

Artikel 13 januari 2020

Wie heeft het beste zorgstelsel van Europa?

[Zorgmanagement](#)

Volgens de Euro Health Consumer Index (EHCI) behoort de Nederlandse zorg tot de beste van Europa. Maar als het gaat om het meest efficiënte zorgsysteem (Bloomberg-ranglijst) en prestatie van een zorgstelsel bij de behandeling van die ziektes (HAQ) scoort Nederland slechter. Zijn deze ranglijsten vergelijkbaar en wat zeggen ze over wie heeft het beste zorgstelsel van Europa heeft?



Verschuillende internationale ranglijsten meten verschuillende prestaties.

- De **EHCI** meet prestaties van een zorgstelsel vanuit het consumentenperspectief (tevredenheid), gebaseerd op een willekeurige lijst van 40 indicatoren.
- De **HAQ score** meet de prestatie van een zorgstelsel bij de behandeling van die ziektes, gebaseerd op 32 doodsoorzaken die óf vermijdbaar zijn, óf doeltreffend met medische zorg kunnen worden behandeld.
- De **Bloomberg ranglijst** is op basis van de efficiëntie van zorgstelsels gerangschikt op drie criteria: levensverwachting (gewogen 60%), de relatieve kosten per hoofd van de bevolking van de gezondheidszorg (30%); en absolute kosten per hoofd van de bevolking van de gezondheidszorg (10%).

Vergelijkbaarheid ranglijsten

De internationale ranglijsten die zorgstelsels met elkaar vergelijken zijn erg verschuillend van elkaar. Ze baseren zich op verschuillende criteria zoals:

- beoordelingscriteria (gezondheid, toegankelijkheid, kwaliteit van zorg, doelmatigheid, vraaggerichtheid) en de onderlinge wegingen hiervan;
- normen en waarden, bijvoorbeeld opvattingen over solidariteit in een land;

- perspectieven: bijvoorbeeld van de belastingbetaler (collectieve zorguitgaven), verzekerde (hoogte van de premie), patiënt (de beste zorg, inclusief vrije artsenuitgaven, bereikbaarheid, wachttijden/lijsten).

De hoogte van de zorgkosten zijn één van de weinige data die vrij eenduidig te meten zijn.

Bij de interpretatie van de verschillende ranglijsten moet rekening worden gehouden met de methodologie en betrouwbaarheid van de gebruikte data. Zo is er het probleem van de eenduidigheid van data, de verschillende wijzen waarop de data worden verzameld, verschillen in de kwaliteit van de data en in de beschikbaarheid ervan. De hoogte van de zorgkosten zijn één van de weinige data die vrij eenduidig te meten zijn.

Wat is het beste zorgsysteem?

Je zou kunnen verwachten dat landen met hoge zorguitgaven (en daarmee breed basispakket en dekking) over het algemeen lage eigen betalingen hebben. Kijken we naar de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld levensverwachting en ervaren gezondheid), dan zou je verwachten dat hogere zorguitgaven leiden tot bijvoorbeeld een hogere levensverwachting.

De zorguitgaven (% bbp) en de hoogte van de eigen betalingen lijken geen direct verband met elkaar te hebben.

De zorguitgaven (% bbp) en de hoogte van de eigen betalingen lijken geen direct verband met elkaar te hebben. De landen met de hoogste zorguitgaven (Zwitserland, Frankrijk, Duitsland, Zweden en Denemarken) zijn niet allemaal dezelfde landen als die met de laagste eigen betalingen (Frankrijk, Luxemburg, Nederland, Ierland, Duitsland). En de landen met de laagste zorguitgaven (Turkije, Roemenië, Luxemburg, Polen, Slowakije) zijn niet allemaal dezelfde als de landen met de hoogste eigen betalingen (Griekenland, Zwitserland, Portugal, Spanje, Polen).

Wie leeft in Europa het langst?

In 2017 was de levensverwachting bij de geboorte voor de Nederlandse bevolking 81,8 jaar, bijna een jaar meer dan het EU-gemiddelde (80,9 jaar), maar ongeveer anderhalf jaar minder dan voor Spanje.

Kijken we naar de levensverwachting [\[1\]](#) vanaf de geboorte, dan is de levensverwachting het hoogst in Spanje, Italië, Frankrijk, Noorwegen en Zweden. Landen met de laagste de levensverwachting zijn Slowakije, Polen, Turkije en Tsjechië.

Aan de hand van de OECD cijfers lijkt er een verband te bestaan tussen de hoogte van de zorguitgaven en de levensverwachting, maar hierbij spelen nog tal van andere factoren een rol.

Bij levensverwachting speelt levensstijl een niet onbelangrijke rol. Nederlanders leven qua drank en roken relatief gezond, maar er zijn aanwijzingen dat de leefwijze in mediterrane landen (minder vlees, minder boter, meer olijfolie, meer verse groenten) nog een stuk gezonder is en betere resultaten oplevert.

Wie in Nederland kanker krijgt, heeft lagere overlevingskansen dan in menig ander land. Wat is daar dan de verklaring voor? Slechtere zorg? Ligt het aan het type kanker? Verschillen in diagnosestelling en/of registratie?

Kijken we naar een willekeurige andere indicator, bijvoorbeeld de keuzevrijheid van de burger voor verzekeraar/zorginkoper, dan bestaat er geen verband met de levensverwachting. Sommige landen met een hoge levensverwachting (Frankrijk, Spanje en Italië) scoren laag op de keuzevrijheid van 'verzekeraar/zorginkoper'.

Het perspectief waaruit je kijkt kleurt ook de wijze waarop je de ranglijsten beoordeelt. Als belastingbetaler zal je vooral kijken naar de collectieve zorguitgaven, als verzekerde naar de hoogte van de premie, als patiënt naar de beste zorg (levensverwachting, sterftecijfers e.d.).

Gluren bij de burens

Zoals beschreven meten verschillende ranglijsten verschillende zaken (stelselkenmerken en de kwaliteit van de zorg), waartussen (nog) geen verband aan te tonen is. De huidige internationale ranglijsten bieden geen oplossingsrichtingen om zorgstelsels te verbeteren ten baten van de kwaliteit van zorg. Het is dan ook niet mogelijk om op basis van deze vergelijkingen uitspraken te doen over hoe 'goed' of 'slecht' een zorgstelsel is. Wel kan iets worden gezegd over de onderliggende verbanden en over de relatie met het actuele beleid, om vervolgens na te gaan of verschillen tussen landen op specifieke beoordelingscriteria zijn terug te voeren op verschillen in beleid.

Gluren bij de burens kan dus zeker wel zinvol zijn!

Voetnoot:

[1] OECD Health data, extracted September 2019

Dit artikel is deel 6 van een serie. Lees hier [deel 1](#) – [deel 2](#) – [deel 3](#) – [deel 4](#) – [deel 5](#).

Door: Dr. Yvonne van Kemenade



Yvonne van Kemenade is ruim 30 jaar werkzaam in de gezondheidszorg en heeft verschillende artikelen en boeken geschreven. Ze heeft verschillende functies bekleed: onderzoeker/docent aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (ESHPM), adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS), strategisch adviseur Albert Schweitzer ziekenhuis en bestuurder van een Zorggroep. Mevrouw Van Kemenade werkt momenteel als freelance consultant en is lid van verschillende raden van toezicht (www.yvonnevankemenade.nl).