



Ons geld of ons leven

Auteur(s):

Ven, M.-P.M., van de
Praag, B.M.S., van

De eerste auteur is economisch journalist. De tweede auteur is hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam.

Verschenen in:

ESB, 85e jaargang, nr. 4268, pagina 660, 1 september 2000

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg heeft een goede reputatie. Volumebeperking leidt echter tot kwaliteitsverlies. Hogere uitgaven komen de kwaliteit ten goede.

Idealiter berust een oordeel over het zorgsysteem op een expliciete en actuele evaluatie van de Nederlandse gezondheidszorg ten aanzien van haar materiële aspecten in vergelijking met soortgelijke buitenland. Het doel van dit artikel is het intuïtieve oordeel over kwaliteit en kosten te toetsen aan enige actuele gegevens. Onze indruk is het tegenovergestelde van de communis opinio. Op het gebied van het geld doet Nederland het niet slecht, maar op het vlak van de kwaliteit van het aanbod doen we het minder goed dan we zelf denken.

Vooraf moet worden opgemerkt dat elke maatstaf die wordt aangelegd in feite een surrogaat is voor de enige parameters die werkelijk iets kunnen zeggen over de kwaliteit van de zorg, namelijk, hoe snel en volledig artsen en medicijnen erin slagen patiënten te genezen en ziektes te voorkomen. De keuze van surrogaat-parameters zoals de levensverwachting is enigszins arbitrair en hangt mede af van de beschikbaarheid van data. Bijna alle vergelijkende analyses tussen landen vinden echter plaats op basis van dit soort indicatoren en wij volgen dit gebruik. Wij hebben voor enige OESO-landen een aantal cijfers naast elkaar gezet (zie [tabel 1](#)).

Tabel 1. Enige parameters van zorgsystemen

	Nederland	België	Duitsland	Frankrijk	Japan	VK	VS
vergrijzingsdruk ^{97a}	18,3	21,6	22,7	20,5	22,6	20,9	16,4
TEH ⁹⁷ in procenten bn ^{pb}	8,5	7,6	10,7	9,6	7,2	6,8	13,9
TEH ⁹⁷ in US dollars k ^{pc}	1933	1768	2364	2074	1760	1391	4095
bevolkingsdeel in ziekenfondsd	62%	99%	90%	95%-98%	95%-98%	100%	30%
eigen bijdrage ziekenfondse	0%	10%-30%	n.b.	26%	20%-30%	n.b.	6,5%
onverzekerd ^f	1%	1%	0-1%	2%-5%	2%-5%	0%	15%
wachttijdproblematiek ^g	ja	nee	nee	nee	nee	ja	nee
keuze- en toegangsvrijheid ^h	nee	ja	ja	ja	n.b.	nee	ja
aantal huisartsen per 1000	0,5	1,5	1	1,5	n.v.t.	0,6	0,8
inwoners ⁱ							
aantal oogartsen per 1000	0,04	0,1	0,08	n.b.	n.b.	0,01	n.b.
inwoners ^j							
aantal specialisten per 1000	0,9	1,5	2,2	1,5	n.b.	n.b.	1,5
inwoners ^k							

a. Procenten van de populatie ouder dan zestig jaar, *World Health Report*, 2000.

b. Totale uitgaven gezondheidszorg (TEH) in procenten van het bn, *OECD Health Data*, 1999.

c. Totale uitgaven gezondheidszorg (TEH) per hoofd in US dollar koopkrachtpariteit, *OECD Health Data*, 1999.

d. Nationale ministeries van Volksgezondheid, 2000.

e. Eigen bijdrage aan gemaakte zorgkosten, afgezien van ziekenfondspremies. Nationale ministeries van Volksgezondheid, 2000.

f. In procenten van de bevolking. CBS, Haut Comité de Santé Publique, Nationale ministeries van Volksgezondheid, 2000.

g. Nationale ministeries van volksgezondheid, Enquête 2000.

h. Keuze- en toegangsvrijheid voor patiënten met betrekking tot specialisten. ministeries van Volksgezondheid, specialistenverenigingen, 2000.

i. OESO 1997; België: OESO 1995; Nederland: CBS 1997; Verenigd Koninkrijk: UK Department of Health 2000.

j. Nationale bureaus voor de statistiek, Nationale ministeries van Volksgezondheid, KNMG, 2000.

k. Nederland: CBS 1999; België 1992, Duitsland 1997, Frankrijk 1997, Verenigde Staten 1997: *OECD Health Data*, 1999.

Zijn wij zo duur?

De OESO-cijfers over de totale uitgaven aan gezondheidszorg ('total expenditure on health') zijn matig vergelijkbaar, in het bijzonder voor

vele landen waar patiënten eigen bijdragen verschuldigd zijn. Frankrijk, België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk hebben uitgaven uit de hand ('out-of-pocket expenses') waarvan de omvang niet bekend is. Japan heeft de kosten voor verloskunde niet meegerekend, evenmin als uitgaven die gedeeltelijk onverzekerd zijn zoals maaltijden in ziekenhuizen. Voor Engeland zit de particuliere sector er niet in ¹. Veelal zijn de werkelijke kosten hoger dan de OESO-cijfers weergegeven. Dit geldt niet voor Nederland, waar betalingen 'uit de hand' en eigen bijdragen in principe niet voorkomen.

We kunnen dus aannemen dat Nederland relatief weinig aan gezondheidszorg uitgeeft. Dit is des te opmerkelijker omdat wij nog een relatief grote particuliere sector hebben ². Het vrij lage Nederlandse uitgavenniveau hangt ten dele samen met de relatief lage grijze druk. Naarmate onze bevolking de komende decennia verder vergrijsd zal het budget, bij gelijkblijvend zorgniveau, stijgen.

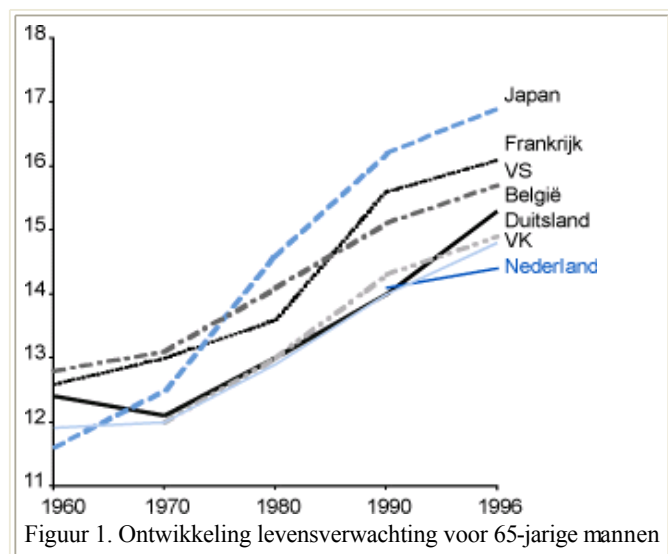
De lage Japanse uitgaven zijn deels te verklaren uit de afwezigheid van professionele geriatrische zorg. Deze wordt met ingang van dit jaar opgezet. Daarnaast heeft Japan diverse medische technieken met vertraging ingevoerd. Dit is geen kwestie van technologische achterstand, maar van terughoudendheid. De vraag dringt zich op waar Japan zijn opmerkelijke vooruitgang in de levensverwachting aan dankt ³.

De opvallend hoge uitgaven van de Verenigde Staten kunnen worden geweten aan de veel meer defensieve geneeskunde, het ontbreken van een met Nederland vergelijkbare eerste lijn (onder andere huisartsen) en terughoudendheid van de overheid. Het Verenigd Koninkrijk heeft veruit het kleinste zorgbudget. Dit jaar is echter het grootste investeringsprogramma uit de geschiedenis van de National Health Service in gang gezet. In vier jaar tijd wordt het budget opgetrokken tot anderhalf maal het huidige niveau.

Concluderend zijn de totale zorguitgaven in Nederland relatief laag: de werkelijke totale uitgaven aan gezondheidszorg zijn buiten Nederland neerwaarts vertekend door eigen bijdragen, betalingen uit de hand en overige posten. Daarnaast hebben Japan en het Verenigd Koninkrijk, die thans de laagste totale uitgaven aan gezondheidszorg hebben, onlangs tot omvangrijke investeringsprogramma's besloten.

Goede kwaliteit aanbod?

De belangrijkste indicator is de gemiddelde levensverwachting. Deze is voor mannen in [figuur 1](#) op bladzijde 662 weergegeven. Aanvullende gegevens zijn te vinden via de verwijzing aan het einde van dit artikel.



In 1960 had Nederland zeer royaal de hoogste levensverwachting van de vergeleken landen. Tussen 1970 en 1996 werd gestaag terrein verloren. In 1996 handhaafde Nederland zich voor de totale levensverwachting achter de Japanse mannen en vrouwen en achter de Franse vrouwen, voor 65-jarigen vond ons land alleen nog de Engelse vrouwen achter zich en voor tachtigjarigen zijn we hekkensluiter geworden. In de relatieve ontwikkeling van de levensverwachting over de periode 1960-1996 komt Nederland achter alle overige onderzochte landen. De situatie in 1996 wordt weergegeven in [tabel 2](#).

Tabel 2. Gemiddelde levensverwachtingen naar land in jaren, 1996

	België	Frankrijk	Duitsland	Japan	Nederland	VK	VS
vrouwen bij geboorte	80.2	82.0	79.9	83.6	80.4	79.5	79.4
mannen bij geboorte	73.5	74.2	73.6	77.0	74.7	74.3	72.7
vrouwen van 65 jaar	19.7	20.7	18.6	21.5	18.6	18.3	18.9
mannen van 65 jaar	15.3	16.1	14.9	16.9	14.4	14.8	15.7
vrouwen van tachtig jaar	8.7	9.2	8.1	9.9	8.1	8.5	8.9
mannen van tachtig jaar	6.7	7.3	6.6	7.5	6.2	6.6	7.3

Bron: OECD Health Data, 1999.

Het knelpunt lijkt bij ouderen te liggen. Bij analyse valt op dat de algemene levensverwachting, de levensverwachting voor 65-jarigen en de levensverwachting voor tachtigjarigen in de meeste landen tamelijk gelijkmatig zijn, wat wil zeggen dat wie hoog of juist laag scoort

voor de algemene levensverwachting, dit meestal ook doet voor de levensverwachting voor 65- en tachtigjarigen. Japan staat bijvoorbeeld in alle drie de categorieën op de eerste plaats. Dit geldt niet voor Nederland en de Verenigde Staten. In de Verenigde Staten stijgt de residuele levensverwachting met de leeftijd. In Nederland daalt ze. Voor de Verenigde Staten ligt een relatie met de maatschappelijke en medische tweedeling voor de hand, aangezien deze tot een proces van selectie van relatief gezonde personen leidt. Voor Nederland hebben wij geen verklaring. De oorzaak ligt niet op het incidentele vlak zoals een groot aantal griepslachtoffers in enig jaar, noch in de grijze druk, die hier juist relatief laag is.

Wachttijden

Een andere belangrijke parameter is de wachttijd voor ingrepen en behandelingen. Op zichzelf is het normaal dat er enige tijd verstrijkt voordat men voor niet-acute medische hulp terecht kan. Wij inventariseerden of er naar het oordeel van het nationale ministerie van Volksgezondheid, danwel van deskundige, in de nationale zorgsector werkzame personen, sprake was van een 'wachttijdprobleem'.

Behalve in Nederland bleek dit alleen het geval in Engeland. Nadere analyse van data van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en van de National Health Service laten geen nauwkeuriger conclusie toe dan dat beide landen een aanzienlijke wachttijdproblematiek gemeen hebben. Afgezien van wachttijden voor transplantaties, door gebrek aan donors, had geen van de overige landen een wachttijdprobleem.

Weinig specialisten

Een en ander heeft ongetwijfeld te maken met de specialistendichtheid die in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk structureel laag is. Een aantal oogartsen in Nederland van 0,4 per duizend inwoners lijkt krap bemeten, wanneer dat cijfer in Duitsland en België het dubbele bedraagt. In het algemeen blijkt het aantal specialisten in vergelijkbare landen waarvan de cijfers bekend zijn circa anderhalf maal zo hoog te zijn, waarbij elders niettemin zorg bestaat over het feit dat artsen en specialisten uit de baby-boomgeneratie tegelijk met hun patiënten met pensioen zullen gaan.

De lage Nederlandse specialistendichtheid valt terug te voeren op de jarenlange bezuinigingen op de instroom in medische universitaire studies (numerus clausus). Opgemerkt wordt dat de vergrijzingsdruk bij ons onder het gemiddelde ligt, zodat er in principe ook minder artsen nodig zijn. Het verschil in specialistendichtheid is echter wel groter dan het verschil in demografische opbouw rechtvaardigt en dit is ook één van de oorzaken van de wachtlijsten. Daarnaast is het niet zo dat Nederland minder vergrijzing te wachten staat dan andere landen, alleen zet deze later in en voltrekt ze zich sneller.

Tot op zekere hoogte kan een hoge huisartsendichtheid een lage specialistendichtheid compenseren. Vergeleken met één huisarts per duizend inwoners in Duitsland en 1,5 in België en Frankrijk, is echter ook het aantal huisartsen in Nederland met 0,5 per duizend inwoners laag.

Tenslotte is de toegankelijkheid van de zorg belangrijk. In de meeste landen hebben patiënten rechtstreeks toegang tot de specialist. In Nederland en Engeland moet men eerst langs de huisarts.

De conclusie is dat Nederland het voor een aantal kwaliteitsparameters betrekkelijk slecht doet: de ontwikkeling van de levensverwachting blijft achter bij die van de andere landen, de toegang tot en de effectieve beschikbaarheid van medische zorg is stroef en de aantallen artsen en specialisten per inwoner zijn relatief laag.

Conclusies en aanbeveling

Anders dan intuïtief vaak wordt verondersteld is de Nederlandse gezondheidszorg in vergelijking met soortgelijke buitenlanden niet duur maar relatief goedkoop. Daarentegen doet Nederland het op een aantal kwaliteitsaspecten niet bijzonder goed. De ongunstige ontwikkeling van de levensverwachting voor ouderen, die traditioneel tot de sterke punten behoorde, in het bijzonder voor ouderen, springt in het oog. In hoeverre het één met het ander samenhangt is een vraag die wij niet hebben geanalyseerd. Tot op zekere hoogte is er natuurlijk altijd een afruil tussen de prijs en de kwaliteit van een systeem. Het Amerikaanse systeem illustreert echter dat méér geld niet automatisch evenredig betere zorg oplevert (zie [figuur 1](#)). Anderzijds leidt een grote discrepantie tussen het budget en het volume van de vraag naar zorg natuurlijk wel tot kwaliteitsverlies in de vorm van technologische veroudering, wachtlijsten en andere pijnlijke rantsoenering.

Wachtlijsten onnodig

In de discussie over het Nederlandse systeem wint de opvatting terrein dat rantsoenering onlosmakelijk samenhangt met een 'alles-voor-iedereen' collectief systeem en dat een universele volksverzekering zonder rantsoenering niet langer betaalbaar zou zijn. Onze inventarisatie zoals weergegeven in [tabel 1](#) weersprekt dit. Frankrijk, België en Japan demonstreren dat een volksverzekering zonder wachtlijstproblematiek, gecombineerd met een hoge levensverwachting, nog steeds mogelijk en betaalbaar is, en ook goedkoper is dan het Amerikaanse gedifferentieerde systeem. Weliswaar kent de Engelse volksverzekering sterke rantsoenering maar, zoals de Engelsen zelf ook inzien, is de oorzaak niet gelegen in het systeem maar in het budget. Zoals toegelicht, liggen de Nederlandse zorguitgaven per hoofd van de bevolking verder onder het gemiddelde van de vergeleken landen dan de OESO-cijfers weergeven. Men kan zich afvragen of de jarenlange fixatie op de macro-economische kosten niet te ver is doorgeschoten.

Aanbeveling

De Nederlandse situatie wijkt inmiddels vrij sterk af van wat in soortgelijke buitenlanden gangbaar is. Als Nederland haar medische zorg in overeenstemming zou brengen met het gemiddelde in soortgelijke landen, zou het aantal medisch specialisten moeten worden uitgebreid met 65 procent, waarvan het aantal oogartsen met veertig procent. Het aantal huisartsen zou verdubbelen. Het budget zou worden opgerekt met ruim 0,6 procent van het bnp en per hoofd zou de Nederlander geleidelijk aan veertien procent van de zorgkosten gaan bijdragen in de vorm van een (deels verzekeraar) eigen risico. Dit internationaal gangbare bedrag is inclusief dispensatie voor

aow-ers en laagste inkomens. Dergelijke grote aanpassingen zijn aantrekkelijk noch gemakkelijk, maar uiteindelijk zal het overgrote deel van de Nederlandse bevolking de prijs voor medische zorg waarschijnlijk toch liever in geld betalen dan in wachttijden of levensjaren ⁴

1 Hoewel de private sector in het Verenigd Koninkrijk sterk groeit, is ze minder groot dan vaak wordt gedacht. In 1997 bedroegen de private kosten voor acute zorg, gerekend als de kosten van onafhankelijke ziekenhuizen, privé-klinieken, particuliere behandelingen en particuliere specialisten, circa 0,3 procent van het bnp (opgave Laing & Buisson, *Healthcare Market Review*, 1998).

2 Daarvoor geldt echter dat via de Wet Tarieven Gezondheidszorg de verrichtingen-pakketten en de daarvoor geldende tarieven gelijk zijn aan die voor het ziekenfonds.

3 Wij hebben dit niet geanalyseerd. Behalve aan nadruk op preventie en screening en aan ouderenzorg die in handen van de kinderen ligt, valt te denken aan een dagelijkse calorie-inname van twintig procent onder het gemiddelde van de landengroep (*OECD Health Data*, 1999).

4 Voor meer informatie en een literatuurlijst: <http://www.cwi.nl>