

EUROPESE TOPPOSITIE VAN NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG MOET WORDEN GENUANCEERD

Nederlandse zorg valt van haar voetstuk

Volgens politici en beleidsmakers is het Nederlandse zorgstelsel een van de beste, zo niet hét beste van Europa. Maar klopt dat wel? Hoe goed is onze zorg? Socioloog Gijs van Loef vergeleek allerlei indicatoren en nuanceerde die conclusie.

We denken in Nederland dat we het beste zorgstelsel van Europa hebben, maar is dat nog wel zo? Na een evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door ZonMw in 2009 en een vergelijkbare evaluatie door KPMG Plexus in 2014 is de kwaliteit van ons zorgstelsel niet meer in opdracht van de rijksoverheid in beeld gebracht. In 2009 concludeert ZonMw dat de invoering van de Zvw en Wet op de zorgtoeslag (Wzt) de zorg per saldo heeft verbeterd, maar ze spreekt ook van ernstige knelpunten en problemen. In 2014 concludeert KPMG Plexus dat de werking van de Zvw over het algemeen verbeterd is maar dat tegelijkertijd verdere verbeteringen noodzakelijk zijn, dat de zorginkoop zich positief heeft ontwikkeld, maar ook dat de *balance of power* tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden/patiënten moeilijk in kaart is te brengen. In beide evaluaties ontbreekt echter een vergelijking op onderdelen met zorgstelsels in andere landen.

Als je ons zorgstelsel vergelijkt met stelsels in andere moderne Europese landen in de afgelopen jaren, dan moet je vaststellen dat we onze leidende positie aan het verliezen zijn, terwijl de maatschappelijke kosten van de zorg disproportioneel toenemen.

Prestaties

Wereldgezondheidsorganisatie WHO hanteert een instrument om de prestaties van een land op het gebied

van gezondheidszorg te beoordelen: *A framework for assessing the performance of health systems*. De WHO kijkt onder meer naar de prestaties van het zorgstelsel in engere zin. Deze prestaties worden gegroepeerd rond drie doelstellingen: 1. Verbetering van de gezondheid en van de kwaliteit van de zorg. 2. Rekening houden met de wensen en verwachtingen van de bevolking. 3. Solidariteit en een rechtvaardige verdeling van de lasten. Ten slotte kijkt de WHO naar de publieke middelen die het zorgstelsel financieren, de som van belastingen, sociale premies en eigen betalingen. Wetgeving blijft in het WHO-instrument buiten beschouwing. Deze doelstellingen komen hierna achtereenvolgens aan de orde.

1 Verbetering van gezondheid en kwaliteit van zorg

De kwaliteit van de gezondheid en van de zorg is aan de hand van vijf criteria beoordeeld.

Zo neemt de levensverwachting bij geboorte – de meest gehanteerde specifieke indicator – toe, maar minder snel dan in andere landen. In 1980 had de Nederlander de op twee na hoogste levensverwachting van de wereld (75,7 jaar). Anno 2018 hebben twaalf landen een hogere levensverwachting dan wij, waaronder zeven Europese landen (Nederland: 81,8 jaar).

Uit een longitudinale vergelijking van relevante OECD-data blijkt dat de kwaliteit van de medische zorg – de tweede indicator – in vergelijking met andere Europese landen sinds 2006 geleidelijk achteruitgaat.¹

We moeten vaststellen dat we onze leidende positie aan het verliezen zijn



GETTY IMAGES

De *balance of power* tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden is moeilijk in kaart te brengen.

Van andere OECD-indicatoren ontbreken longitudinale datareeksen, zoals van *Access to care* (toegankelijkheid van de zorg) en *Health care activities* (het aantal MRI- en CT-scanners en het aantal heup- en knieprothesen). De toegankelijkheid van de zorg is goed in ons land, daar kom ik nog op terug. Qua genoemde *Health care activities* presteert Nederland echter ondergemiddeld.

Het aantal meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is tussen 2004 en 2016 verviervoudigd, van 3060 naar 11.900 meldingen. Dit is een opmerkelijke stijging die niet zomaar is toe te schrijven aan 'exogene verklaringen', zoals

een betere registratie en/of een grotere bereidheid om te melden dan voorheen. Er moet een relatie zijn met het nieuwe zorgstelsel dat veel complexer is geworden (de verschillende deelmarkten), waardoor verantwoordelijkheden diffuser zijn komen te liggen.²

De wachtlijsten nemen het laatste jaar toe. Patiënten moeten onacceptabel lang wachten op bepaalde behandelingen in het ziekenhuis en ook de wachttijden voor ambulances, wijkverpleging, langdurige zorg en ggz zijn te lang. De kwaliteit van de gezondheid en van de zorg wordt ook afgemeten aan de sociaaleconomische gezondheidsverschil-

len. Het verschil in gezonde levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden is in Nederland volgens de nieuwste cijfers veertien tot vijftien jaar en hoogopgeleiden leven zes jaar langer dan laagopgeleiden. De WRR constateerde onlangs dat de verschillen in de afgelopen jaren niet kleiner zijn geworden maar momenteel zelfs lijken op te lopen. In acht moderne Europese landen is het verschil in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleid minder groot dan hier.

2 Wensen en verwachtingen van de bevolking

De WHO maakt bij dit item een onderscheid in enerzijds de bescherming van de individuele veiligheid, privacy en waardigheid, en anderzijds de klantgerichtheid en toegankelijkheid van de zorg.

De bescherming van het individu komt in het geding als mensen moeten 'overstappen' op een ander deelzorgstelsel (Zvw, Wlz en de Wmo/Jeugdzorg). De deelstelsels 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 en het heeft veel bureaucratie tot gevolg.

De bezettingsnorm voor verpleeghuizen is een politiek probleem ('Kwaliteitskader'), er zijn veel meldingen van excessen in verpleeghuizen in de media.

De problemen in de geestelijke gezondheidszorg zijn zeer groot. Er is onder meer een gebrek aan capaciteit en de werkdruk is enorm hoog.

Het aantal jongeren in de jeugdzorg neemt toe en de gespecialiseerde jeugdzorg kampt met grote (overgangs) problemen sinds de decentralisatie naar gemeenten (beschikbaarheid, ondercapaciteit).

Naar deze onderwerpen is weinig internationaal vergelijkend onderzoek gedaan, afgezien van enkele studies op het gebied van de ggz.³ Maar resumerend kun je stellen dat er grote problemen zijn bij verschillende groepen (jongeren, ouderen, ggz-patiënten).

Ten aanzien van de klantgerichtheid is de vrije artskeuze een groot verworven recht. Maar de niet-gecontracteerde zorg staat nog steeds ter discussie.

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 procent heeft een vaste huisarts.

Ook de medisch specialist is goed toegankelijk. Wachttijden voor electieve ingrepen zijn laag. 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.

Toch is het macrobeeld niet goed. Het Nederlandse zorgstelsel is niet transparant. Het is heel moeilijk om inzicht te krijgen in de werkelijke kwaliteit van zorg van specifieke zorgaanbieders. Er is geen heldere relatie tussen kosten en kwaliteit. De Nederlandse bevolking is in meerderheid (54%) ontevreden over het eigen zorgstelsel en wil fundamentele veranderingen. De overgrote meerderheid denkt dat de marktwerking slecht heeft uitgewerkt en men wil meer overheidssturing. 57 procent van de Nederlanders wil dat de overheid in plaats van zorgverzekeraars de zorg regelt.

De Nederlandse bevolking wil dat de overheid de regie terugneemt

3 Solidariteit en een rechtvaardige verdeling van lasten

Volgens internationale gegevens van de OECD presteert Nederland matig op het gebied van zorgmijding (niet naar consultatie gaan: 10,3% in Nederland, acht Europese landen hebben een lager percentage; niet kopen van medicijnen: 6,7% in Nederland, vijf Europese landen hebben een lager percentage), maar qua eigen betalingen doen we het met een percentage van 2,4 procent op de totale consumptieve bestedingen van huishoudens behoorlijk (dit cijfer is exclusief eigen kosten voor *long term care*). Zorgmijding vanwege de kosten en eigen betalingen die een remmend effect hebben op de zorgvraag is dus van significante betekenis.

Voor veel mensen zijn de kosten van de zorg niet meer op te brengen, lezen we in de media. Mensen met lage en middeninkomens 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. Om de stijgende zorgkosten te compenseren krijgen lage-inkomensgroepen zorgtoeslag. Maar de inkomensgrens om hiervoor in aanmerking te komen is verlaagd van 34 duizend euro in 2010 tot 28,5 duizend in 2018. De Compensatie eigen risico (Cer) en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) zijn afgeschaft. Mensen met een laag en middeninkomen zagen hun eigen betalingen in vijf jaar tijd flink stijgen, wat heeft geleid tot een 'uitval van zorgvraag'. Volgens het Nivel is het aantal zorgmijders gestegen naar 10 tot 15 procent, maar hier zijn verschillende redenen voor.

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 80 procent van de bevolking wil meebetalen aan gezondheidszorg voor anderen. Maar de toenemende aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van een gezonde leefstijl kan deze solidariteit ondergraven. Volgens het Nivel is de solidariteit tussen 2013 en 2015 gedaald met gemiddeld 10 procent (naar zelf ervaren gezondheid van de bevolking).

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 procent van het bruto nationaal product (bnp) (CBS). Meer gangbaar is het cijfer van 10,5 procent bnp (internationale definitie gezondheidszorg). Nederland heeft na Noorwegen de jongste bevolking van de Europese landen. Je zou dus verwachten dat de zorgkosten relatief laag zijn, maar met 10,5 procent bnp scoort Nederland in Europees opzicht gemiddeld.

Vanaf 2000 zijn de kosten van de totale gezondheidszorg zeer sterk gestegen. De 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 per persoon aan zorgkosten. In internationaal opzicht zijn de administratieve lasten van de zorg erg hoog, zorgverleners besteden 35 tot zelfs 50 procent van hun tijd aan registratieve verplichtingen. Dit kan als ondoelmatig worden gezien.

Slotsom

Ons zorgstelsel voldoet niet aan de doelstellingen van de WHO. De Nederlandse gezondheidszorg presteert in modern Europa als een middenmoter. De kosten zijn in internationaal opzicht tot 2012 zeer sterk gestegen en daarna met de hoofdlijnenakkoorden 'bevroren'. Het heeft er de schijn van dat de kwaliteit sindsdien achteruitgaat. De hoge administratieve lastendruk wijst op een grote ondoelmatigheid van het stelsel. De Nederlandse bevolking wil dat de overheid de regie terugneemt. ■

contact

gvanloef@ziggo.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE BESTUURDER



HUGO KEUZENKAMP is bestuurslid van het Westfriesgasthuis in Hoorn

Was getekend

Een gewichtige taak van de ziekenhuisbestuurder is het zetten van handtekeningen. Zonder een ferme haal op de stukken in de tekenmap is mijn dag een beetje leeg. Mijn dag begint daarentegen goed als ik declaraties van managers, maar leuker nog, medisch specialisten, mag accorderen. De kosten van telefoon of autokilometers zijn zelden spannend, maar een cursus duikgeneeskunde op een tropisch eiland maakt mijn dag. Wat geeft het een goed gevoel dat deze kennis gedekt is, want als iemand in onze boerenwetering gekukeld is en de duikbrigade buiten adem op de SEH belandt dan moet iemand toch weten wat te doen! Dankzij mijn tekenmap weet ik dat de patiënt bij ons in veilige handen is. Tegenover declaraties staan contracten van leveranciers. Vroeger kreeg ik bij zo'n gelegenheid wel eens een fraaie vulpen cadeau, maar sinds wij de inkoop

hebben uitbesteed is dit niet meer wat het geweest is. Contracten met verzekeraars hebben ook hun romantiek verloren. Ooit mocht ik honderden pagina's per verzekeraar per pagina paraferen.

EEN CURSUS DUIKGENEESKUNDE OP EEN TROPISCH EILAND MAAKT MIJN DAG

Dat is verleden tijd: de contracten worden nu digitaal geaccordeerd in het Vecozo-portaal. Maar laatst had ik een geluksdag. Vanwege nieuwe regelgeving bij het Waarborgfonds voor de Zorgsector moest iets worden aangepast in onze bankcontracten. Niet één of twee, maar tientallen waarop ik handtekeningen mocht plaatsen, plus iedere keer datum, plaats en functie. Om voldoende werkplezier te houden maakte ik die functie steeds mooier en eindigde als schoonmaker. Daags daarna werd bekend dat ING een megaboete heeft gekregen omdat het de interne controles onvoldoende op orde heeft. Ik hoop dat het nog niet verbeterd is.