¹³ Het is heel moeilijk om inzicht te krijgen in de werkelijke kwaliteit van zorg van specifieke zorgaanbieders ('polisjungle'). Er is geen heldere relatie

tussen kosten en kwaliteit.¹⁴ (5) De Nederlandse bevolking is (toch) in meerderheid (54%) ontevreden over het eigen zorgstelsel en wil fundamentele veranderingen.¹⁵

3. Solidariteit en een rechtvaardige verdeling van lasten

Internationale gegevens van de OECD laten zien dat qua zorgmijding (*Unmet needs for health care due to cost: consultation or prescribed medicine skipped*) Nederland matig presteert, qua eigen betalingen doen we het met een laag percentage van 2,4% tamelijk goed (*Out-of-pocket medical spending as a share of final household consumption*).¹⁶ Zorgmijding als gevolg van kosten en eigen betalingen die een remmend effect hebben op de zorgvraag zijn dus van betekenis zo blijkt uit internationaal onderzoek.

Voor veel mensen zijn de kosten van de zorg niet meer op te brengen lezen we in de media. Mensen met lage en midden inkomens betalen soms 20 tot 25 procent van hun inkomen aan zorg. Het eigen risico werd in 2008 ingevoerd (150 euro) en bedraagt nu 385 euro. De zorgtoeslag is bedoeld als compensatie voor de lage inkomens. De inkomensgrens van de zorgtoeslag is verlaagd van 34 duizend euro in 2010 tot 28,5 duizend in 2018. Voor chronisch zieken en gehandicapten zijn de Compensatie Eigen Risico (CER) en de Wet tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (WTCG) afgeschaft. Zij zagen hun eigen betalingen in vijf jaar tijd flink stijgen.¹⁷ Deze kostenstijgingen voor mensen met een laag en middeninkomen leidden tot een 'uitval van zorgvraag'. Volgens het Nivel is het aantal zorgmijders inmiddels gestegen naar 10% tot 15%.¹⁸

Zijn mensen met hoge inkomens nog steeds bereid om mee te betalen aan de zorgkosten van mensen met lage inkomens? In 2012 stelde het SCP vast dat de bereidheid om mee te betalen aan gezondheidszorg voor anderen bij 80 procent van de bevolking aanwezig is. De toenemende aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van een gezonde leefstijl kan de solidariteit ondergraven. Volgens het Nivel is de solidariteit tussen 2013 en 2015 gedaald met gemiddeld 10% (naar zelf ervaren gezondheid van de bevolking).¹⁹

4. Financiering, betaalbaarheid en doelmatigheid

De betaalbaarheid van de zorg is al vijftig jaar een politiek thema. Op basis van de meest omvattende definitie 'zorg en welzijn' geven we er 96,7 miljard euro aan uit, oftewel 13,8% BNP (CBS). Meer gangbaar is het cijfer van 10,5% BNP (internationale definitie gezondheidszorg). Dit is circa een derde van de kosten van de gehele collectieve sector.

Nederland heeft na Noorwegen de jongste bevolking van de Europese landen²⁰, wat erop wijst dat de zorgkosten relatief laag zouden moeten zijn, maar met 10,5% BNP scoort Nederland in Europees opzicht gemiddeld.

Vanaf 2000 zijn de kosten van de totale gezondheidszorg zeer sterk gestegen.²¹ De zeer sterke kostenstijging in de cure is vanaf 2012 omgebogen met de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden. Op de kostenstijging in de care is vanaf 2015 een rem gezet met de decentralisaties naar gemeenten en de aanpassing van de Awbz naar de Wlz. Nederlanders betalen nu jaarlijks bijna 5700 euro aan zorgkosten.

In internationaal opzicht zijn de administratieve lasten van de zorg erg hoog, zorgverleners besteden 35% tot zelfs 50% van hun tijd aan registratieve verplichtingen.²² Dit kan als ondoelmatig worden gezien.

5. Samenvatting

Aan de hand van het framework van de WHO uit 2000 wordt de vraag beantwoord of het zorgstelsel voldoet aan drie fundamentele doelstellingen. Naast Nederlandse bronnen zijn drie internationale bronnen geraadpleegd: OECD, WHO en het Commonwealthfund. De beoordeling van de drie doelstellingen:

1. De individuele gezondheid (levensverwachting, medische invalshoek) gaat vooruit, maar blijft in internationaal perspectief iets achter. De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn nog groter dan ruim tien jaar geleden.
2. De bescherming van de individuele veiligheid en waardigheid staat voor verschillende groepen mensen onder druk. De klantgerichtheid is goed. De eerstelijnszorg presteert en functioneert uitstekend. Ook de medische tweedelijnszorg is goed toegankelijk. Maar de keuzevrijheid blijft in de ouderenzorg problematisch (ongecontracteerde zorg). Er is een gebrek aan transparantie.
3. Zowel de solidariteit als een rechtvaardige (en werkende) verdeling van lasten staan onder druk. Lage inkomensgroepen hebben steeds meer moeite om mee te betalen aan de eigen zorgbehoefte. Een meerderheid van de hele bevolking wil fundamentele veranderingen in het zorgstelsel.

De beschikbare middelen zijn in internationaal opzicht gemiddeld. De hoge overhead wijst op ondoelmatigheid.

Het Nederlandse zorgstelsel voldoet niet aan de drie fundamentele doelstellingen van de WHO. De Nederlandse gezondheidszorg presteert in modern Europa hooguit als een middenmoter.

Referenties

¹ Murray CJL, Frenk J . A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization 78(6); 2000.

² Life expectancy at birth: www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/

³ Zelfstandig onderzoek van data OECD-Health at a Glance 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017. Voor het eerst gepubliceerd in: Economisch Statistische Berichten. 2017;1
www.gijsvanloef.nl/2017/11/10/tendens-daling-kwaliteit-medische-zorg-t-o-v-eu14-zet-door-2007-2017-oeso/

⁴ Health care activities, OECD-Health at a Glance 2017. Zie bijvoorbeeld Medical technologies en Hip and knee replacement.

⁵ Zelfstandig onderzoek. Jaarberichten 2004, 2007, Jaarbeelden 2010, 2013, 2016. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

⁶ Kiers B . NZa: wachttijden zorg lopen de spuigaten uit. Zorgvisie; 15 januari 2018

⁷ Mackenbach JP . Erasmus Medisch Centrum; 2017. Zie ook het interview in het NTVG-Jubileumnummer uit 2006. P.89

⁸ Zie bijvoorbeeld het Pamflet voor De Nieuwe GGZ 21 oktober 2015: www.denieuweggz.nl

⁹ Jeugdhulp. Nederlands Jeugdinstituut: www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-voorziening/Aanbod-Jeugdhulp

¹⁰ Wammes J, van der Wees P, Westert G . International Health Policy Survey 2017, Onderzoek onder 65-plussers in 11 landen. IQ Healthcare; 22 december 2017

¹¹ Waiting times for elective surgery, OECD Health at a Glance 2017

¹² van den Berg M, Meering JW . De zorgstelselcompetitie. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg. oktober 2016.

¹³ OECD Health Policy Studies, Health Data Governance. OECD; 2015

¹⁴ Jeurissen P, Tanke M, Stadhouders N, Maarse H . Gereguleerde competitie en betaalbaarheid in de curatieve zorg. In: Betaalbare zorg. Den Haag: SDU; 2018. p 181-98.

¹⁵ Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D . International Profiles of Health Care Systems, Commonwealthfund; mei 2017. p 8.

Zie ook: Kieskamp W . Kiezers willen dat de overheid de zorg weer in handen neemt. Trouw 6 februari 2017.

¹⁶ Access to care, OECD-Health at a Glance 2017.

¹⁷ Nibud: www.nibud.nl/beroepsmatig/zorguitgaven-chronisch-zieken-5-jaar-gestegen/

¹⁸ Het eigen risico in de zorg. TNS 11 augustus 2016. p.17. Zie voor internationale data: Unmet needs for health care due to cost, OECD Health at a Glance 2017

¹⁹ van der Schors W, Brabers AEM, de Jong JD . Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel. NIVEL: Utrecht.

²⁰ Share of the population aged over 65 and 80 years, OECD-Health at a Glance 2017.

²¹ Als voetnoot 14. p.34.

²² Zie de beweging vanuit de beroepsgroepen naar meer professionele autonomie van Het Roer Moet Om naar (Ont)Regel de zorg: www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg Internationale vergelijking administrative efficiency: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/jul/mirror-mirror-international-comparisons-2017>