

RIVM rapport 271558 001

**Nederland Gezond beoordeeld?**

Analyse van internationaal vergelijkende rapporten  
over zorg en gezondheid

PW Achterberg, PGN Kramers, EA van der Wilk

Maart 2001

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van project 271558, Public Health Internationaal.



**Abstract**

In the year 2000 several reports appeared which analysed Dutch health care and health status from an international perspective. These include the 'World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance', a country-report for the Netherlands by the OECD, and two 'national' reports, by the Social and Cultural Planning Bureau (SCP) and by the Ministry of Social Affairs and Labour (SZW). The Ministry of Health Welfare and Sports (VWS) has asked the RIVM to analyse these reports. Methods and data were analysed as well as the scope and concepts that were used and the results were compared with a view on their importance for Dutch health policy.

WHO has developed a new and visionary model to describe 'health system performance' of all 191 member countries. The broadly defined concept of a 'health system' includes all actions contributing to better health. Five indicators were used: Health status (level and distribution), Responsiveness of the system (level and distribution) and 'fairness' (of financial contribution). The methods are the subject of much discussion and the exercise has been characterised by a substantial lack of real data, which has been substituted by estimates and extrapolations. On this basis, the Netherlands ended in a 17<sup>th</sup> position in a world ranking list. No clear messages for national health policy can be derived from this result, however. Still, it is recommended to actively participate in further development of the concept and to improve the delivery of national data. Parallel developments are going on in a more transparent fashion within the OECD framework.

The chapter on health in the OECD country report has followed an audit-like methodology. It generally confirms the current policy intentions of the Dutch Ministry of Health: more competition in the health care sector, more education and training facilities for health care personnel, focus on guidelines and standards and on uniform registration of waiting lists. Dutch healthcare costs are judged average in the OECD report with a relatively low number of doctors. Health status as measured by life expectancy, perinatal and infant mortality is about average.

The SZW report is motivated by the question whether a good social policy can be combined with a situation of high economic growth. The larger EU countries and the US are considered for comparison. Six indicators were considered: health care costs, efficiency of care, health status, accessibility and satisfaction of care and as cost containment measures. Relatively good scores are obtained for 'social' aspects of health care (accessibility, satisfaction), average scores for costs and health and relatively bad scores for financial aspects of cost containment and efficiency. The validity of some of the applied indicators is considered limited.

The SCP report describes various aspects of health status and health care and some other health determinants, mainly from a EU perspective. Among other things, it presents some unfavourable trends. Dutch infant mortality rates have decreased rather less than in most other EU-countries. Similarly, Dutch male and especially female life expectancies increased relatively little. A high satisfaction of the Dutch with their health care system is noticed and although the system is judged a bit expensive the health care package that is received for the money is rather broad.

Some of the conclusions from these reports, namely that Dutch life expectancy and mortality around birth are improving more slowly than in other countries of the European Union, has urged the Ministry of Health request the RIVM for two more detailed analyses of these unfavourable trends.



**Inhoud**

Abstract

Samenvatting	7
1. Inleiding, doel, werkwijze	11
2. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance	13
3. OECD Economic Surveys: the Netherlands	19
4. De Nederlandse verzorgingsstaat: Sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief (SZW)	25
5. Sociaal en Cultureel Rapport 2000: Nederland in Europa	29
6. Andere vergelijkende publikaties over gezondheid en zorg	33
7. Vergelijkende conclusies over de verschillende rapporten	35
8. Conclusies voor beleid	39
9. Literatuur	43
Bijlage 1: Wat vinden Nederlandse experts?	45
Bijlage 2: Uitwerking van de DALE berekening in het WHO2000 rapport	51
Bijlage 3: Mening van buitenlandse experts over het WHO2000 rapport	53
Bijlage 4: Lijst met achtergrondrapporten bij het WHO2000 rapport	59
Bijlage 5: Indicatoren en aandachtsgebieden in vergelijkende rapporten over de Nederlandse gezondheid en zorg	61
Bijlage 6: Lijst met gebruikte afkortingen	63



## Samenvatting

### *Nederland internationaal gezien Anno 2000*

Internationaal vergelijken is 'in'. De eind september 2000 uitgekomen 'Beleidsagenda 2001' van het Ministerie van VWS noemt het belang daarvan aan de hand van recente publikaties van de WHO en de OECD die de Nederlandse gezondheid en zorg in internationaal perspectief vergelijken en beoordelen. Dit internationaal vergelijkingskader is ook het thema van het Sociaal en Cultureel Rapport 2000 en de rapportage 'De Nederlandse verzorgingsstaat' van het Ministerie van SZW. Steeds is de vraag: Doen we het beter of slechter dan onze buurlanden? Maar nog belangrijker: Wat kan het Nederlandse beleid van deze vergelijkingen leren?

In dit rapport is op verzoek van het Ministerie van VWS een nadere analyse gepresenteerd van de vier genoemde rapportages. Hierbij zijn de volgende vragen gesteld:

- (1) Wat zijn de positie, doel, rijkweidte en structuur van de rapporten?
- (2) Welke aspecten van gezondheid en zorg worden vergeleken, en hoe zijn deze door indicatoren geconcretiseerd en met gegevens onderbouwd?
- (3) Welke resultaten heeft dit opgeleverd?
- (4) Zijn de getrokken conclusies gerechtvaardigd, en wat kunnen lessen zijn voor het beleid?

Hieronder vatten we de inhoud van de vier rapportages en onze analyses daarvan zeer beknopt samen.

### *WHO (WHO Report 2000: Health Systems: Improving Performance):*

Alle lidstaten van de WHO zijn in een rangorde geplaatst wat betreft hun 'performance of the health system'. Het hiertoe ontwikkelde visionair vormgegeven concept omvat vijf indicatoren: gezondheid (niveau en verdeling), cliëntgerichtheid ('responsiveness'; niveau en verdeling) en de eerlijkheid ('fairness of financial contribution'). De WHO visie op een adequaat gezondheids(zorg)systeem gaat uit van vraaggerichtheid, brede toegankelijkheid, eerlijke financiering, verantwoordelijk leiderschap, en veronderstelt impliciet een sterke rol van het zorgsysteem bij het handhaven van een goede gezondheid. De verder gevolgde methodiek voor de beoordeling van landen is nog sterk in discussie. Met name is er veel kritiek op de invulling van het concept met gegevens en met schattingen waar deze gegevens ontbreken, en op het gebrek aan transparantie van de resultaten. Hierdoor kan aan het rangnummer voor Nederland (17e plaats) nauwelijks betekenis worden gehecht en kunnen aan de resultaten geen leermomenten worden ontleend. Toch is het concept uitdagend genoeg om te rechtvaardigen dat Nederland actief in de verdere ontwikkeling ervan participeert.

### *OECD economic surveys: The Netherlands*

Het OECD landenrapport bespreekt de Nederlandse gezondheidszorg vanuit een economische invalshoek. Het betreffende hoofdstuk is voorzien van vergelijkende tabellen uit het OECD gegevensbestand over gezondheid, zorggebruik en kosten. Bevindingen zijn onder meer: zorguitgaven circa gemiddeld; relatief laag aantal artsen en medische opleidingsplaatsen; levensverwachting, zuigelingensterfte en perinatale sterfte circa gemiddeld.

Er worden in beperkte mate conclusies verbonden aan deze observaties. De aanbevelingen voor het beleid betreffen onder andere: meer concurrentie binnen het zorgsysteem; meer opleidingsplaatsen in de medische sector; het definiëren van standaardprocedures in de zorg; het regelmatig 'benchmarken' van zorginstellingen; het invoeren van een uniforme registratie van wachtlijsten; terugdringen van de kosten van medicijnen; verbeteren van het preventiebeleid, vooral gericht op specifieke groepen met een gezondheidsachterstand. De OECD heeft in een andere studie aanzetten gegeven voor het ontwikkelen van een conceptueel raamwerk voor vergelijking van zorgsystemen.

SZW 2000: De Nederlandse verzorgingsstaat. Sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief

Het SZW2000 rapport is vooral gemotiveerd door de vraag of een goed sociaal beleid te combineren is met een voorspoedige economische ontwikkeling. Het Nederlandse zorgsysteem wordt aan de hand van zes indicatoren vergeleken met een aantal van de grotere buurlanden plus de Verenigde Staten.

De zes indicatoren zijn: uitgavenquote, doelmatigheid, gezondheidstoestand, toegankelijkheid, tevredenheid met de zorg en kostenbeheersing. Nederland 'scoort' relatief goed voor voor de sociale aspecten van de zorg (toegankelijkheid, tevredenheid), gemiddeld voor de uitgavenquote en de gezondheid en relatief slecht voor de financieel-economische aspecten kostenbeheersing en doelmatigheid.

De keuze van de zes indicatoren is plausibel gegeven de gemengde sociale en economische invalshoek. Bij de invulling met gegevens is vrij pragmatisch te werk gegaan, en voor een aantal indicatoren is de vraag of ze meten wat ze suggereren te meten. Daarom hechten we weinig waarde aan de score op zich zelf. De gepresenteerde gegevens en analyses bevatten interessante elementen. De aandachtspunten voor het beleid liggen grotendeels in het verlengde van de analyses van het OECD landenrapport.

#### *Sociaal en Cultureel Rapport 2000: Nederland en Europa*

Het SCP rapport beschrijft meer aspecten van gezondheid dan OECD en SZW. Het gaat meer in op trends en voert op de gepresenteerde gegevens enkele analyses uit. Een belangrijke conclusie is dat Nederland de laatste decennia t.a.v. zuigelingensterfte en levensverwachting (vooral bij vrouwen) door diverse EU-landen is ingehaald. Ook kent Nederland relatief veel rokers.

Over de Nederlandse gezondheidszorg wordt gesteld dat de medische consumptie relatief laag is. De uitgaven voor de zorg zijn aan de hoge kant, maar daar staat tegenover dat de Nederlandse bevolking kan beschikken over een breed pakket aan voorzieningen. Er wordt in dit SCP rapport, evenals in de rapporten van OECD en SZW, onderzoek aangehaald waaruit blijkt dat Nederlanders binnen de EU relatief tevreden zijn over hun zorgsysteem.

Bij een korte bespreking over kenmerken van zorgstelsels in diverse landen en de hervormingen daarvan signaleert SCP in Nederland een afkeer van eigen bijdragen en een tweedeling in de zorg, en een sterk hechten aan de poortwachtersfunctie van de huisarts, en aan het gebruik van standaarden om 'evidence-based medicine' te bevorderen. Het SCP rapport constateert dat effectief hervormen gehinderd wordt door het 'poldermodel', maar verbindt aan een en ander geen expliciete beleidsconclusies.

#### *Betekenis voor beleid*

Internationale vergelijkingen kunnen belangrijke nieuwe inzichten opleveren. Bij het ministerie van VWS bestaat een groeiende aandacht voor dit perspectief. Hoe kunnen we uit bovengenoemde bevindingen leermomenten voor het Nederlandse beleid destilleren?

Wat betreft de gezondheidstoestand zijn het met name de gegevens over de stagnerende trends in levensverwachting en zuigelingensterfte en de ongewenste trends in rookgedrag, het duidelijkst gepresenteerd door SCP, die om een antwoord vragen van het public health beleid. Hierop zijn parallel aan dit rapport door het RIVM aparte rapportages samengesteld.

De aanbevelingen uit de rapporten van OECD en SZW ten aanzien van de zorg, danwel het zorgstelsel liggen grotendeels in lijn met de bestaande beleidsvoornemens van VWS: meer marktwerking, concurrentie binnen het zorgsysteem, aanpakken van wachtlijsten, het regelmatig 'benchmarken' van zorginstellingen, terugdringen van de kosten van medicijnen, meer systematische toepassing van 'evidence-based medicine', verbeteren van het preventiebeleid. Op een meer sociaal-politiek niveau is het vooral de visie van de WHO op wat een rechtvaardig zorgsysteem is, die als inspiratie zou kunnen



dienen voor de stelsel­discussie, hoewel het pleidooi van de WHO vooral gericht is op de landen waar nauwelijks een sociaal vangnet is voor onvoorziene grote medische uitgaven.

Twee van de besproken rapporten (WHO, SZW) presenteren samengestelde indices als ‘rapportcijfer’. Nog afgezien van methodologische bedenkingen kan het beleid weinig met zo’n getal als de achterliggende gegevens niet beschikbaar zijn. Het zijn vooral de andere twee rapporten (OECD, SCP) die deze cijfers presenteren. We constateren hier dat beleidskeuzes (voor zover deze ‘evidence-based’ willen zijn) uiteindelijk gemaakt worden op basis van gedetailleerd inzicht in een probleemveld. Dit inzicht wordt niet verkregen door de presentatie van scores en ranglijsten, maar door dieper gaande analyses van concrete en vergelijkbare gegevens.

Wat betreft deze eis van betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens laat het WHO rapport het grootste manco zien. De WHO geeft zelf hoge prioriteit aan de verbetering hiervan, maar vaart tevens een geheel eigen koers, los van de reeds lopende initiatieven van WHO-Europe (HFA21), OECD, Eurostat en het Health Monitoring programme van de EU.

Hier ligt een ander signaal van deze rapporten: Lidstaten zouden pro-actief in internationale kaders moeten participeren om gezamenlijk de vergelijkings-concepten te ontwerpen, de transparantie en kwaliteit van de methoden te verbeteren, en tenslotte zich moeten inspannen voor het leveren van de juiste gegevens aan de internationale instanties. Alleen dan kan ‘internationale vergelijking’ een betrouwbaar hulpmiddel worden voor de sturing van gezondheidsbeleid, en kunnen we voorkomen dat op grond van verkeerde informatie onjuiste beelden en waarderingen over Nederland circuleren.



## 1. Inleiding, doel, werkwijze

### 1.1 Aanleiding voor dit rapport

Internationaal vergelijken is 'in'. De eind september 2000 uitgekomen 'Beleidsagenda 2001' van het ministerie van VWS (VWS, 2000) noemt recente publicaties van de WHO en OECD, '*die het bestaan van aanzienlijke internationale verschillen in gezondheid en zorg bevestigen*'. Internationale vergelijkingen waren ook het thema van enkele recent in Nederland verschenen publicaties, zoals het Sociaal en Cultureel Rapport van het SCP en de rapportage 'De Nederlandse verzorgingsstaat' van het Ministerie van SZW.

Al deze rapporten vergelijken Nederland met wisselende groepen landen, op verschillende aspecten van gezondheid en zorg. Steeds is de vraag: Doen we het beter of slechter dan de ons omringende landen? Maar uiteindelijk nog belangrijker: Wat kan het Nederlandse beleid van deze vergelijkingen leren? Cruciaal is daarbij wat de feitelijk gebruikte vergelijkingsmaatstaven zijn, en of daarvoor ook de juiste gegevens en informatie gebruikt zijn.

Daarom is in de genoemde VWS Beleidsagenda 2001 aangekondigd de genoemde internationaal vergelijkende rapporten naast elkaar te zullen leggen en grondig te analyseren. Aan het Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM is gevraagd hierbij het voortouw te nemen. Als doel van de analyses werd geformuleerd 'om te bezien welke beleidsmatige implicaties aan de betreffende rapporten verbonden zijn voor VWS'.

### 1.2 Aanpak

Concreet zijn vier rapportages geanalyseerd: (1) het WHO World health Report 2000 (WHO, 2000); (2) het OECD landenrapport voor Nederland (OECD, 2000a); (3) het SZW-rapport 'De Nederlandse verzorgingsstaat' (SZW, 2000); en (4) het Sociaal en Cultureel Rapport 2000 (SCP, 2000).

Voor elk van de rapporten is dezelfde aanpak gevolgd, aan de hand van de volgende vragen:

- a) Wat is de positie, het doel en de reikwijdte van het rapport?
- b) Hoe wordt dit in de structuur weergegeven?
- c) Er wordt een vergelijkend oordeel gegeven. Welke aspecten van gezondheid en zorg worden beoordeeld en geanalyseerd?
- d) Hoe zijn de indicatoren geoperationaliseerd? Van welke gegevens en methodologie is hierbij gebruik gemaakt?
- e) Welke resultaten heeft dit opgeleverd?
- f) In hoeverre zijn de hieruit getrokken conclusies gerechtvaardigd?
- g) Welke aanknopingspunten volgen hieruit voor het gezondheidbeleid?

De vier rapporten worden volgens dit schema besproken in de *hoofdstukken 2-5*. *Hoofdstuk 6* geeft vervolgens dwarsverbanden en meer geïntegreerde conclusies. In *hoofdstuk 7* worden beleidsaanknopingspunten aangegeven.

Ten aanzien van de specifieke aspecten van de relatief minder goede ontwikkelingen in de Nederlandse zuigelingensterfte en in de levensverwachting is door VWS om een aparte analyse verzocht. Deze worden in twee aparte rapportages behandeld (Achterberg en Kramers, 2001; van der Wilk et al., 2001).

### 1.3 Werkwijze

De auteurs hebben dit rapport opgesteld onder begeleiding van een stuurgroep vanuit VWS. Vijf Nederlandse experts op het gebied van internationale aspecten van 'public health' en gezondheidszorg zijn via een vragenlijst, geconsulteerd (*Bijlage 1*). Vijf deskundigen uit andere EU landen zijn tevens geconsulteerd. Ter illustratie is ook een opinie vanuit Australië toegevoegd (*Bijlage 3*).



## **2. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance**

### **2.1 Positie, doel en rijkweidte**

De Wereld Gezondheids Organisatie (WHO Headquarters, Genève) brengt jaarlijks het World Health Report uit op grond van het haar door de lidstaten gegeven mandaat. Tot op heden waren deze rapporten meestal thematisch georiënteerd met als terugkerend element een beschrijving van de ontwikkelingen in de gezondheid. Ze hadden altijd een sterke ‘public health’ invalshoek en waren vooral gericht op ontwikkelingslanden.

Het recente ‘World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance’ (WHO, 2000) heeft een geheel nieuwe opzet. Het kiest de nationale gezondheidssystemen (‘health systems’) als object, opgevat als ‘comprising all the organisations, institutions and resources that are devoted to producing health actions’. Hiermee is zowel het veld van studie als het aantal landen verbreed: De WHO heeft de gezondheidssystemen in alle 191 lidstaten kwantitatief beoordeeld aan de hand van een drietal hoofddoelen van zo’n ‘health system’ (zie *paragraaf 2.3*). De WHO wil hiermee de landen prikkelen en inspireren om hun systemen te verbeteren. Met de brede aandacht voor gezondheidssystemen, de kwantitatieve benadering en het meenemen van de ontwikkelde landen is dit WHO rapport ook interessant geworden voor het Nederlands beleid.

Het WHO rapport is vernieuwend omdat het de prestaties voor de drie hoofddoelen kwantitatief heeft weergegeven en gepresenteerd in de vorm van ranglijsten. Het signaleert daarbij de noodzaak voor nieuwe gegevensverzameling, omdat de nu gepresenteerde uitkomsten lang niet altijd op werkelijk gemeten data gebaseerd zijn.

De WHO formuleert vier functies die een succesvol gezondheidssysteem kenmerken: ‘service provision’ (verlenen van diensten), ‘creating resources’ (het vermogen om middelen en ook scholing te genereren), ‘financing’ (verzamelen en bijeenbrengen van financiële middelen en kopen van zorg) en ‘stewardship’ (het vermogen om te sturen en inspiratie te geven). Op een aantal punten profileert de WHO zich met een duidelijk normatieve maar ook inspirerende visie.

### **2.2 Structuur van het rapport**

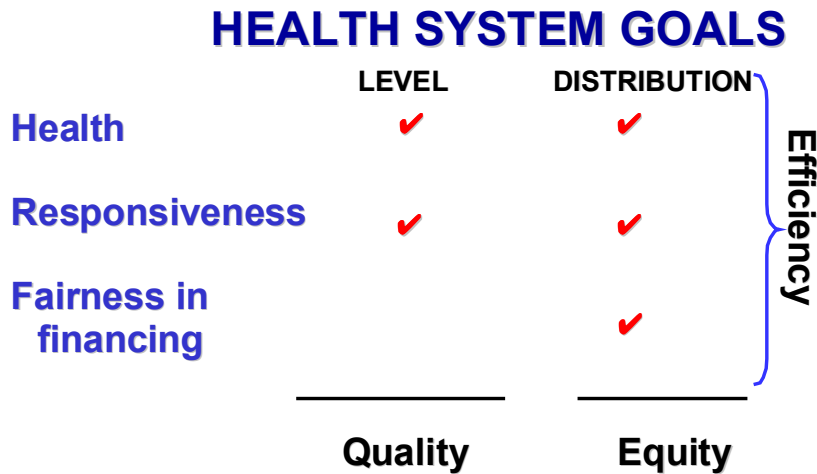
Het WHO rapport (ruim 200 blz.) kent naast een ‘overview’ zes hoofdstukken. Na een algemene inleiding over ‘health systems’ geeft hoofdstuk 2 kort de filosofie achter de beoordelingen van de gezondheidssystemen en de achterliggende methoden en gegevens. De hoofdstukken 3-6 gaan in op de vier eerder genoemde functies van gezondheidssystemen.

Meer details over de in hoofdstuk 2 gegeven methodiek en de feitelijke rangordes worden gegeven in de ‘statistical annex’. De complexe methodologie die hieraan ten grondslag ligt wordt verder toegelicht in een dertigtal (!) achtergrond-documenten. Een aantal daarvan was maanden na de publicatie van het WHO rapport nog niet beschikbaar en kon in dit rapport niet worden meegenomen.

### **2.3 Objecten van analyse**

De WHO heeft voor de beoordeling van de ‘gezondheidssystemen’ van landen een conceptueel raamwerk geformuleerd gebaseerd op een aantal hoofddoelen van zo’n gezondheidssysteem. Deze doelen zijn: ‘health’ (gezondheid), ‘responsiveness’ (te vertalen als cliëntgerichtheid, vraaggerichtheid, of soms, als ‘kwaliteit’ van het systeem), en tenslotte ‘fairness’ (eerlijkheid m.b.t. financiële bijdrage). Voor de eerste twee worden zowel het gemiddelde niveau (‘level’) als de verdeling (‘distribution’) ervan onder de bevolking belangrijk geacht. Zo ontstaan vijf doelen die samen iets zeggen over de ‘effectiviteit’ van het systeem. Door dit te relateren aan onder meer de zorguitgaven wordt dit vertaald naar de ‘efficiency’ van het systeem. *Figuur 1* geeft het WHO raamwerk voor deze hoofddoelen.

Figuur 1: Hoofdoelen van gezondheidssystemen in de WHO benadering



## 2.4 Indicatoren, gegevens en methodologie

Voor het meten in welke mate deze doelen gehaald worden en om het systeem daarna integraal te kunnen beoordelen is door de WHO een samenhangende set indicatoren geformuleerd, en ook een methodologie om hieruit enkele integrale scores en een totaalscore te berekenen. Deze aanpak wordt hieronder toegelicht, waarbij we eerst de indicatoren bespreken die gekoppeld zijn aan de vijf doelen.

### *Niveau van gezondheid*

De WHO gebruikt als algemene maat voor het *niveau van de gezondheid* van de bevolking de ‘DALE’ (disability-adjusted life expectancy). Het concept is een soort ‘gezonde levensverwachting’. De DALE is door de WHO voor ieder land berekend als de levensverwachting, met aftrek van het aantal jaren met (door ziekte veroorzaakte) ‘disability’, gewogen voor de ernst daarvan. De DALE is verwant aan de in de ‘Burden of Disease’-studie van WHO en Wereldbank ontwikkelde DALY (disability-adjusted life years). Het verschil is dat de DALE op basis van levensverwachting wordt berekend en dus een overall-maat oplevert die vergelijkbaar is tussen landen. De DALY wordt daarentegen berekend in absolute aantallen per land en daarmee vooral geschikt is voor prioritering tussen ziektegroepen.

De component levensverwachting in de DALE is berekend uit standaard sterftegegevens, met een projectie naar 1999. De ‘disability’-component zou gebaseerd moeten zijn op landelijke leeftijdsspecifieke cijfers over het voorkomen van ziektes en ‘disabilities’. Er zijn echter nauwelijks gegevens over ernst en vóórkomen van ziekten die tussen landen vergelijkbaar zijn, zelfs niet in Europa. De manier waarop de DALE’s zijn geschat omvat een meerstapsproces waarin een groot aantal aannames zijn gemaakt (zie *Bijlage 2*). Ook na meer uitgebreide bestudering van het betreffende achtergrondrapport (nr 16; zie *Bijlage 4*) bleef onnavolgbaar hoe de berekening voor Nederland is uitgevoerd.

### *Verdeling van gezondheid*

Deze indicator is bij gebrek aan gegevens over de verdeling van de DALE berekend als de geschatte variatie in overlevingskansen van kinderen onder de 5 jaar binnen een land. Hierbij is geen vergelijking gemaakt tussen gedefinieerde bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld naar sociaal-economische status (SES), maar is de verdeling van kindersterfte per gezin als uitgangspunt genomen; dat wil zeggen de mate waarin kindersterft binnen één gezin meer clustert dan men volgens toeval zou verwachten. Deze ongelijkheidsmaat is voor (kleine) landen met een laag kindertal per gezin en een lage kindersterfte door de lagere variatie vrij ongevoelig.

Een meer principieel punt is dat de WHO hier niet de gangbare aanpak volgt van vergelijking van gezondheid tussen bijvoorbeeld sociaal-economische groepen. In plaats daarvan kiest men als uitgangspunt het meten van verschillen zonder een norm op te leggen over welke verschillen al dan niet wenselijk zijn. Het is de vraag of een dergelijke waarde vrije aanpak wenselijk is, en daarnaast of deze in de praktijk bij vergelijking van landen die sterk verschillen in omvang en culturele diversiteit niet nieuwe problemen geeft.

#### *Niveau van responsiveness*

Het criterium 'responsiveness' kan vertaald worden als 'vraaggerichtheid', maar beter misschien als 'cliëntgerichtheid'. In Oostenrijk vertaalt men het als 'Klientorientierung'. Het heeft te maken met de verwachtingen die een individu mag koesteren ten aanzien van het gezondheidssysteem, waarbij verwachtingen ten aanzien van gezondheid zelf zijn uitgesloten.

Voor de operationalisatie van dit concept zijn zeven belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg vanuit het cliënten-perspectief gedefinieerd: 'dignity', 'autonomy', 'confidentiality', 'prompt attention', 'quality of basic amenities', 'access to social support networks' en 'choice of care provider'. Op basis hiervan is een vragenlijst opgesteld en voorgelegd aan ongeveer 2000 'key respondents' in 35 landen. Voor de overige landen (156) zijn de scores 'op indirecte wijze' afgeleid.

De keuze van deze onderwerpen is vanuit cliëntenperspectief plausibel. Wel is duidelijk dat het hier gaat om het *zorgsysteem*, en niet om het aanvankelijk breed gedefinieerde 'gezondheidssysteem'. Grote delen van het gezondheidssysteem, waaronder preventie-activiteiten, komen zo niet aan de orde. Bovendien is de vraag of met de aanpak het aspect doelmatigheid van zorg in medische termen wel voldoende aan bod komt.

Afgezien van deze punten is de selectie van respondenten voor deze survey cruciaal voor de betekenis van de resultaten. Er zijn bij de berekening van de scores correcties toegepast voor verschillen tussen mannen en vrouwen, tussen 'officials' en onafhankelijke personen en voor verschillen tussen landen met meer of minder politieke vrijheid. Hoe dat precies is gedaan is onduidelijk. Het is niet duidelijk hoe representativiteit, expertise en specifieke ervaring met zorgsystemen over deze groep verdeeld waren. Als de respondenten bijvoorbeeld direct bij de zorg betrokkenen zijn, kunnen hun 'agenda's' of belangen leiden tot 'gekleurde' antwoorden.

#### *Verdeling van responsiveness*

Deze indicator is met dezelfde vragenlijst aangepakt door te vragen naar 'achtergestelde groepen'. Het aantal malen dat een groep genoemd is, gecombineerd met de relatieve omvang van die groep in het betreffende land, bepaalt de score.

#### *Eerlijkheid ('fairness in financial contribution and financial risk protection')*

De berekening van dit criterium is gebaseerd op verschillen in gezondheidsuitgaven per huishouden, na aftrek van uitgaven, die nodig zijn voor een bestaansminimum. De gegevens zijn ontleend aan enquêtes daarover onder huishoudens. Wij hebben geen inzicht in de kwaliteit van die gegevens voor de verschillende landen. De indruk is dat er vrij gecompliceerde berekeningen zijn uitgevoerd onder meenemen van uiteenlopende nationale economische gegevens. Onduidelijk is hoe dat precies is gebeurd. Voor een aantal landen is dat gedaan door analyses van bestaande data (*Bijlage 4*; paper 25), voor andere landen zijn langs andere weg schattingen gemaakt (*Bijlage 4*, paper 26). Ook bij deze indicator gaat het om direct aan gezondheid gerelateerde uitgaven, vanuit een individueel perspectief. Dit is dus smaller dan uitgaven voor het concept 'gezondheidssysteem'.

Het begrip fairness lijkt nogal normatief door de WHO ingevuld, omdat het van de veronderstelling lijkt uit te gaan, dat zowel 'financial risk protection' als 'fairness in financial contribution' beide binnen het zorgstelsel dienen te worden uitgewerkt. In Nederland bestaat juist discussie over de vraag in welke mate inkomenssolidariteit binnen of buiten het zorgsysteem vorm moet krijgen.

*'Attainment' en 'performance' scores*

Op basis van de boven besproken vijf indicatoren is een combi-score bepaald, de 'attainment', dat wil zeggen hoe goed een land het doet op het totale gebied. Dit zou een antwoord moeten geven op de vraag: wat is de huidige kwaliteit van het systeem? Deze totaal score is berekend door aan ieder van de vijf boven besproken indicatoren een gewicht toe te kennen. Deze gewichten zijn door consultatie van experts bepaald. Voor gezondheid tellen zowel niveau als verdeling voor 25% mee, en dus telt gezondheid in totaal voor 50% mee. Responsiveness telt zowel voor niveau als voor verdeling voor 12,5% mee (totaal dus 25%). Eerlijkheid ('fairness of financial contribution') weegt ook voor 25% mee.

Omdat terecht kan worden opgemerkt dat een hoge 'attainment' makkelijk is voor landen met veel financiële ruimte en een hoge sociaal-economische ontwikkeling, zijn tenslotte ook 'performances' (prestaties) berekend, zowel voor 'level of health' (DALE) als voor het totale gezondheidssysteem. Attainment valt in grote lijnen te vergelijken met het begrip 'effectiviteit'. Performance is meer verwant aan het begrip 'efficiency'.

De 'performance' (prestatie-) maat geeft aan hoe efficiënt de verschillende systemen de uitgaven voor gezondheid hebben aangewend. Deze wordt berekend als de ratio tussen het behaalde niveau en het theoretisch voor het betreffende land hoogst haalbare niveau. Dit laatste zou worden bepaald door alle overige determinanten van gezondheid en daarvoor wordt als 'proxy' het landelijk niveau van opleiding (education) gebruikt. Dit theoretisch hoogst haalbare niveau is afgeleid via een complex econometrisch model ('frontier production analysis') dat ook rekening houdt met de nationale zorguitgaven. Hierbij is ook een 'minimaal niveau' van gezondheid betrokken, waarvoor gegevens over de levensverwachting rond 1900 gebruikt zijn, aannemend dat er toen geen sprake was van een goed gezondheidssysteem.

Waar het op neer komt is dat voor de berekening van de 'prestatie' de meetlat hoger wordt gelegd bij een hoger onderwijsniveau en bij hogere uitgaven voor zorg. Dit is op zichzelf niet onlogisch. Voor een aantal landen echter, bijvoorbeeld Australië, Zweden en Finland, heeft de 'performance' score onverwacht slechte, of in ieder geval contra-intuïtieve, resultaten opgeleverd. Daarbij werd door experts aangegeven (zie *Bijlage 3*), dat vooral de gebruikte data met betrekking tot het onderwijsniveau slecht vergelijkbaar zijn en tot de relatief grote verschillen in eindscore hebben geleid tussen bijvoorbeeld Australië (te laag) en Frankrijk (te hoog).

*Tabel 1: WHO indicatoren voor gezondheidssystemen en rangorde scores voor Nederland*

'Attainment'	Rangorde Nederland	Opgegeven onzekerheid
<i>Gezondheid</i>		
Niveau [DALE]	13	ca. 9-17 (a)
Verdeling	15	6-33 (a)
<i>'Responsiveness'</i>		
Niveau	9	2-27 (a)
Verdeling	3-38	
<i>Eerlijkheid (financieel)</i>	20-22	2-48 (a)
Eindscore 'Attainment'	8	4-15 (b)
<i>'Performance'</i>		
<i>Niveau van gezondheid</i>	19	17-24 (b)
<i>'Overall performance'</i>	17	14-21 (b)

(a): de scores van landen die aan de grens liggen van het opgegeven onzekerheidsinterval in de berekende uitkomst; de opgegeven betrouwbaarheidsintervallen hebben alleen betrekking op de statistische bewerking, niet op de talrijke aannames.

(b): door de WHO zelf gegeven betrouwbaarheidsinterval van de rangscore.



## 2.5 Resultaten

In *tabel 1* zijn de scores aangegeven voor de verschillende berekende maten. Nederland beweegt zich temidden van de 191 WHO-lidstaten in de hogere regionen. Duidelijk zijn de grote onzekerheidsmarges voor de verschillende scores.

## 2.6 Discussie: zijn de conclusies gerechtvaardigd?

*waarde van de rangordes*

Welke waarde kunnen we toekennen aan de gepresenteerde rangordes? Hiervoor lopen we nogmaals langs de verschillende indicatoren.

Voor het *niveau van gezondheid* is in principe de DALE, die sterfte en ziekte in zich verenigt, een juiste keuze, en dit is ook de meest betrouwbare van de vijf indicatoren. De door de WHO berekende DALE waarden (voor mannen en vrouwen samen) liggen voor een 24-tal staten boven de 70 jaar en voor meer dan de helft van alle 191 landen boven de 60 jaar. De 13e plaats voor Nederland (met 72 jaar) is niet ongeloofwaardig en het betrouwbaarheidsinterval lijkt redelijk. Van de andere 14 EU-landen staan er enkele hoger dan Nederland genoteerd: Frankrijk (3e), Zweden (4e), Spanje (5e) en Italië (6e) en enkele relatief veel lager: Portugal (29e), Denemarken (28e) en Ierland (27e).

Wetend wat de problemen zijn met de vergelijkbaarheid van cijfers over ziekte in Europa kunnen deze getallen met name voor de ziektecomponent, ondanks alle inventieve wiskundige bewerkingen, niet bijzonder accuraat zijn. Interessant is dat de verschillen in de uitkomsten tussen de landen uiteindelijk veel sterker door de levensverwachting bepaald zijn dan door de jaren met ziekte: tussen 14 grotere regio's in de wereld varieert de levensverwachting van 45,6 tot 76,7, het aantal ziekte-equivalente jaren slechts tussen 6,7 en 8 (WHO, 2000, pag. 29). Met andere woorden, als dit correct is, is het gemiddeld aantal jaren in mindere gezondheid nauwelijks verschillend tussen landen met een hoge versus een zeer lage levensverwachting.

De keuze voor de *verdeling van gezondheid* is veel aanvechtbaarder, zowel conceptueel als wat betreft de praktische keuze. Tegelijk is uit het betrouwbaarheidsinterval duidelijk dat deze indicator nauwelijks discrimineert.

De andere drie indicatoren beperken zich vooral tot het zorgsysteem en dekken daarmee onvoldoende het, veel bredere, gezondheidssysteem. Met name preventie, maar ook 'doelmatigheid van zorg' meer medisch beoordeeld, verdwijnt uit beeld. In alle gevallen geven de betrouwbaarheidsintervallen aan dat de behaalde score niet discriminatief is en dus eigenlijk niets betekent. Een interessant detail is dat de V.S. voor het niveau van responsiveness ruim de eerste plaats bereiken. Gegeven wat we weten over het grote aantal marginaal bedeeden in de V.S. is dit niet geloofwaardig. De score voor verdeling van responsiveness is voor de V.S. evenals voor Nederland een gedeelde 3-38e plaats. Alleen in de lage score voor eerlijkheid voor de V.S. is dit element zichtbaar.

*Algemeen oordeel*

Een beoordeling van het WHO2000 rapport in meer algemene termen valt uiteen in extremen. Aan de ene kant is de opzet visionair. De presentatievorm is krachtig in de richting van de media en de politiek, onder meer door het gebruik van rangordes. De keuze van de hoofddoelen is consequent opgezet met een duidelijke visie over wat de taken van regeringen op gezondheidsgebied zijn.

Duidelijk is echter dat de invulling van de hoofddoelen in de praktijk vooralsnog veel smaller is dan de concepten suggereren, uitgezonderd de invulling van het 'niveau van gezondheid' met de DALE. De uitwerking van de begrippen 'responsiveness' en 'fairness' zijn zelfs als indicatoren van het zorgsysteem onvolledig en niet gevalideerd. En zeker verdwijnt hiermee de breedte van het 'gezondheidssysteem', met concrete elementen als preventie en intersectoraal beleid, buiten beeld. De implicatie is uiteindelijk dat alleen de 'uitkomst' (gezondheid) gerelateerd wordt aan het totaal van gezondheidsbepalende acties. Daarin verschilt de WHO benadering toch weer minder van bestaande benaderingen dan op het eerste gezicht lijkt.

De rekenkundige uitwerking van de indicatoren wordt gekenmerkt door een grote complexiteit van berekeningen en aannames. Ondanks de uitgebreide achtergronddocumentatie verschijnt het resultaat als nauwelijks meer dan een rapportcijfer uit een zwarte doos. Het is daarbij niet goed na te gaan hoe de scores voor de verschillende indicatoren feitelijk voor Nederland zijn afgeleid. Dus kunnen ook geen conclusies worden getrokken over wat Nederland zou kunnen doen om een slechte score te verbeteren.

De WHO onderkent de problemen rond de beschikbaarheid van gegevens en ontplooit veel activiteiten om de gegevensvoorziening in de toekomst te verbeteren. Zo worden wereldwijd uniforme vragenlijsten uitgetest en worden alle landen benaderd om gegevens te verstrekken. Recent heeft de WHO aan TNO opdracht gegeven om voor Nederland een enquête over 'responsiveness' te houden onder een steekproef uit de Nederlandse bevolking.

Deskundigen in verschillende landen hebben allerlei bezwaren geuit tegen het WHO rapport. De kritiek betreft vooral het feit dat de methodologie niet wetenschappelijk is gevalideerd en dat in het merendeel van de landen het gebrek aan gegevens is ondervangen met schattingen of extrapolaties. Daarom zijn de resultaten volgens deze experts discutabel of in ieder geval prematuur. Velen delen de mening dat de ranglijsten op dit moment niet serieus genomen kunnen worden, of zelfs contraproductief kunnen werken (Navarro, 2000). In dit kader is het opvallend dat niet alleen de relatief lage scores van Denemarken en Zweden bekritiseerd worden maar ook hoge of relatief hoge scores (Frankrijk, Spanje en Italië) aanleiding geven tot kritische discussies. Enkelen beschouwen tenslotte de gehele aanpak als een volledige verspilling van middelen, vooral omdat verbetering van gezondheidssystemen maatwerk is en niet op geleide van complexe indices kan worden gestuurd (*Bijlage 3, 5*).

## **2.7 Conclusies voor beleid**

De eerste beleidsconclusie moet zijn dat aan de rangnummers weinig waarde kan worden toegekend, omdat ze in de meeste gevallen niet meten wat ze zouden moeten meten en omdat de berekening ervan te veel aannames en ongevalideerde methodiek bevat. Ook al waren de scores betrouwbaar, dan geldt nog dat door het 'black box'-karakter van de presentatie aan een hoog of laag rangnummer weinig concrete aanwijzingen kunnen worden ontleend over wat moet worden gedaan om een score te verbeteren.

We kunnen de eindscores van de WHO, vooral de 'overall' scores, voorlopig alleen in heel globale zin interpreteren. We concluderen dan, dat de landen van de EU en OECD tot de top behoren en veel landen in Afrika tot de staart. Het is overigens de vraag of het wel zinvol is om alle landen van de wereld langs dezelfde maatlat te leggen. Landen met een sterk verschillende sociaal-economische ontwikkeling hebben immers structureel verschillende zorgsystemen, sterk verschillende problemen en verschillende gegevens.

De positieve kant van de beoordeling betreft vooral de poging om op een intelligente manier na te denken over de vraag hoe de prestaties van een gezondheids(zorg)systeem zouden moeten worden gemeten. Dit op zichzelf is een inspiratiebron, evenals de ontwikkelde visie op de vier 'functies' van een gezondheidssysteem (zie *paragraaf 2.1*). Wel is het zo dat in deze visies een onevenredig grote invloed van het zorgsysteem op de gezondheidstoestand wordt verondersteld.

In de WHO Executive Board van januari 2001 is door veel landen kritiek geuit op het rapport, vooral op het gebrek aan transparantie. Door de Directeur-Generaal van de WHO, Brundlandt, is hierop tegemoetgekomen met toezeggingen over meer terugkoppeling naar de lidstaten en meer samenwerking. Vanuit Nederland is het wellicht zinvol hierop in te spelen door te reageren op verzoeken om gegevens en mee te werken aan de uitwerking van de methodologie. Op deze manier kunnen we misschien bijdragen aan het verbeteren van de huidige aanzienlijke manco's in de operationalisatie van de concepten en de gegevensvoorziening. Overigens is op dit punt afstemming nodig, vooral wat betreft de concrete gegevensvoorziening, met de Europese (WHO-Europa en EU) en OECD-activiteiten.

### 3. OECD Economic Surveys: The Netherlands

#### 3.1 Positie, doel en reikwijdte

Dit rapport is gebaseerd op de zogenaamde ‘secretariaatsstudie’ in het kader van de jaarlijkse review van Nederland door het Economic and Development Review Committee van de OECD. De OECD produceert vanuit haar door de lidstaten gegeven verantwoordelijkheid jaarlijks ongeveer 18 van dergelijke reviews (surveys) van de economieën van lidstaten en van een selectie van niet-lidstaten. Elk hiervan geeft een analyse van vooral de economische ontwikkelingen. Ze komen tot stand na consultaties van diverse Ministeries en andere maatschappelijke actoren.

De OECD economic surveys hebben een functie binnen de uitgangspunten van de OECD (verkort): het bevorderen van duurzame economische groei en van gezonde economische expansie bij de lidstaten, en daarmee bijdragen aan de expansie van een open wereldhandel. Het ligt voor de hand dat een land beoordeeld wordt naar de mate waarin het conform deze doelen opereert. De rapportages van de OECD ‘landenexamens’ zijn een naslagwerk voor regeringen, bedrijven, universiteiten en NGO’s en in Nederland worden deze rapportages ook in het parlement besproken.

In het *OECD Economic Surveys: the Netherlands* rapport wordt de balans opgemaakt van de Nederlandse economie in brede zin. Deze wordt afgezet tegen andere (29) OECD landen en soms tegen de (15) landen van de EU. In de afgelopen jaren zijn diverse landen op deze wijze beoordeeld, met meenemen van de gezondheidszorg. Het Nederlandse zorgsysteem is deze keer voor het eerst een afzonderlijk onderdeel van de analyse.

#### 3.2 Structuur van het rapport

Het totale OECD rapport beslaat ongeveer 120 pagina's, waarnaast nog 20 pagina's tabellen. Het is opgebouwd uit vier hoofdstukken met als voornaamste onderwerpen het macro-economische beleid, vooruitgang in structurele hervormingen, waarin o.a. de arbeidsmarkt en het sociaal stelsel worden besproken, alsmede een hoofdstuk over het Nederlands gezondheidszorgsysteem (Hoofdstuk 4: The health care system, ca. 30 pp.).

Dit hoofdstuk over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is voornamelijk beschrijvend en kwalitatief van aard. Het geeft een uitgebreid overzicht van het Nederlandse zorgsysteem en van historische en recente ontwikkelingen in het gezondheidszorgbeleid tijdens de 20ste eeuw. Aspecten van gezondheid, zorggebruik en kosten komen aan de orde, deels geïllustreerd met gegevens uit de OECD database. Het hoofdstuk signaleert waar zaken ‘afwijken of in lijn zijn met andere OECD landen’. Het eindigt, onder de titel ‘the task ahead’, met een serie conclusies en beleidsaanbevelingen voor de toekomst.

#### 3.3 Objecten van analyse

Het OECD2000 rapport heeft geen expliciet analyse raamwerk of conceptueel kader. Wel wordt ‘breed’ gekeken naar een uitgebreide set indicatoren, variërend van zorgaanbod (mensen en middelen), zorggebruik en kosten tot uitkomsten in termen van gezondheid en tevredenheid met het zorgsysteem. Uit een ander recent rapport van de OECD (OECD, 2000b) blijkt dat men bezig is met het ontwikkelen van een meer systematische benadering voor de analyse van de ‘performance’ van nationale gezondheidssystemen. Hiertoe is het door de WHO recent opgestelde conceptuele raamwerk op enkele punten uitgebreid of verdiept. Dit nieuwe OECD rapport baseert zich tevens op de zich ontwikkelende praktijk in enkele Angelsaksische landen.

In het OECD landenrapport worden de gegevens gepresenteerd in tabellen en grafieken. Deze worden alleen summier besproken en weinig van conclusies voorzien. Ook aan het eind presenteert het rapport geen conclusies, maar geeft het een aantal beleidsaanbevelingen, die maar zeer ten dele terug te voeren zijn op de gepresenteerde data. Het is dus geen echt vergelijkend analyserend rapport.

### 3.4 Indicatoren, gegevens en methodologie

Aan het ‘landen examen’, waar dit rapport deel van uitmaakt, gaat een proces vooraf van studie door het OECD secretariaat, hoor en wederhoor, een ‘fact finding’ samenspraak tussen Nederlandse en internationale deskundigen en Nederlandse beleidsmakers. Daarmee wordt beoogd om onjuiste interpretaties van de feiten door de OECD uit te sluiten en consensus te bereiken over de gemaakte analyses.

Voor de presentatie van gegevens is vooral gebruikt gemaakt is van de OECD Health Database (1999), daarnaast van resultaten van de EUROHIS studie van de WHO en van de European Community Household Panel Survey (Eurostat). Verder zijn resultaten van onderzoeken van het RIVM en het CBS (van Mosseveld en van Son, 1999; zie ook *hoofdstuk 6*) in de tekst verwerkt.

### 3.5 Resultaten

Hieronder geven we voor de verschillende indicatoren de resultaten weer, zoals die uit de vergelijkende gegevens naar voren komen.

#### *Zorguitgaven*

Hier komen twee indicatoren aan de orde:

- Totale uitgaven (% GDP/BBP; 1997);
- Totale uitgaven (per capita).

Nederland is vergeleken met Frankrijk, Duitsland, Zwitserland, België en Denemarken. In één grafiek is weergegeven hoeveel deze landen uitgeven aan zorg volgens de Common Comparable Package (CCP) methode van het CBS\* en daarnaast volgens de OECD Health Data. In een aflopende volgorde komt Nederland hier op de vierde plaats. De twee maten ontlopen elkaar hooguit 0,5% (van het BBP). De CCP maat valt alleen hoger uit bij het land dat het meest uitgeeft, n.l. Frankrijk, maar bij de andere landen valt de CCP maat consequent iets lager uit dan het OECD percentage. De totale uitgaven bedragen rond 8% van het BBP, iets boven het OECD gemiddelde.

Ook wanneer de uitgaven worden uitgedrukt in \$PPP (koopkracht pariteiten in dollars per hoofd; dit wordt gebruikt om te corrigeren voor verschillen in koopkracht) ligt Nederland iets boven het gemiddelde. Wel wordt opgemerkt dat Nederland op dit moment minder te maken heeft met vergrijzing dan andere landen. Van zorgkosten is immers bekend dat ze sterk met de leeftijd toenemen.

#### *Ziekenhuiscapaciteit en gebruik*

Hier worden vier indicatoren besproken:

- Bedden (per capita; 1970 en 1997);
- Gemiddelde bezetting van bedden (%; 1970 en 1997);
- Gemiddelde verblijfsduur (dagen; 1970 en 1997);
- Opnames van patiënten (% per capita; 1970 en 1997).

Er wordt een tabel gepresenteerd met data voor alle OECD landen (peiljaren: 1970 en 1997). Relatief geeft Nederland meer uit aan intramurale zorg dan de meeste andere OECD landen en het aantal bedden per inwoner is een van de hoogste binnen de OECD. Dit komt volgens de OECD voornamelijk door het grote aantal ‘nursing homes’, dat Nederland kent, waarin ouderen langdurig worden opgenomen. Omdat deze verpleeghuis- en verzorgingshuis-functies niet in alle landen bij de zorg wordt gerekend is de vergelijkbaarheid van de gegevens problematisch, en is het te verwachten dat het gemiddelde verblijf in een ziekenhuis (in casu verpleeghuis en/of verzorgingshuis) in Nederland hoog is vergeleken met andere OECD landen. Het aantal acute bedden is daarentegen erg laag, met vier per

---

\* Common comparable package (CCP): letterlijk Gezamenlijk Vergelijkbaar Pakket. Het CCP bestaat uit geselecteerde voorzieningen uit voorzieningenlijsten die gebruikt zijn voor de bilaterale vergelijkingen van vijf bestudeerde landen. Deze voorzieningen worden gerekend tot het vergelijkbare zorgsysteem van de deelnemende landen (Van Mosseveld en van Son, 1999)

1000 inwoners. De gemiddelde bezettingsgraad is, samen met Finland, in Nederland het hoogst van het hele OECD gebied. Het rapport suggereert dat dit kan duiden op een efficiënt toelatingsbeleid. Ook hier speelt het gebrek aan echte vergelijkbaarheid omdat verpleeghuisbedden niet in alle landen meegeteld worden.

#### *Indicatoren van gebruik van mensen en middelen in de gezondheidssector*

Het OECD rapport spreekt van 'resource use' en geeft daarbij indicatoren, die enerzijds iets zeggen over het gebruik van zorg en anderzijds iets over de hoeveelheid aanwezige artsen:

- Gemiddelde jaarlijkse toename van artsen (%; tussen 1970-80 en 1980-97);
- Huisartsen (per 10.000 van de bevolking; 1997);
- Specialisten (per 10.000 van de bevolking; 1997);
- Consultaties met artsen (per capita; 1997);
- Totale uitgaven aan medicijnen (\$PPP per capita; 1997).

Het rapport stelt dat door de numerus fixus en het beperkte aantal opleidingsplaatsen voor specialisten het aantal artsen per hoofd van de bevolking in Nederland gemiddeld lager is dan in de EU en in het OECD gebied. Ook gaan veel artsen vervroegd met pensioen en zijn er veel part-time regelingen. In bepaalde regio's is hierdoor recentelijk een tekort ontstaan aan huisartsen. Deze conclusies volgen echter niet zonder meer uit de gepresenteerde gegevens. Het aantal consultaties met artsen in Nederland is gelijk aan zowel het EU als het OECD gemiddelde.

Het rapport gaat uitgebreid in op de budgetoverschrijding binnen de farmaceutische sector en de slechts deels succesvolle pogingen om de sterke kostenstijging in deze sector om te buigen. Er wordt echter geen verband gelegd met het feit dat de totale uitgaven aan medicijnen volgens hun eigen statistieken in 1997 nog duidelijk onder het OECD en EU gemiddelde lagen.

#### *Indicatoren van kostenstijging in de zorg*

Hier worden genoemd:

- Groei van nominale uitgaven aan gezondheid;
- Gemiddelde jaarlijkse groei van zorguitgaven boven het BBP in de intervallen 1960-70, 1970-1980, 1980-90 en 1990-97.

Na snelle groei in de zestiger jaren werden zorguitgaven in Nederland in vergelijking met andere landen goed onder controle gehouden. Sinds 1990 is het budget voor de zorg drastisch gekort hetgeen geresulteerd heeft in een groei van slechts een half procent boven de groei van het BBP. Dit komt in de buurt van het EU gemiddelde maar ligt ver onder het OECD gemiddelde. Het is wel zo dat de groei van het BBP in genoemde periode relatief hoog was. Het RIVM heeft voor de periode 1988-1994 de bijdragen berekend van verschillende elementen van uitgaven in de zorg en kwam tot een vergelijkbare subset van uitgaven, die 85% van de zorg dekt. Deze subset groeide met 2,3% per jaar in volume, waarvan 1,3% werd toegeschreven aan demografische factoren en 1% aan andere factoren, zoals epidemiologische en medisch technologische ontwikkelingen. Per ziekte beschouwd stegen de uitgaven aan cardiovasculaire aandoeningen en dementie het snelst, wat vooral te maken heeft met de medische vooruitgang zoals open-hartchirurgie en de vergrijzing.

#### *Gezondheidsindicatoren en tevredenheid met de zorg*

Aan sterfte gerelateerde gezondheidsindicatoren:

- Zuigelingensterfte (per 100 levendgeborenen, 1994. Nederland scoort hier iets beter dan het OECD gemiddelde);
- Perinatale sterfte (als % van alle geboorten, inclusief foetale sterfte na week 24-28 van de zwangerschap; 1994). Nederland scoort slechter dan het gemiddelde van de OECD;
- Potential years of life lost (PYLL) per 100.000 personen onder de 70 jaar, 1994. De Nederlandse mannen scoren hier relatief goed, dat wil zeggen relatief weinig verloren levensjaren (plaats 19 van 22) onder de 70 jaar en de vrouwen doen het ongeveer 'gemiddeld' (plaats 12 van 22). Voor mannen ligt de situatie dus gunstiger dan voor vrouwen.

- Ervaren gezondheid: proportie van ervaren ‘goede’ en ‘zeer goede’ gezondheid in de totale populatie in een aantal geselecteerde landen, 1991-1996. Zowel volgens gegevens van de WHO (EuroHIS) als van Eurostat ligt Nederland boven het gemiddelde van 10 respectievelijk 12 landen. In beide plaatjes scoren Portugal en Italië relatief laag als het gaat om een goede ervaren gezondheid.
- Tenslotte wordt in de tekst melding gemaakt van een studie, waaruit blijkt dat Nederlanders na Denen en Finnen het meest tevreden zijn over hun gezondheidszorgsysteem, wanneer de landen van de Europese Unie vergeleken worden (Mossialos, 1997).

### **3.6 Discussie**

De door ons gekozen vergelijkende beschouwing van een aantal rapporten doet geen volledig recht aan de oorspronkelijke opzet van het OECD rapport. De nadruk ligt in het OECD rapport minder op de hierboven vrij uitgebreid besproken indicatoren en meer op de door ons relatief beknopt weergegeven aanbevelingen voor het beleid (zie *paragraaf 3.7*). Het rapport gebruikt de gepresenteerde gegevens niet herkenbaar als leidraad voor de beleidsaanbevelingen.

Met de aldus gekozen aanpak is de mogelijke meerwaarde van het internationaal perspectief niet optimaal benut. Er wordt niet systematisch onderzocht of andere landen vergelijkbare of nieuwe problemen in hun zorgsysteem hebben, of misschien al oplossingen hebben voor Nederlandse problemen. Het belangrijkste internationale element is gelegen in de frisse blik van buitenlandse experts, die kritisch en door een economische bril naar het Nederlandse zorgsysteem hebben gekeken.

De keuze van de gezondheidsindicatoren lijkt vooral ‘data driven’ en er worden nauwelijks conclusies getrokken over de betekenis van de gepresenteerde data.

Een aantal aspecten van Nederlandse zorgsysteem wordt negatief beoordeeld. Dit betreft onder meer het gebrek aan concurrentie tussen verzekeraars en, meer algemeen, binnen het zorgsysteem, een gebrek aan effectiviteit van zorginkoop en aan kosten-effectiviteit bij aanbieders, de sterke groei van uitgaven voor medicijnen en het bestaan van wachtlijsten. Het oordeel dat Nederland op dit moment (te) veel uitgeeft aan medicijnen is kennelijk ontleend aan recente Nederlandse trendcijfers en lijkt niet gebaseerd op internationale vergelijkingen. Die zouden niet onmiddellijk tot die conclusie hebben geleid.

Deze oordelen vormen de basis van een aantal aanbevelingen voor het beleid (zie *paragraaf 3.7*). De vraag daarbij is wel in hoeverre nieuwe inzichten of nog niet bekende problemen worden aangedragen. De aanbevelingen liggen vrij sterk in lijn met reeds ingezet beleid, en corresponderen met vigerende denkkaders over concurrentie en marktwerking. Verder is uit dit rapport niet op te maken of de OECD naast minder sterke ook sterke punten aan het Nederlandse zorgsysteem onderkent, sterke punten die bijvoorbeeld bij een toekomstige stelselherziening, niet verloren zouden moeten gaan.

De OECD werkt momenteel aan het opzetten van conceptuele kaders en dataverzamelingen voor een meer systematische analyse van de prestaties van nationale zorgsystemen (zie *hoofdstuk 6*; OECD, 2000b). Die benadering is deels vergelijkbaar met die van de WHO, maar is uitgebreider, meer praktisch gericht en houdt meer rekening met in de lidstaten ontwikkelde concepten en instrumenten. Het OECD perspectief, een groep min of meer vergelijkbare landen, is voor Nederland ook beleidsmatig bruikbaar dan het wereldwijde perspectief van de WHO.

### **3.7 Conclusies voor beleid**

Aan het eind van het rapport wordt een aantal aanbevelingen geformuleerd. Aan de ene kant stelt het rapport dat het Nederlandse zorgsysteem te lijden heeft onder een grote hoeveelheid regels en rigiditeit, maar anderzijds wordt ingezien dat grote veranderingen in het bestaande systeem van bijvoorbeeld ziekenfonds- en particulier verzekeren wel eens politiek en sociaal onhaalbaar zouden kunnen zijn. In het algemeen concludeert het rapport dat veel problemen het gevolg zijn van een tekort aan concurrentie en marktwerking. Toekomstige hervormingen zouden zich dus moeten richten

op marktgeoriënteerd oplossingen en het stroomlijnen en ontwikkelen van administratieve en 'evidence-based' mechanismen.

De hoofdpunten uit de OECD aanbevelingen zijn:

- *Het bevorderen van concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars:*

Geef consumenten de gelegenheid te kiezen tussen verschillende risicodragende pakketten en geef verzekeraars alleen vergoedingen die vallen binnen de AWBZ-regeling.

- *Het bevorderen van concurrentie in het zorgsysteem in het algemeen:*

De taak van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zou in dit kader uitgebreid moeten worden over de gehele gezondheidssector.

- *De zorgaanbieders (inkopers) effectiever maken:*

Door verzekeraars ruimte te geven voor selectief contracteren en door het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen in de medische sector. Volgens het rapport moet er nog maar eens goed nagedacht worden over de strenge regels voor privé-klinieken.

- *De cost-efficiency van aanbieders verbeteren:*

Ondermeer door het definiëren van standaardprocedures in de gezondheidszorg en het regelmatig 'benchmarken' van zorginstellingen.

- *Het verbeteren van het wachtlijst-beleid:*

Met behulp van uniforme registratie van wachtlijsten en door het formuleren van acceptabele wachttijden.

- *Het reduceren van de medicijnkosten door middel van:*

- Monitoren van voorschrijfgedrag en uitgaven in de farmaceutische sector;
- Onder de loep nemen van de rol van de apotheker binnen het zorgsysteem;
- Strikt scheiden van de rol van voorschrijver en verstrekker van medicijnen;
- De voorschrijfbijdrage minder afhankelijk maken van het aantal middelen dat wordt voorgeschreven.

- *Het beïnvloeden van het consumenten-gedrag:*

Door vergoedingen voor medicijnen aan banden te leggen.

- *Het verbeteren van het nationale gezondheidsbeleid:*

Dit wordt uitgesplitst naar enerzijds het stellen van prioriteiten in de zorg door middel van meer systematische toepassing van 'evidence-based medicine' en anderzijds in de richting van het verbeteren van het Nederlandse preventiebeleid, vooral door activiteiten die gericht zijn op specifieke groepen met een gezondheidsachterstand. Hier wordt benadrukt dat de zorg maar zeer ten dele bepalend is voor de gezondheid.





## 4. De Nederlandse verzorgingsstaat: Sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief (SZW)

### 4.1 Positie, doel en reikwijdte

Dit rapport is uitgebracht door het Ministerie van SZW (Sociale Zaken en Werkgelegenheid) en is mede via interdepartementaal overleg tot stand gekomen. Het is de opvolger van een rapport dat vier jaar eerder uitkwam.

De aanleiding voor de SZW rapporten was de hypothese ‘dat sociaal beleid in termen van materiële welvaart een zeker nadeel zou veroorzaken’. Volgens het SZW rapport van 2000 werd deze hypothese door de studie uit 1996 niet bevestigd. In de studie uit 2000 is de stand van zaken rond deze discussie opnieuw bezien. Het rapport richt zich daartoe op diverse sociaal-economische terreinen, waaronder de Nederlandse gezondheidszorg. Deze terreinen worden in dit rapport beoordeeld via indicatoren, die vooral iets moeten zeggen over het internationaal concurrentievermogen. Het SZW rapport gebruikt negen landen als referentiekader. Deze zijn geselecteerd als ‘grotere’ EU-landen plus de Verenigde Staten.

### 4.2 Structuur van het rapport

In achtereenvolgende hoofdstukken worden negen sociaal-economische terreinen besproken. Deze zijn: Arbeidsvoorwaarden/arbeidsverhoudingen (4); arbeidsmarkt (8); arbeidsomstandigheden (5); sociale zekerheid (4); pensioenen (3); *gezondheidszorg* (6); inkomensverschillen (4); publiek/privaat domein (2); en sociale cohesie (3). Tussen haakjes is voor elk terrein het aantal ‘indicatoren’ aangegeven dat daarbinnen gekozen is (samen 39). Per indicator is een rangorde voor de negen landen opgesteld. Per terrein is daarna een totaalscore berekend als het ongewogen gemiddelde van de rangorde cijfers. Hieronder wordt verder ingegaan op het terrein gezondheidszorg, weergegeven in hoofdstuk 7 van het rapport.

### 4.3 Objecten van analyse

Voor het terrein volksgezondheid zijn de volgende globale indicatoren gekozen:

1. Uitgavenquote
2. Doelmatigheid
3. Gezondheidssituatie
4. Toegankelijkheid
5. Tevredenheid
6. Kostenbeheersende prikkels

Deze globale indicatoren zouden volgens de doelstelling van het SZW rapport geselecteerd moeten zijn als ‘relevant voor het concurrentievermogen’. Het is echter duidelijk dat de relatie tussen de gezondheidszorg en het economisch concurrentievermogen niet zo simpel ligt. De feitelijk gekozen indicatoren zeggen impliciet iets over ‘de belangrijke aspecten’ van de gezondheidszorg, en omvatten zowel economische als meer sociale aspecten. Ze dekken aspecten die met uitkomsten (gezondheid) te maken hebben, met kwaliteit van zorg (tevredenheid, toegankelijkheid) en met kosten-effectiviteit. Het onderhouden van een goed gezondheidszorgsysteem heeft tenminste één niet primair economisch motief, namelijk bijdragen aan een goede gezondheid van de bevolking. De relatie met de economie is dat een gezonde bevolking beter op de arbeidsmarkt inzetbaar is, en dat een efficiënter systeem (meer gezondheid voor dezelfde gulden, of dezelfde gezondheid voor minder geld) nastrevenswaard is.

### 4.4 Indicatoren, gegevens en methodologie

Interessanter dan de redelijk voor de hand liggende keuze van deze globale indicatoren is de wijze waarop ze geoperationaliseerd zijn. Dit wordt hieronder toegelicht, met de wijze waarop uit bepaalde gegevens de scores berekend zijn. Het rapport is zeer summier in de toelichting over de wijze van berekening, en deze kon deels slechts achterhaald worden door consultatie van de auteur.

1. *Uitgavenquote*: Totale uitgaven in de zorg als percentage van het BBP (gecorrigeerd voor onderrapportage, met als bron: Schneider, 1998 en expliciet *niet* de OECD).
2. *Doelmatigheid*: In de score is berekend als ongewogen gemiddelde van de scores voor (1) het aantal ziekenhuis-ligdagen per inwoner en (2) de inzet van zorgpersoneel aan het bed, als percentage van het totaal (bron: Schneider, 1998).
3. *Gezondheidssituatie*: De score is berekend als het ongewogen gemiddelde van de rangordes voor (1) levensverwachting bij geboorte en (2) zuigelingensterfte (OECD, 1998).
4. *Toegankelijkheid*: De score is berekend als ongewogen gemiddelde van (1) verschillen in gezondheid en (2) verschillen in zorgconsumptie (voor beide geldt dat het rapport niet meldt welke maten zijn gebruikt; er is gestratificeerd naar inkomen; voor gezondheids-verschillen geeft het kleinste verschil de hoogste score, voor de consumptie daarentegen het grootste (Van Doorslaer, 1997). Hier wordt overigens veeleer ‘sociale gelijkheid van toegang’ (equity) dan toegankelijkheid (vgl. het bestaan van wachtlijsten) beoordeeld.
5. *Tevredenheid*: Hier is de score gebaseerd op de OECD tevredenheids index (tevredenheid met de zorg). Dit is gebaseerd op gegevens uit de EU-Eurobarometer survey.
6. *Kostenbeheersing*: Deze indicator is berekend als ongewogen gemiddelde van de scores voor (1) het percentage eigen bijdragen in totale zorguitgaven en (2) een score voor de mate van aanbodregulering. Deze laatste score is opgebouwd uit 5 kenmerken van het zorgsysteem: rol van de huisarts, het bestaan van een abonnement systeem, specialisten ambulante zorg in loondienst, specialisten ziekenhuis in loondienst, budgettering ziekenhuis (bronnen: eigen bijdrage: Schneider, 1998; aanbodregulering: Van Kemenade, 1997).

Tabel 2: Vergelijking van 6 kenmerken voor de gezondheidszorg (rangordes: 1 = goed).

Land	Uitgaven- quote	Doelmatig- heid	Gezondheid	Toegan- kelijkheid	Tevreden- heid	Kosten- beheersing
<i>Nederland</i>	4	6	3	1	2	7
<i>België</i>	2	7	8	1	3	5
<i>Duitsland</i>	7	8	6	1	5	9
<i>Denemarken</i>	1	3	5	-	1	8
<i>Frankrijk</i>	8	9	2	-	6	3
<i>Italië</i>	3	5	4	-	8	1
<i>Engeland (VK)</i>	5	4	7	5	7	2
<i>Verenigde Staten</i>	9	2	9	5	9	6
<i>Zweden</i>	6	1	1	4	4	4

#### 4.5 Resultaten

De berekende scores (rangordes) voor de zes indicatoren zijn in *tabel 2* samengevat. Nederland scoort ‘gemiddeld’ op gezondheid en uitgavenquote, wat verwacht kon worden. De scores voor tevredenheid en toegankelijkheid zijn relatief goed, en voor doelmatigheid en kostenbeheersing relatief slecht. Zweden, Denemarken en Nederland presteren in het SZW rapport over het algemeen genomen beter dan gemiddeld en Frankrijk, Duitsland en de Verenigde Staten presteren onder het gemiddelde.

Kijkend naar de achtergrondgegevens zien we een aantal duidelijke verschillen tussen de onderzochte landen. De zorgsystemen verschillen vooral sterk in de mate van regulering door vraag of aanbod. Denemarken heeft aanbodregulering, de Verenigde Staten vraagregulering. Landen met een 'poortwachters' rol van de huisarts, zoals Nederland, kennen meestal lagere zorguitgaven dan landen zonder die functie.

#### 4.6 Discussie: zijn de conclusies gerechtvaardigd?

Zoals gezegd is de keuze van de zes generiek omschreven indicatoren wel plausibel. Meer discutabel zijn de keuzes die gemaakt zijn voor hun implementatie, ofwel, in hoeverre de feitelijk gebruikte gegevens de indicator-concepten?

Voor de *doelmatigheid* is er zo'n validiteitsvraag. Het aantal ligdagen per inwoner blijkt sterk gecorreleerd met het aantal beschikbare bedden in de verschillende landen. Afgezien van de vraag of misschien percentage bedbezetting niet een betere maatstaf is, speelt ook hier dat in Nederland verpleeghuizen meetellen en elders soms niet. Tenslotte heeft doelmatigheid, wanneer het op deze manier wordt benaderd, slechts betrekking op een beperkt deel van de zorg.

De keuze van levensverwachting en zuigelingensterfte als indicatoren voor de *gezondheidstoestand* is beperkt, omdat chronische, niet-fatale aandoeningen en aspecten van kwaliteit van leven hier niet in zitten maar wel steeds belangrijker worden. Het zijn veel gebruikte indicatoren voor de uitkomsten van zorg, maar ze zeggen daar in feite weinig over. Met name levensverwachting wordt in veel grotere mate door andere determinanten bepaald, die vaak in het verleden hun invloed deden gelden.

Bij *toegankelijkheid* kan worden opgemerkt dat gezondheidsverschillen eveneens niet hoofdzakelijk door de zorg worden veroorzaakt, en dat het maar de vraag is of een hogere zorgconsumptie bij een lager inkomen op zichzelf een voordeel is. De benadering houdt tevens in dat er goed gescoord wordt als iedereen 'even lang' moet wachten. Daarnaast wordt niet ingegaan op geografische toegankelijkheid, wat voor het beleid een belangrijk punt is.

Tenslotte de *kostenbeheersing*. Uit enkele interessante analyses blijken de twee operationalisaties voor deze indicator, namelijk het percentage eigen bijdragen en de mate van aanbodregulering bij een vergelijking van de negen landen *niet* te correleren met de uitgavenquote. De vraag doet zich voor of het dan wel goede indicatoren voor kostenbeheersing zijn.

Wat betreft de rekenwijze: De toepassing van ongewogen gemiddeldes van rangordes is ruw maar heeft het voordeel van transparantie. Een meer verfijnde wegingsprocedure zou overigens niet gerechtvaardigd zijn gegeven de betrekkelijk willekeurige keuze van de indicatoren als onderbouwing van de zes kenmerken. Deze keuze lijkt sterk gedreven door de beschikbaarheid van data. Wel is het zo dat de precies gevolgde methode niet volledig in het rapport vermeld staat en via navraag moest worden achterhaald.

#### 4.7 Conclusies voor beleid

De hoofdconclusie van het totale rapport is dat een hoog ontwikkelde welvaartsstaat goed gecombineerd lijkt te kunnen worden met uitstekende economische prestaties. Op de eindranglijst van alle terreinen scoort Nederland voor één terrein als hoogste (arbeidsvoorwaarden), voor zes terreinen als tweede, en voor twee terreinen als derde. Als zwakste punten voor Nederland komen in deze beoordeling naar voren: het hoge aantal langdurig werklozen, de lage arbeidsparticipatiegraad, en een onvoldoende benutting van financiële prikkels.

De gezondheidszorg is een van de terreinen waar Nederland als eindscore een derde plaats behaalt. Gegeven de kanttekeningen bij de discussie hechten we weinig waarde aan de score op zichzelf. Min of meer conform de OECD meent het rapport dat Nederland zich terecht zorgen maakt over de financieel-economische en organisatorische ontwikkelingen binnen het zorgstelsel. Het lijkt logisch dat deze conclusie gebaseerd is op de twee indicatoren die in dit terrein liggen en ook slecht uitkomen voor Nederland: kostenbeheersing en doelmatigheid. Zoals al aangegeven is het echter zeer de vraag of die indicatoren voor dit terrein relevant zijn, en of die conclusie hier dus terecht is.



## 5. Sociaal en Cultureel Rapport 2000: Nederland in Europa

### 5.1 Positionering, doel en reikwijdte

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) brengt sinds 1974 elke twee jaar het Sociaal en Cultureel Rapport (SCR) uit. Daarin wordt een beeld van de Nederlandse samenleving en haar overheidsbeleid gegeven. Gezondheid is een onderwerp dat telkens terugkeert en ook wordt gezondheidszorg regelmatig besproken. Dit jaar vormden internationale vergelijkingen het bindende element in alle hoofdstukken van het SCP rapport.

Het SCR 2000 heeft als subtitel: 'Nederland in Europa'. Het richt zich op internationale vergelijkingen, voor een groot aantal facetten van de Nederlandse samenleving, waaronder gezondheid en zorg. De vergelijkingen richten zich in de meeste gevallen op de 29 OECD-landen, vaak ook op de 15 (vroeger 12) landen van de EU, al dan niet inclusief de EVA landen (Noorwegen, IJsland, Zwitserland). Soms beperkt het zich tot enkele ons omringende landen, of worden juist bredere vergelijkingen gemaakt, bijvoorbeeld om arme en rijke landen met elkaar te vergelijken.

### 5.2 Structuur van het rapport

'Gezondheid en zorg' komt ter sprake in hoofdstuk 8 van het SCR 2000 (50 pp.). Dit hoofdstuk begint met enkele algemene kerncijfers voor Nederland. Daarna bespreekt het vrij uitgebreid en kritisch de AWBZ.

De internationale vergelijkingen worden behandeld aan de hand van vergelijkende gegevens en enkele correlatie-analyses, voorzien van commentaar. Het hoofdstuk vergelijkt ook zorgstelsels vrij uitgebreid en eindigt met conclusies onder de titel: 'Waar staat de Nederlandse gezondheidszorg in Europa?'

### 5.3 Objecten van analyse

*Gezondheidstoestand* en *gezondheidszorg* vormen de hoofdordening die het SCR in zijn bespreking hanteert. Er worden ook enkele *determinanten van gezondheid* besproken, n.l. het gebruik van tabak en van alcohol. Dit valt op omdat dit verder weinig in de besproken vergelijkende rapporten gebeurt. De keuze van deze indicatoren lijkt gestuurd door de wens hiervan een beperkt aantal te kiezen binnen de verschillende gebieden, en door de beschikbaarheid van gegevens.

### 5.4 Indicatoren, gegevens en methodologie

Het SCP rapport gebruikt vooral data van de OECD en uit (Eurobarometer) surveys van de Europese Unie. Verder worden enkele correlaties onderzocht tussen aspecten van zorg, gezondheid en sociaal-economische factoren, op zoek naar mogelijke causale verklaringen voor bepaalde trends. Het SCP heeft expliciet verder willen gaan dan een droge opsomming van feiten, door te zoeken naar 'verklarende analyses door samenhangen en dwarsverbanden te laten zien'. Vanuit de specifieke sociaal-culturele interesse van het SCP is geprobeerd een verklaringskader te schetsen voor sociaal-economische verschillen in gezondheid. Hierin onderscheidt het SCP rapport zich van de meeste andere rapporten. Voor een vergelijking van zorgstelsels zijn de resultaten van internationaal vergelijkend onderzoek systematisch naast elkaar gezet.

### 5.5 Resultaten

De volgende *indicatoren van gezondheid* komen aan de orde (data hoofdzakelijk van de OECD):

- *Zuigelingensterfte*. Hier is Nederland van een top-positie rond 1980 gekelderd tot een 13e plaats in een reeks van 18 OECD landen).
- *Levensverwachting*. (bij geboorte en op 65-jarige leeftijd). Ook hier is Nederland van een top-positie afgezakt naar de middenmoot, vooral voor de vrouwen.
- *Subjectief ervaren gezondheid*. Hier wordt met name gekeken naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Deze verschillen bestaan in alle Europese landen. De omvang ervan

- varieert naar de gebruikte gezondheidsmaat en de gebruikte sociaal-economische parameter (opleiding, inkomen), en ook per land.
- *Gezonde levensverwachting*. Trends in deze maat zouden iets kunnen zeggen over de vraag of winst in jaren ook winst in gezonde jaren meebrengt. Dit blijkt in verschillende landen een vrij divers beeld op te leveren. Gecombineerd met de wetenschap dat de vergelijkbaarheid van de onderliggende gegevens nog niet goed is, kunnen we niet méér concluderen dan dat Nederland op dit punt ‘gemiddeld’ presteert.
  - *Verloren levensjaren voor enkele doodsoorzaken* (de verloren jaren bij sterfte onder zeventigjarige leeftijd). Nederland scoort vanuit EU-perspectief goed voor verkeersongevallen, levercirrose en kanker (alledrie voor mannen), ‘gemiddeld’ op het gebied van ischemische hartziekten (mannen) en zelfmoord (vrouwen), maar bepaald minder voor borst- en longkanker bij vrouwen.

Vervolgens wordt een zeer beperkte set van *determinanten van gezondheid* besproken, namelijk *gebruik van tabak en van alcohol*. Zowel bij mannen als vrouwen ligt Nederland vrijwel aan kop wat betreft het percentage rokers (rond 1996). Het alcoholgebruik per hoofd is alleen in sommige Skandinavische landen nog lager.

De volgende correlaties werden gepresenteerd:

- Tussen de levensverwachting en inkomen per hoofd van de bevolking bleek geen duidelijk verband behalve bij de armere landen.
- De *toename* van de levensverwachting (vrouwen) als functie van de *groei* in het Bruto Binnenlands Product per hoofd vertoonde wel een positieve correlatie, met onder meer Nederland en vooral Denemarken als achterblijvers.
- Toenemende inkomensongelijkheid vertoonde een zwak verband met de een afnemende levensverwachting van vrouwen, maar een veel duidelijker verband met zuigelingensterfte.

Deze bevindingen zijn in lijn met andere studies. Met name de laatste twee verdienen een nadere analyse.

De volgende *indicatoren van de gezondheidszorg* (data van de OECD) worden gepresenteerd:

- de nationale *uitgaven in de zorg* (% BBP en US\$ koopkracht pariteiten),
- de *stijging van uitgaven* (per hoofd, in constante prijzen t.o.v. 1980).

Nederland was qua hoogte van de uitgaven in 1997 vijfde van 15 OECD landen. De relatieve stijging sinds 1980 was onder het OECD gemiddelde.

Er wordt vervolgens ingegaan op studies die de groei van nationale zorguitgaven kunnen verklaren. Stijging van het BBP lijkt de sterkst bepalende factor en er worden studies aangehaald, die suggereren dat vergrijzing er niet toe zou doen en dat het hebben van ‘poortwachters’ (huisartsen in het Nederlandse systeem) tot een goedkoper systeem zou leiden. Het valt niet uit de tekst op te maken of het bij deze constatering gaat om uitkomsten van een systematische analyse van de betreffende literatuur.

Vervolgens wordt d.m.v. gegevens van de ‘Eurobarometer’ studies gekeken naar *medische consumptie*, waaronder het *contact met de arts* en een aantal maten voor *medicijngebruik* (voorgescreven, zelf gekocht) en *gebruik van vitamines*. Daarna wordt een analyse gegeven van de *hoeveelheid medische onderzoeken*, die in EU landen wordt ondergaan, hetzij op eigen initiatief, dan wel op initiatief van de arts. Nederland ‘consumeert’ relatief weinig zorg.

*Tevredenheid met zorg* wordt uitgebreid besproken (Mossialos, 1997). En uiteindelijk wordt deze tevredenheid gecorreleerd aan de hoeveelheid geld die de EU-landen aan zorg besteden. De Nederlander behoort tot de meest tevreden Europeanen m.b.t. de zorg. De Nederlander scoort ‘gemiddeld’ bij de vraag of er meer geld naar de zorg moet.

Het laatste grote onderwerp is een vergelijking van gezondheidszorgstelsels. Daarbij wordt vooral naar organisatie en financiering gekeken, maar ook naar zorgaanbod en honoreringsverschillen en naar zorghervormingen, die in Europa aan de orde zijn. Dit onderdeel is vooral kwalitatief en

beschrijvend uitgewerkt. Als typische kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel worden genoemd: de afkeer van eigen bijdragen en de belangrijke rol van de huisarts als poortwachter.

Concluderend: Nederland is volgens het SCP rapport op enkele indicatoren van *gezondheid* door andere EU-landen ingehaald. Dit geldt met name voor de *zuigelingensterfte* en voor de *levensverwachting*. Hier worden relatief ongunstige trends gesignaleerd. Nederland doet het 'gemiddeld' op het gebied van sterfte aan kanker en hart- en vaatziekten (vanuit een EU perspectief) en goed t.a.v. sterfte aan verkeersongevallen. Over de Nederlandse *gezondheidszorg* wordt gezegd dat de medische consumptie laag is. De uitgaven voor de zorg, via sociale of particuliere verzekeringen, zijn aan de hoge kant, maar daar staat tegenover dat de bevolking in ruil daarvoor kan beschikken over een breed pakket aan voorzieningen.

## **5.6 Discussie**

Er is in het SCP rapport gekozen voor een heldere verhaallijn, waarbij elementen van gezondheid opeenvolgend besproken worden. meer dan in de andere rapportages wordt naar trends gekeken en worden verbanden onderzocht door het uitvoeren van enkele correlatie-analyses. De verhaallijn wordt niet altijd volledig uitgewerkt. Zo zijn tussentijdse, soms impliciete, conclusies over de Nederlandse gezondheidstoestand niet in het eindoordeel terug te vinden. De uitgevoerde correlaties vormen een signaal maar zeggen weinig zonder een verder gaande analyse.

## **5.7 Conclusies voor beleid**

Dit rapport richt zich vooral op de positie die Nederland binnen de EU inneemt. Het accentueert daarmee het toenemend belang van de Europese Unie voor de Nederlandse volksgezondheid. Het stelt het vroegere oordeel ter discussie dat Nederland op het gebied van gezondheid het zo goed zou doen en dat het Nederlandse gezondheidssysteem zo goedkoop zou zijn. De belangrijkste concrete conclusies zijn de constatering ten aanzien van de minder gunstige trends in de levensverwachting en zuigelingensterfte. Deze zijn in een aparte rapportage nader onderzocht (Achterberg et al., 2001; van der Wilk et al., 2001).





## 6. Andere vergelijkende publikaties over gezondheid en zorg

Naast de hierboven besproken vier rapporten zijn er veel meer publicaties die recentelijk aspecten van de Nederlandse gezondheid en zorg vanuit een internationaal perspectief beschreven hebben. We gaan hier kort in op twee daarvan omdat deze vooral op het terrein van internationale zorgvergelijkingen conceptuele of methodologische meerwaarde bezitten, en aansluiten bij de hier besproken rapporten.

*OECD 2000: Performance measurement and performance management in OECD health systems*

Dit rapport (OECD, 2000b) vergelijkt concepten en indicatoren voor het bepalen van de 'performance' van nationale gezondheidssystemen, zoals die in een aantal Angelsaksische landen (V.S., Engeland, Australië en Canada) en internationale organisaties (WHO, OECD) worden uitgewerkt. Het presenteert een goede 'state of the art' beschrijving en geeft ook heldere kritiek en aanvullingen op het raamwerk en de concepten van het WHO2000 rapport op dit punt.

Geconcludeerd wordt dat er nog geen overeenstemming bestaat over deze concepten. Dit komt onder andere doordat binnen verschillende analysekaders verschillende doelen geformuleerd worden. Ook worden er vaak concessies gedaan aan de problemen die ontstaan bij het uitwerken van complexe, hoog-abstrakte, concepten, zoals 'uitkomsten' en 'efficiency'. Een goede operationalisering en onderbouwing met gegevens zijn in de praktijk vaak problematisch.

Het rapport geeft vervolgens aan in hoeverre er recent op een aantal indicator-gebieden vooruitgang gemaakt is. Onderscheiden worden:

- 'health outcomes' (relatively slow progress, proxies abound)
- 'responsiveness of health services' (faster progress)
- 'equity' (slow progress), en
- 'overall measures for efficiency' (slow progress).

Om internationale vergelijkbaarheid te bereiken is harmonisatie van concepten en gegevens essentieel. Dit vergt een complex internationaal overlegproces. Het rapport presenteert conclusies over vergelijkbare en verschillende elementen en instituties van kwaliteitsborging in diverse landen. Het wijst op de noodzaak om hier naar betere indicatoren te zoeken, en levert aan deze discussie een belangrijke bijdrage, in conceptuele en praktische zin.

*CBS 1999: International Comparison of Health Care Data. Methodology development and application*

Op verzoek van het Nederlandse Ministerie van VWS is enige tijd geleden een project uitgevoerd, getiteld 'International comparison of health care data' dat is uitgevoerd door het CBS in samenwerking met experts uit België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland, Zwitserland en van de OECD, WHO/Europa en Eurostat (van Mosseveld en van Son, 1999).

Na bilaterale vergelijking tussen Nederlandse gezondheidsdata en die van de deelnemende landen is een gezamenlijk vergelijkbaar pakket (Common Comparable Package, CCP) opgesteld. Deze vergelijkingen maken goed duidelijk hoe complex de vergelijking van gegevens over de gezondheidszorg is, waar de kenmerken van zorgsystemen per land nog zo verschillen, en daarmee ook begrippen en definities.

Recenter hebben de OECD en Eurostat samen op dit traject verdere stappen gezet met de publicatie van het 'System of health Accounts'. Dit houdt in dat activiteiten in de gezondheidszorg vooral op functionele basis worden onderscheiden, los van de organisatorische structuur die per land verschillend kan zijn. Daarmee wordt het in principe eenvoudiger vergelijkingen te maken van volumes en kosten (OECD, 2000c).

*Andere internationaal vergelijkende rapporten*

Naast de hierboven genoemde zijn er in Nederland nog vele andere publikaties verschenen waarin internationale vergelijkingen het onderwerp zijn. Dit betreft in de eerste plaats aspecten van het zorgsysteem, in relatie tot economische en legislatieve ontwikkelingen binnen de EU (bijvoorbeeld RVZ, 1999a, b, c; Westerhout, 1999; Schrijvers, 1997). Rapportages over kosten-ontwikkelingen en de gezondheidstoestand zijn onder meer verschenen in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (Prinsze en Achterberg, 1997; Helder en Achterberg, 1997).

Hiernaast wordt ook door internationale organisaties een groeiend aantal rapportages gepubliceerd. Voorbeelden zijn de publikaties van de WHO-Europa, vooral over gezondheidstoestand en determinanten (WHO, 1977a, b), en van de EU (Ferrinho and Pereira Miguel, 2001; Eurostat, 2000).

## 7. Vergelijkende conclusies over vier rapporten

### 7.1 Positie, doel en reikwijdte

Voor al de besproken rapporten geldt dat ze internationale vergelijkingen presenteren als ondersteuning voor nationaal gezondheidsbeleid. Geen enkele van de organisaties die deze rapporten hebben uitgegeven kent zelf een actieve beleidsverantwoordelijkheid op gezondheidsterrein. De motieven voor het uitbrengen van de rapporten zijn verschillend: van sociaal-gedreven (WHO) tot sterk economisch gemotiveerd (OECD). De rapporten komen alle regelmatig uit, hetzij jaarlijks, danwel vierjaarlijks. In feite heeft er in 2000 met het verschijnen van al deze rapportages een explosie plaats gevonden van internationale vergelijkingen van gezondheid en zorg.

De WHO kiest als expliciet doel de prestatie van ‘gezondheidssystemen’ als totaal te beoordelen. Het SZW rapport doet eigenlijk hetzelfde, maar veel minder ambitieus en pragmatischer, en als onderdeel van een breder sociaal-economisch perspectief. Het OECD landenrapport is veeleer een individueel advies aan Nederland over een aantal economische terreinen, waaronder de gezondheidszorg (zorgorganisatie). Het SCP laat vooral een geselecteerde set gegevens over gezondheid en zorg voor zich zelf spreken, in het kader van een veel bredere sociaal-culturele beschouwing van de positie van Nederland in Europa. Het onder *hoofdstuk 6* genoemde OECD-rapport over ‘performance measurement’ zoekt hetzelfde perspectief als het WHO-rapport, maar gaat meer beschouwend op de fundamentele kant van de gebruikte concepten in.

De geografische breedte van de vergelijking verschilt sterk: De WHO bestrijkt alle 191 lidstaten, de OECD gebruikt vooral het eigen kader (29 landen) als referentie voor zijn blik op de Nederlandse situatie, maar presenteert voor Nederland ook enkele EU-brede vergelijkingen. Het SCP kiest een variabel vergelijkingskader, maar ook dat richt zich dikwijls op de OECD. Voor het SZW rapport wordt het vergelijkingskader gevormd door 8 EU landen en de Verenigde Staten.

### 7.2 Structuur van de rapporten

De rapporten van OECD, SZW en SCP zijn op zichzelf leesbaar. In al deze drie rapporten komt de gezondheid(szorg) slechts in één van een reeks hoofdstukken aan de orde. Het WHO-rapport is het enige dat onderbouwd is met (circa 30) achtergrondrapporten, opvraagbaar via internet. Naast de delen waarin de gezondheidssystemen beoordeeld worden omvat het WHO-rapport ook een aantal hoofdstukken met aanbevelingen over de wenselijk organisatievorm van gezondheidsstelsels.

### 7.3 Objecten van analyse

Twee van de rapporten (WHO en SZW) hebben expliciet een aantal indicatoren gekozen om het ‘gezondheidssysteem’, danwel ‘zorgsysteem’ te beoordelen of van een score te voorzien. WHO gebruikt daarbij grotendeels nieuwe concepten en indicatoren, die zowel de gezondheidstoestand (niveau en verschillen) als aspecten van het zorgsysteem betreffen. De gekozen indicatoren dekken maar ten dele de gestelde doelen, en kunnen nog nauwelijks met internationaal vergelijkbare data gevuld worden (hieraan wordt wel gewerkt). Toetsing van deze concepten en daaraan gekoppelde methoden aan het wetenschappelijk forum heeft nog nauwelijks plaatsgevonden en is er sprake van veel kritisch commentaar. In tegenstelling tot deze ambitieuze aanpak heeft SZW veeleer een aantal bestaande en voor dit doel plausibele concepten (zoals gezondheidstoestand, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg) bij elkaar gezocht.

OECD en SCP werken minder vanuit een expliciet concept. Ook hier is een reeks indicatoren van vooral gezondheidstoestand en zorg op een rij gezet, vooral aan de hand van de beschikbaarheid van gegevens. Bij OECD is weinig sprake van een duidelijke relatie tussen de gepresenteerde gegevens en de economische boodschap van het rapport. SCP heeft meer dan de andere rapporten analyses toegevoegd, onder meer over verbanden tussen ontwikkeling in levensverwachting en economische ontwikkelingen. In plaats van een score toe te kennen wordt dus veeleer naar verklaringen gezocht.

Om de gepresenteerde indicatoren uit de diverse rapporten vergelijkenderwijs te ordenen is het conceptuele indelingsschema van VTV-1997 (Ruwaard en Kramers, 1997) als uitgangspunt gebruikt (*Bijlage 5*). Hier blijkt dat vrijwel alle besproken indicatoren in de categorieën ‘gezondheidstoestand’ en ‘zorgsysteem’ vallen. Uit de categorieën ‘demografie’ (als onderdeel van de ‘autonome ontwikkelingen’ in het VTV-model) en ‘determinanten’ zijn slechts in beperkte mate indicatoren en gegevens gepresenteerd, als achtergrond (WHO) of als geïsoleerd gegeven (SCP). Deze spelen verder geen rol in de gepresenteerde beoordelingen. Dit is een interessante constatering omdat een ‘gezondheidssysteem’ met name ook buiten de zorg gelegen determinanten als aangrijpingspunten voor actie zou kunnen kenschetsen.

#### 7.4 Indicatoren, gegevens en methodologie

Voor het WHO-rapport geldt dat voor een zeer belangrijk deel geen gegevens voorhanden waren om de indicatoren in te vullen. Deze tekorten zijn gecompenseerd door niet nader te traceren ‘extrapolaties’ en ‘indirecte afleidingen’, en door het gebruik van complexe statistische bewerkingen. Wel zijn activiteiten gestart om in de toekomst deze gegevens wel in handen te krijgen. De wijze waarop de gekozen concepten met gegevens en vooral schattingen zijn gevuld vormt de belangrijkste bron van kritiek op het WHO-rapport.

Het SZW-rapport heeft beschikbare gegevens gebruikt om zijn indicatoren te vullen. Deze gegevens dekken echter maar zeer ten dele de betekenis van de indicatoren. De berekening van totaalscores door SZW is, veel eenvoudiger dan bij WHO, uitgevoerd door ongewogen gemiddeldes van rangordecijfers te berekenen. Voor SZW zowel als voor OECD en SCP geldt dat de meeste gegevens zijn ontleend aan de OECD database.

#### 7.5 Resultaten

De WHO presenteert een geprononceerde visie over wat een gezondheidssysteem behoort te doen, en geeft aan de uitkomsten van de complexe berekeningen extra impact door ze in de vorm van ranglijsten te presenteren. Nederland scoort daarbij op de 17e plaats van 191 landen. In de rangorde van SZW eindigt Nederland op de 3e plaats van 9 landen.

OECD komt met concrete aanbevelingen ten aanzien van bijvoorbeeld meer marktwerking. SZW meldt dat goed sociaal beleid (ook in de zorg) niet strijdig hoeft te zijn met economische prestaties. SCP tenslotte benadrukt onder meer de stagnatie in de ontwikkeling van de levensverwachting en zuigelingensterfte, in vergelijking met omliggende landen.

Ten aanzien van de concrete gegevens vatten we hieronder in *tabel 3* nogmaals de belangrijkste resultaten samen over de ‘prestaties’ van Nederland op het gebied van gezondheidstoestand en zorg zoals weergegeven in de diverse rapporten. Vervolgens zijn de uitkomsten nog verder toegelicht, opgesplitst naar ‘gezondheidstoestand’ en ‘gezondheidszorg’.

##### *Gezondheidstoestand*

Anders dan bij SCP is in de concepten van WHO en SZW de ‘gezondheidstoestand’ vooral opgevat als een (gebrekkige) proxy voor het succes van het zorgsysteem, en meegenomen als bouwsteen voor het berekenen van scores.

Waar alle rapporten de *levensverwachting* geven, zijn de getallen toch niet echt vergelijkbaar. Voor Nederland geeft de WHO 75,0 en 81,1 (mannen, vrouwen) als getallen voor 1999 (wiskundig geëxtrapoleerd, onduidelijk vanuit welke cijfers). SZW (OECD) geeft 74,6 resp. 80,3 voor mannen en vrouwen in 1996 (OECD cijfers; dit komt overeen met VTV-1997 (Ruwaard en Kramers, 1997) voor 1994, CBS cijfers). SCP geeft 75,1 resp. 80,5 voor 1997/1998 (cijfers van de raad van Europa). Afgezien van verschillen tussen jaren blijkt dit soort verschillen te kunnen optreden door variaties in de berekeningswijze.

Ten aanzien van *zuigelingensterfte* vermelden SZW en SCP voor hetzelfde jaar (1996, beide verwijzend naar OECD; bij OECD alleen in staafdiagram gegeven) bijna nergens precies dezelfde

getallen. Wel blijkt in alle lijstjes Nederland recent in de middenmoot te eindigen, terwijl langer geleden sprake was van een hogere positie. De door de WHO gebruikte maat voor gezondheidsverschillen is gebaseerd op kindersterfte (sterftekans onder 5 jaar), gepresenteerd als een index en een rangnummer 15 met groot betrouwbaarheidsinterval, en mede gegeven de discutabele uitgangspunten en onzekerheid over de rekenwijze van geen betekenis voor Nederland.

Alleen SCP geeft de *trends* in levensverwachting en zuigelingensterfte en signaleert daarmee duidelijk een probleem.

Tabel 3: Positie van Nederland in vergelijking met EU en OECD landen (NB: de beoordeling 'slecht' of 'goed' is altijd gebonden aan bepaalde premissen!)

<i>Relatief slecht</i>	<i>Ca. gemiddeld</i>	<i>Relatief goed</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trends in levensverwachting, zuigelingensterfte (SCP)</li> <li>– (Trend in) rookgedrag (SCP)</li> <li>– Lage artsendichtheid, weinig opleidingsplaatsen, wachtlijsten (OECD)</li> <li>– Laag % personeel aan het bed (SZW)</li> <li>– Toename medicijnkosten (OECD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Status levensverwachting; zuigelingensterfte (alle rapporten)</li> <li>– Gezonde levensverwachting (matig vergelijkbaar; SCP);</li> <li>– DALE (WHO)</li> <li>– Vroegtijdige sterfte bij vrouwen (SCP)</li> <li>– Responsiveness; fairness of financial contribution (WHO)</li> <li>– Consultaties arts extramuraal per hoofd (OECD)</li> <li>– (Groei) uitgavenquote (alle rapporten)</li> <li>– Uitgaven aan medicijnen (OECD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vroegtijdige sterfte bij mannen relatief laag (SCP)</li> <li>– Ervaren gezondheid (OECD)</li> <li>– Tevredenheid met de zorg (OECD, SZW, SCP)</li> <li>– Medische consumptie relatief laag (SCP)</li> </ul>

OECD en SCP presenteren daarnaast *verloren levensjaren*, een maat waarin vroeger overlijden (vanaf 70 jaar teruggerekend) zwaarder wordt gewogen en die dus vooral 'vroegtijdige' sterfte aangeeft. Nederland scoort hier goed voor de mannen, minder voor de vrouwen. Waar SCP voor deze vroegtijdige sterfte ook trends per doodsoorzaak aangeeft, springen borstkanker en vooral longkanker er voor Nederlandse vrouwen negatief uit, verkeersongevallen en levercirrose voor mannen juist positief. In alle gevallen is de OECD database de bron.

SCP geeft ook data over *ervaren gezondheid*, met name de overal waargenomen bestaande verschillen hierin naar sociaal-economische status.

Onder de *samengestelde maten* komt het SCP met data over de gezonde levensverwachting (uitgerekend als 'levensverwachting zonder ernstige beperkingen' en berekend op basis van de Eurobarometer survey door Euro-Reves: een netwerk voor de studie van gezonde levensverwachting). Hier scoort Nederland een 7e plaats binnen 12 EU-landen (1994).

Alleen bij de WHO is er sprake van een echte samenhang tussen de verschillende gepresenteerde onderdelen: de DALY-gegevens zowel als de oorzaakspecifieke sterftegegevens worden alle in principe gebruikt voor de berekening van de gekozen DALE-indicator. Hierop scoort Nederland als 13e (DALE = 69,6 respectievelijk 74,4 jaar voor mannen en vrouwen, dus circa 6 jaar gezondheidsverlies). Echter, op grond van wat we (niet) weten over de gebruikte gegevens en aannames kan aan dit rangnummer weinig betekenis worden toegekend.

### Zorgsysteem

De voor het zorgsysteem gebruikte indicatoren kunnen conform de OECD indicatorenlijst, worden onderverdeeld naar: aanbod, gebruik, financiering, kosten en kwaliteit (zie *Bijlage 5*).

De meeste analyses (uitgezonderd WHO) beginnen met de *kosten*, en geven de totaalkosten als percentage van het BBP, meestal ontleend aan OECD (zie SZW, 2000) of aan de CCP studie van het CBS (zie *hoofdstuk 6*). Hier komen de getallen overigens niet steeds overeen, waarschijnlijk omdat op verschillende manieren is gecorrigeerd voor ‘out of pocket’ betalingen. Dit leidt overigens niet tot sterk verschillende beelden over de middenpositie van Nederland, zowel in de EU als in de OECD.

Hiernaast worden door OECD, SZW en SCP (ook dikwijls ontleend aan de OECD) diverse gegevens over *aanbod, gebruik en financiering* gepresenteerd. Het SZW rapport heeft deze vooral geselecteerd om input- en proces-indicatoren te kunnen berekenen. Het SZW rapport geeft daarbij de interessante analyse dat de uitgavenquote (in percentage van het BBP) niet duidelijk gerelateerd lijkt te zijn aan de mate van aanbod- of vraagregulering en ook niet aan het aandeel van de eigen bijdrage in de uitgaven, in tegenstelling tot wat men zou verwachten. Wel lijkt de poortwachtersrol van de huisarts soms geassocieerd met lagere uitgaven, hoewel dat niet in alle landen zo is.

Het WHO-concept van ‘*responsiveness*’ heeft als idee wel aansluiting bij begrippen als *toegankelijkheid* (SZW) en *tevredenheid* (*diverse rapporten*). Deze begrippen zijn echter ieder volledig anders geoperationaliseerd. Rechtstreekse vergelijking van gegevens is dus niet mogelijk.

Bij OECD en SCP worden de gegevens niet gebruikt om kwantitatieve scores te berekenen, en maar ten dele voor algemene aanbevelingen. Overeenkomsten hierin zijn wel te vinden: De constatering van de OECD dat in Nederland een overmaat van regulering de efficiency van de zorg niet ten goede komt vinden we mogelijk terug in de lage score bij SZW voor de indicatoren ‘doelmatigheid’ en ‘kostenbeheersende prikkels’; en bij de analyse van het SCP over de stagnatie in de AWBZ.

## 6.6 Discussie

De vraag is nu hoe serieus we de resultaten moeten nemen gegeven de gemaakte methodologische kanttekeningen. Voor het WHO-rapport is duidelijk gemaakt dat we (ondanks de in principe wel aansprekende concepten) door het gebrek aan transparantie met de rangordegetallen weinig kunnen. Daarnaast zijn er veel vraagtekens bij de wijze waarop de centrale concepten als indicatoren vertaald zijn, en nog meer bij de manier waarop deze met gegevens of geconstrueerde schattingen gevuld zijn.

In de totaalscores van de WHO valt op dat Frankrijk relatief goed en Zweden en Denemarken relatief slecht scoren, terwijl dat in het SZW rapport juist andersom is. Afgezien van het feit dat de scores op heel verschillende gegevens berusten, geldt hier het commentaar (zie ook *Bijlage 3*) dat de hoge score voor Frankrijk voor een groot deel bepaald wordt door een verkeerde inschatting van het onderwijsniveau aldaar.

Het SZW-rapport is betrekkelijk transparant van opzet en uitwerking. Gegeven de manier waarop de gekozen concepten met gegevens zijn gevuld is echter twijfelachtig of de scores wel iets zeggen over datgene waarover ze pretenderen iets te zeggen, en of ze de eindconclusie rechtvaardigen: dat Nederland zich zorgen moet maken over de financieel-organisatorische aspecten van de zorg. De OECD-adviezen in deze zelfde richting zijn veel minder op feitelijke gegevens gebaseerd en reflecteren wellicht meer een gangbare denktrant, gedomineerd door markt-economische overwegingen.

In het algemeen kunnen we stellen dat de gegeven vergelijkingen zijn gemaakt op basis van primaire gegevens of van complexe daaruit berekende indexen. Reeds voor de primaire gegevens geldt dat de internationale vergelijkbaarheid nog lang niet optimaal is. Relatief gunstige uitzonderingen vormen voorlopig de sterftestatistiek en sommige centraal opgezette onderzoeken (European Community Household Panel). Daarentegen zijn gegevens over ziekte (de ziektelast-component van de DALE) en veel gegevens in de zorg (bijvoorbeeld wat betreft ziekenhuisbedden) beperkt vergelijkbaar, wat de laatste betreft is in elk geval een adequate correctie voor verschillen in het zorgsysteem nodig. Dit is nog sterker het geval voor complexe indices die aan een concept zijn gekoppeld zoals de ‘performance of the health system’ (WHO). Hier wordt aan de gebrekkige vergelijkbaarheid van de gegevens nog eens de discussie over de juistheid van de gekozen rekenwijze toegevoegd.

## 8. Conclusies voor beleid

### *Meerwaarde van het internationale perspectief*

In hoeverre kan het gezondheidsbeleid van het bovenstaande leren? In het algemeen geldt dat enerzijds vergelijking van gegevens, anderzijds spiegeling aan een duidelijke in een internationale organisatie vormgegeven visie inspiratie voor beleid kan vormen.

We constateren een toenemende aandacht voor internationale vergelijkingen van gegevens op het gebied van de volksgezondheid ('benchmarking'). Recent wordt de aandacht breder, doordat naast sterfte en gezondheid ook de organisatie, financiering en kosten van zorg in de vergelijking betrokken worden. Dit lijkt vooral ingegeven door de erkenning bij beleidsmakers in westerse landen dat, met de toenemende Europeanisering, landen in toenemende mate met vergelijkbare problemen te maken hebben, en dat problemen in toenemende mate over landsgrenzen gaan.

Behalve dat internationale vergelijkingen een bron van informatie en inspiratie kunnen vormen voor nationaal beleid, is het voor een effectieve participatie van Nederland in internationale kaders nuttig inzicht te hebben in de positie die Nederland inneemt temidden van de buurlanden. Zulke kaders zijn de WHO (wereldwijd en Europees), de Europese Unie, de OECD, de Raad van Europa, de Wereldbank en de FAO. Recent zijn naast de WHO (Headquarters in Genève én WHO-Europe in Kopenhagen) de Europese Commissie en de OECD in toenemende mate actief op het terrein van 'information for public health policy' en krijgen onderdelen van volksgezondheidsbeleid steeds meer internationale dimensies.

Ook de media vinden internationale vergelijkingen interessant. Vooral scores of ranglijsten spreken aan en krijgen via de media ook politieke betekenis. Het hier besproken WHO rapport heeft hiervan duidelijk gebruik gemaakt. Hiermee is weliswaar de volksgezondheid weer eens hoog op de agenda gekomen, maar blijkt ook dat deze wijze van publiciteit zoeken door de ongenueanceerde presentatievorm in het concrete beleid contraproductief kan werken.

Tenslotte kunnen internationale vergelijkingen aangeven op welke gebieden een land zijn nationale dataverzameling kan verbeteren, en vooral waar door internationale inspanningen het regelmatig verwerven van vergelijkbare gegevens kan worden verbeterd.

### *Via vergelijking naar gelijkheid?*

Achter internationale vergelijkingen van zorg en gezondheid en de vraag naar het nut ervan voor het beleid liggen enkele meer fundamentele vragen. Willen we uiteindelijk voor alle landen en mensen dezelfde gezondheidstoestand en hetzelfde gezondheidssysteem? Of willen we geobserveerde verschillen kunnen verklaren en relateren aan de door onszelf gestelde doelen? Wanneer zijn we tevreden? Wanneer alles gelijk is of als Nederland aan de top staat? Is aan de top staan voldoende, als het nog makkelijk beter kan? De 'equity' doelstellingen, zoals van het WHO programma Health for All, gaan er vanuit dat het niveau van het 'beste' land voor de andere landen in principe ook haalbaar is.

Met name voor het zorgsysteem geldt voornamelijk dat landen of regio's hun culturele of politieke voorkeuren willen kunnen vormgeven. Ook in dit licht kan internationaal vergelijkend onderzoek helpen om de keuzes te onderbouwen en explicieter te maken.

### *Concrete lessen voor het gezondheidsbeleid?*

De scores zoals gepresenteerd door WHO en SZW vormen wel een signaal, maar zijn als zodanig niet bruikbaar voor het geven van richting aan beleid. Bij de WHO is dat vooral omdat de score een 'black box' is, en niet herleidbaar op de oorspronkelijke componenten. Voor beide geldt dat de implementatie van de elementen van de score, voor zover traceerbaar, discutabel is.

De concrete gegevens, zoals samengevat in *tabel 3*, geven veel duidelijker aanknopingspunten. De gegevens over de trends in levensverwachting, zuigelingensterfte en rookgedrag bijvoorbeeld spreken

duidelijke taal, en vragen om een antwoord van het volksgezondheidsbeleid. Op deze trends wordt in aparte RIVM-rapportages ingegaan (Achterberg et al., 2001; van der Wilk et al., 2001).

Ten aanzien van zorg en kosten blijkt dat de (groei van de) uitgavenquote in de zorg, evenals het uitgaven-niveau voor geneesmiddelen, vergelijkenderwijs niet uitzonderlijk hoog is. De onder 'zorg' gesignaleerde 'negatieve' elementen, het (dreigende) artsentekort en het lage percentage 'handen aan het bed', zijn relevant maar worden reeds door het beleid onderkend.

Naast deze gegevens zijn het vooral de aanbevelingen in woorden, die het beleid al dan niet ter harte kan nemen. Het OECD rapport (deels ook het SZW rapport) wijst op de reeds bij het beleid bekende problemen in het nationale zorgstelsel en geeft aanbevelingen als: meer marktwerking, concurrentie binnen het zorgstelsel, aanpakken van wachtlijsten, het regelmatig 'benchmarken' van zorginstellingen, terugdringen van de kosten van medicijnen, meer systematische toepassing van 'evidence-based medicine', verbeteren van het preventiebeleid. Het OECD rapport laat helaas de kans liggen om ook op de goede aspecten van het Nederlandse zorgstelsel te wijzen, die we bij een eventuele stelselherziening niet verloren willen laten gaan.

De suggestie in het OECD rapport over de hoge Nederlandse uitgaven aan medicijnen worden niet ondersteund door de gepresenteerde cijfers: die liggen nog onder het EU en OECD gemiddelde. Het is hoogstens de recente stijging van die kosten die zorgen baart. Omdat de gebruikte cijfers vaak het product zijn van prijs en volume moet hier de nuancering gemaakt dat cijfers over uitgaven aan medicijnen eigenlijk vergezeld moeten gaan van cijfers over het werkelijk gebruik ervan en daarover zijn nog weinig goed vergelijkbare gegevens beschikbaar.

Op een meer sociaal-politiek niveau is het vooral de visie van de WHO op wat een rechtvaardig zorgstelsel is, die als inspiratie zou kunnen dienen voor de stelselbespreking, hoewel het pleidooi van de WHO vooral gericht is op de landen waar nauwelijks een sociaal vangnet is voor onvoorziene grote medische uitgaven. De score voor de 'fairness of financial contribution' geeft de suggestie dat het Nederlandse verzekeringsstelsel niet optimaal 'fair' zou zijn, maar hier is geen rekening gehouden met sociaal-economisch beleid buiten het zorgstelsel.

#### *De noodzaak van betere informatievoorziening*

De conclusies en oordelen die we in de verschillende rapporten tegenkomen wijzen vaak op de noodzaak tot diepgaande analyses. Er wordt immers veelal alleen 'beschrijvend' en niet 'verklarend' gerapporteerd. Waarom is de Nederlandse levensverwachting relatief hoog of laag? Waarom gebruiken we veel (of weinig) medicijnen? Een werkelijk begrip van dit soort problemen vereist een heel andere benadering dan de berekening van scores, en inzicht in de detailstructuur van internationaal vergelijkbare gegevens.

Hoewel de OECD en WHO al veel data verzamelen en deze dan ook in alle rapporten gebruikt worden, is in de praktijk nog maar een beperkte set gegevens beschikbaar en goed vergelijkbaar. Recent wordt behalve door de OECD ook binnen het kader van de Europese Unie hard gewerkt om bijvoorbeeld gegevens over niet alleen gezondheid maar ook aanbod en gebruik van zorg, kosten en financiering beter tussen de lidstaten vergelijkbaar te maken. Hoewel het mandaat van de Europese Unie op het gebied van de gezondheidszorg beperkt is, is duidelijk dat het door de EU afdwingbare vrije vervoer van goederen en diensten in toenemende mate voor de gezondheidszorg in de lidstaten van belang wordt (RVZ, 1999a-c).

Benaderingen als van de WHO maar ook de OECD om een raamwerk te ontwerpen voor het meten van zoiets als 'de prestaties van een zorgstelsel' stijgen uit boven het verzamelen van vergelijkbare gegevens over de medische bedrijfsvoering, maar hebben deze data natuurlijk wel nodig. De meerwaarde van dergelijke benaderingen is dat ze van de primaire beleidsvraag uitgaan: hoe besteed ik mijn investeringen in de zorg efficiënt, gegeven randvoorwaarden A-Z? Hier ligt een ander signaal van deze rapporten: landen moeten pro-actief participeren in deze internationale activiteiten, allereerst om gezamenlijke concepten te ontwerpen, vervolgens om de transparantie en kwaliteit van de



methoden te verbeteren en tenslotte om de daarbij horende gegevens goed en vergelijkbaar te verzamelen.

Wanneer we derhalve mikken op een duurzame infrastructuur waarin het verzamelen en uitwisselen van internationaal vergelijkbare gegevens vanzelfsprekend wordt, is het aan te bevelen dat Nederland als lidstaat actief participeert door:

- zorg te besteden aan het ter beschikking stellen van de juiste gegevens aan de internationale instellingen;
- te participeren in de harmonisatie van gegevens en analyses, zodat de Nederlandse ervaringen en ideeën de internationale ontwikkelingen mede kunnen bepalen.

Dit geldt in eerste instantie voor beleidsgerichte internationale gremia en de gelieerde gegevensbanken. In samenhang hiermee is het adequaat stimuleren van netwerken van wetenschappelijk onderzoek evenzeer van belang: Regelmatig gebruiken de hier besproken Nederlandse rapporten in hun analyses de resultaten van specifiek, meestal Nederlands, onderzoek op deelgebieden (Van Mosseveld en van Son, 1999; Van Doorslaer et al., 1997; Van Kemenade, 1997; Mossialos, 1997). Dit accentueert het grote belang van dergelijk onderzoek en het nut van initiatieven daartoe vanuit het ministerie om de beschikbare informatie via specifieke analyses daadwerkelijk ten goede te laten komen aan beter beleid.



## 9. Literatuur

### Besproken rapporten

OECD, 2000 a. OECD Economic Surveys Netherlands March 2000. OECD, Paris, March 2000. (Chapter IV. The Health Care System).

OECD, 2000 b. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Working Party on Social Policy. Document nr: DEELSA/ELSA/WP1(2000)4. OECD Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs. Paris, October 2000.

SCP, 2000. Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Nederland in Europa. SCP, Den Haag, september 2000. (Hoofdstuk 8. Gezondheid en zorg: 8.4 t/m 8.7).

SZW, 1996. De Nederlandse verzorgingsstaat in internationaal en economisch perspectief. SZW, Den Haag, 1996. (Hoofdstuk 6. De Gezondheidszorg).

SZW, 2000. De Nederlandse verzorgingsstaat. Sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief. SZW, Den Haag, juli 2000. (Hoofdstuk 7. De Gezondheidszorg)

Van Mosseveld, CJPM; Van Son, P, 1999. International Comparison of Health Care Data. Methodology development and application. 1999. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands.

### Overige bronnen

Achterberg PW, Kramers PGN, 2001. Een gezonde start. Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit een internationaal perspectief. RIVM rapport no. 271558 003. RIVM, Bilthoven: April 2001.

Doorslaer E van, et al., 1997. Income-related inequalities in health: some international comparisons. *J. Health Economics* 1997; 16; 93-112; 18.

European Commission/Eurostat, 1999. Key data on Health 2000. Office for official publications of the European Communities. Luxembourg, 1999.

Ferrinho P and Pereira Miguel J (eds.), 2001. The Health Status of the European Union; narrowing the health gap. A summary report to the European Commission (Draft February 2001).

Helder JC, Achterberg PW, 1997. Future health expenditure in the European Union. Estimates of demographic effects. RIVM report: 432504 003, Bilthoven, RIVM, July 1997.

Hurst J, 2000. Challenges for health systems in Member Countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Bulletin of the World Health Organisation*: 2000, 78, 6, 751-760.

Kemenade, YW van, 1997. Health care in Europe 1997. The finance and reimbursement systems of 18 European countries. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Mosseveld CJPM van, Van Son P, 1999. International Comparison of Health Care Data. Advanced medico-technological procedures. CBS, Voorburg, March 1997.

Mossialos, E, 1997. Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union. *Health Economics* 1997; 6, 109-116.

Navarro V, 2000. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*: 2000; 356: 1598-1601.

OECD 2000c. A system of Health Accounts, version 1.0. Paris: OECD, 2000.

Prinsze FJ, Achterberg PW, 1997. De Nederlandse volksgezondheid in internationaal perspectief. In: Maas, IAM et al. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Deel I, De gezondheidstoestand: een actualisering.* pp 821-841. SdU Uitgeverij/RIVM, Den Haag/Bilthoven, 1997.

Ruwaard D, Kramers PGN (eds.), 1997. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, De som der delen.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 251 pp.

RVZ, 1999a. Europa en de gezondheidszorg. RVZ advies, Zoetermeer, december 1999.

RVZ, 1999b. De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG. Onderzoek naar de verenigbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel met het recht op Vrij Dienstenverkeer en het Europese Mededingingsrecht. Achtergrondstudie door Prof dr D Pieters, RVZ, Zoetermeer, december 1999.

RVZ, 1999c. Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa. Een economische verkenning. Achtergrondstudie door dr WBF Brouwer, RVZ, Zoetermeer, december 1999.

Schneider M, Beckmann M, et al., 1998. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. BASYS, Augsburg, Juli 1998.

Schrijvers AJP (ed), 1997. Health and Health Care in the Netherlands. A critical Self-assessment by Dutch experts in the Medical and Health Sciences. De Tijdstroom, Utrecht, 1997.

VWS, 2000. Beleidsagenda 2001. Speerpunten van VWS. Den Haag, september 2000.

Westerhout, EWTM, 1999. The future of the Dutch health care insurance system. CPB Report 99/4: 21-26. CPB, Den Haag, 1999.

WHO, 1997a. Health in Europe. WHO Regional Publications, European Series, No. 83. Copenhagen, 1997.

WHO, 1997b. Highlights on health in The Netherlands. WHO REgional Office for Europe. Copenhagen, 1997.

Wilk EA van der, Achterberg PW, Kramers PGN, 2001. Lang leve Nederland. Een analyse van de trends in de Nederlandse levensverwachting in een Europese context. RIVM rapport no. 271558 002. RIVM, Bilthoven: April 2001.

## Bijlage 1:

### Wat vinden Nederlandse experts?

#### *Een enquête onder Nederlandse experts*

Naast interne experts van VWS en RIVM zijn ook externe experts geconsulteerd en deze zijn gevraagd om hun mening over het WHO2000 rapport en over de door het RIVM opgestelde samenvatting van de vier rapporten. Hiernaast is aan een aantal nationale experts uit EU landen gevraagd om een indruk te geven van de ontvangst van het WHO rapport in hun land (*Annex 3*). Hieronder wordt het commentaar van de Nederlandse experts samengevat.

#### *Commentaar van de Nederlandse Experts op het WHO-rapport*

De vraagstelling was als volgt: ‘Wat is na lezing van het WHO rapport en de bijgesloten concept samenvatting uw commentaar op het WHO rapport ten aanzien van:

- Het conceptuele raamwerk voor de beoordeling van gezondheidssystemen?
- De gevolgde aanpak en methodiek(en)?
- De gebruikte data (en data-schattingen)?
- De resultaten (rankings) voor Nederland of andere landen?
- De bruikbaarheid voor het Nederlands beleid?
- Andere, nog niet genoemde, aspecten van dit rapport?
- Kunt u zich vinden in de samenvatting van het WHO rapport zoals verwoord in bijgaand concept?
- Heeft u afgezien van eerdere opmerkingen nog suggesties voor wijzigingen of aanvullingen?’

Omdat de antwoorden van de experts op bovenstaande vragen nogal eens vloeiend overliepen of tegelijk werden geformuleerd worden ze ook tegelijk samengevat.

De diverse experts waren unaniem in hun positieve waardering van de poging van de WHO om tot een eenduidige, vergelijkende methodiek te komen voor de beoordeling van nationale gezondheidssystemen. Visionair en ambitieus waren gebruikte karakterisering en met name theoretisch is het rapport een grote stap vooruit.

Het door de WHO geponeerde belang van een brede visie op gezondheidssystemen werd onderstreept: gezondheid is niet alleen afhankelijk van gezondheidszorg. Wel werd opgemerkt, dat er met name in de arme ontwikkelingslanden andere belangrijke factoren zijn (klimaat en natuurrampen, burgeroorlog), die grote effecten op de volksgezondheid hebben, terwijl ze toch buiten de door de WHO breed geformuleerde definitie van ‘health systems’ vallen. Daarvoor zou bij het berekenen van een ‘performance’ maat voor het gezondheidssysteem gecorrigeerd moeten worden.

Het ambitieniveau van het WHO rapport werd enerzijds geprezen, maar werd ook ‘wel erg hoog’ genoemd. Naast de informatie, die gerelateerd is aan het opstellen van de rankings (vooral hoofdstuk 2 en de Annexen) bevat het WHO rapport in zijn overige hoofdstukken nog veel andere interessante en goed leesbare informatie, iets dat in de RIVM samenvatting onderbelicht is gebleven, omdat deze zich vooral richt op de beoordeling van de systemen.

Het WHO raamwerk werd geprezen om zijn bruikbaarheid als spiegel voor beleid en stimulerend en inspirerend genoemd voor diegenen, die in internationale vergelijkingen geïnteresseerd zijn. De explicitering en kwantitatieve beoordeling van doelen van gezondheidssystemen werd betiteld als ‘een uitstekend initiatief’, ‘een goede slag’ en ‘een flinke stap in de goede richting’, vooral in vergelijking met eerdere WHO rapporten. De manier waarop dat is gebeurd en de wegingen die soms zijn toegepast worden enkele malen ‘arbitrair’ genoemd. Daarbij werd opgemerkt, dat het wel altijd een punt van discussie zal blijven of de door de WHO geselecteerde doelen de ultieme set van beleidsdoelen van gezondheidssystemen vertegenwoordigen. Soms werd betwijfeld of dit alles zijn uiteindelijke weerslag in één eindmaat zou moeten krijgen.

Daarbij werd opgemerkt dat het in de uiteindelijke performance index ook ontbreekt aan inzicht in hoe beleid en uitvoeringszaken tot stand komen.

Regelmatig werd de vraag gesteld of het wel zinvol is om alle landen van de wereld op precies dezelfde manier te willen vergelijken. Sommige experts stelden voor dat een betere benadering zou zijn om te vergelijken via clusters van goed vergelijkbare landen, bijvoorbeeld ten aanzien van economische ontwikkeling, hoogte van uitgaven aan zorg en niveau van educatie. Het OECD kader lijkt daar geschikt voor.

Er werd opgemerkt, dat de publicatie van de als ‘voorlopig’ betitelde resultaten in deze fase van het onderzoekswerk nogal prematuur is geweest. Dit vooral gezien het erg frequent gebruik van schattingen en van resultaten van surveys onder selecties van respondenten in een beperkt aantal landen. Ook de uiterst geringe transparantie en het gebrek aan wetenschappelijke toetsing van de gehanteerde methodologie dragen aan de indruk van prematuriteit bij. De geloofwaardigheid van de uiteindelijke uitkomsten staat hiermee volgens sommige experts nadrukkelijk ter discussie.

Een aantal van de opgestelde theoretische ‘constructen’ worden positief beoordeeld, zoals de DALE, omdat daarin aspecten van kwaliteit van leven met sterfte gecombineerd worden. Wel wordt er een grote wissel getrokken op de kwaliteit van deze data met name bij het gebruik voor de meting van performance. Zoals eerder gezegd komt dit mede doordat vooral in ontwikkelingslanden andere factoren dan het gezondheidssysteem erg veel invloed op gezondheid kunnen hebben.

De poging van de WHO om ‘performance’ te kwantificeren wordt op zichzelf loofwaardig genoemd en de manier waarop ‘level of education’ wordt gebruikt in de schatting van de eindmaat voor ‘performance’ werd door sommige experts een methodologische vernieuwing genoemd, indien de gebruikte data goed vergelijkbaar zouden zijn. Anderen vroegen zich af of er misschien niet gedacht moest worden in de richting van een maat als ‘economic deprivation’ als drijvende kracht achter (on)gezondheid.

De ‘performance’ maat blijkt sterk afhankelijk van de kwaliteit van data over educatie en nationale zorguitgaven. In deze data bestaan internationale discrepanties. Naast het in het rapport aangehaalde voorbeeld over problemen rond de vergelijkbaarheid van gegevens over educatie werd ook gezegd dat de nationale zorguitgaven in het WHO rapport en in de OECD database soms verschillen.

Eén expert vroeg zich nadrukkelijk af of de door de WHO gehanteerde indicatoren voor ongelijkheid en eerlijke financiering wel op een breed draagvlak berusten. Uit eigen onderzoek bleek dat ongelijkheid vaak pas als onbillijk wordt ervaren wanneer deze systematisch samenhangt met bepaalde kenmerken, zoals sociaal economische positie. Dit onderscheidt zich van de ‘ongedifferentieerde’ ongelijkheidsmaat van de WHO, die vooralsnog alleen theoretisch kan worden opgesplitst naar, bijvoorbeeld, inkomen.

De WHO vult volgens enkele experts sommige onderdelen van het conceptuele raamwerk nogal normatief in.

Hoewel werd gezegd dat de eindconclusie ten aanzien van performance als een ‘konijn uit een hoge hoed wordt getoverd’ werd er ook op gewezen, dat het een te loven poging is geweest om alle cellen van het conceptueel model te vullen en dat er een goede kans is dat de methode en de zeggingskracht van het model via ‘trial and error’ in de toekomst zullen verbeteren.

Bij dit alles worden nog een aantal opmerkingen gemaakt over toekomstige WHO rapporten en de daarvoor benodigde dataverzameling. Enerzijds wordt betwijfeld of met name de armere landen er ooit in zullen slagen om voldoende goede data aan te leveren. Anderzijds wordt het van groot belang geacht, dat ontwikkelde landen zoals Nederland inspanningen leveren om vergelijkbare data aan te dragen.

De kritische kanttekeningen die in de samenvatting van het RIVM zijn gemaakt over gebruikte data en schattingen worden onderschreven. Vooral de transparantie van de gebruikte data werd als groot

probleem gezien. Deze data voldoen nog niet aan de minimale eisen en voor erg veel landen zijn de data nog alleen geschat. Dit zijn nuanceringen die helaas in de 'media coverage' zijn verdwenen.

De keuze van de data bij sommige indicatoren roept vragen op over de betrouwbaarheid, toepasbaarheid en zeker de vergelijkbaarheid. Het aandeel van schattingen is vrij groot, waarmee de uitkomsten nog minder geloofwaardig worden.

De suggestie werd gedaan om in volgende WHO rapporten een indeling in 'betrouwbaarheidscategorieën' te gebruiken, zoals dat ook gebeurt in de Worldbank tabellen met World Development Indicators, zoals de GINI coëfficiënt voor inkomensongelijkheid.

De resultaten van de index van 'overall health system attainment' reflecteren vooral de reeds bekende verschillen in ontwikkeling: na een zesentwintig tal goed presterende landen, waaronder praktisch alle ontwikkelde landen, volgen de zich ontwikkelende landen en tenslotte verschijnen de minder ontwikkelde landen. De exacte plaats van Nederland (8<sup>e</sup>) is met onzekerheid omgeven en zou daarom wat meer genuanceerd mogen worden. De vervolgslog van de WHO waarbij relatieve prestatie wordt gewaardeerd leidt tot vreemde verschuivingen.

De experts hechten weinig waarde aan de rankings op zich, ze worden niet serieus genomen en alleen als signaal gezien om nog eens beter naar bepaalde onderdelen van ons systeem te kijken. Het meest serieus wordt daarbij de DALE score genomen.

Het zou voorbarig zijn om uit het WHO rapport conclusies voor het Nederlands beleid te trekken is de algemene indruk van de experts. Het hoofddoel van de WHO strategie is volgens de experts om aandacht te krijgen voor het potentieel van de nieuwe aanpak, veeleer dan het verschaffen van accurate informatie over de vergelijking van gezondheidssystemen.

De experts menen dat de huidige internationale trend naar meer kwantitatief onderbouwde internationale vergelijkingen niet zal worden omgebogen. Indien er (terechte) kritiek is op de WHO benadering zal die zodanig moeten worden gekanaliseerd dat dit leidt tot verbeteringen in toekomstige pogingen, die geloofwaardiger moeten worden. Een grondige bestudering van de WHO aanpak door Nederlandse deskundigen is daarvoor noodzakelijk evenals vergelijkingen met alternatieve maten en benaderingen.

Over het algemeen kunnen de experts zich goed vinden in de door het RIVM gepresenteerde samenvatting van het WHO rapport. Een kanttekening werd gemaakt over de beperkte aandacht, die het deel van het rapport heeft gekregen, dat niet direct met de beoordeling van gezondheidssystemen te maken had. Wel blijkt er vraag bij sommige experts naar meer technische samenvattingen van de achtergrondrapporten, die overigens nog steeds niet alle beschikbaar zijn. Deze opmerking is verbonden aan de conclusie dat de WHO nog weinig heeft gedaan om zijn methodologie aan een academische discussie te onderwerpen en dat er nog te weinig in de wetenschappelijke literatuur over gepubliceerd is.

#### *Commentaar op de RIVM-samenvatting*

Een antwoord werd gevraagd op de volgende vragen:

- Kunt u zich, gegeven de voorgelegde tekst en afgezien van uw eerdere opmerkingen, in grote lijnen vinden in de gepresenteerde samenvatting van de internationaal vergelijkende rapporten door RIVM/VTV?
- Heeft u nog specifieke op- of aanmerkingen die u graag in de finale tekst zou willen zien toegevoegd of veranderd?
- Heeft u aanbevelingen voor speciale internationale vergelijkingen, die beleidsrelevante informatie voor VWS kunnen opleveren?

Ook hier gold dat de antwoorden soms gezamenlijk zijn geformuleerd en deze worden daarom ook tegelijk samengevat.

Het concept rapport van het RIVM werd een nuttige samenvatting genoemd. De vergelijkbaarheid van de rapporten werd echter in twijfel getrokken, omdat het WHO rapport een duidelijk ander karakter

heeft dan de overige rapporten, die veel meer een review karakter hebben en geen echt nieuw materiaal hebben aangedragen.

De beide Nederlandse rapporten (SZW en SCP) worden nuttig gevonden omdat ze de gepubliceerde literatuur hebben samengevat, waarbij het SCP rapport een iets gedegener indruk maakt op de experts. Beide zijn afhankelijk van wat toevallig is verschenen en de mate van belang, die de auteurs daaraan hebben toegekend. In algemene zin werd opgemerkt dat er in al deze rapporten weinig reflectie is op internationaal breed aanwezige samenlevingsvraagstukken als de multiculturele samenleving, grote steden problematiek en op bepaalde gezondheidsbeleids-vraagstukken zoals informatiebeleid, facetbeleid, regiovisie.

Eén expert oordeelde dat de OECD survey weliswaar de meest duidelijke beleidsaanbevelingen bevat, maar ‘alleszins het minst gestoeld is op een grondige kennis van de sector’ en dat gezondheidszorg in de landenstudies van de OECD een stiefmoederlijk behandeld onderdeel blijven. Deze expert vindt onvoldoende herkenbare input van de Health Policy afdeling van de OECD. Het OECD rapport is het meest relevant voor Nederland, concludeerde een ander en bevat een soms interessante combinatie van feiten: veel intramurale uitgaven, sterk stijgende uitgaven aan geneesmiddelen, en relatief hoge perinatale sterfte. Deze expert concludeerde daaruit dat Nederland ‘Amerikaanse’ patronen in huis heeft, die moeten worden afgeremd. Er dient sterker benadrukt dat er in Nederland een meer public health georiënteerd beleid moet komen.

Een volgende expert merkt op dat de OECD, in tegenstelling tot de suggestie die in het RIVM rapport gewekt lijkt te worden, ook internationaal vergelijkende studies naar zorgsystemen en hun problemen heeft laten uitvoeren (o.a. in 1994 voor zeventien landen). Het OECD rapport wekte bij één expert ook de suggestie, dat het ‘duale’ systeem (ziekenfonds plus particulier) van Nederland daarin zonder meer verdedigd werd.

Door één expert werd de nadrukkelijke de wens geuit dat het ministerie van VWS zich goed op de hoogte stelt van het internationaal vergelijkend onderzoek dat frequent in Nederland wordt uitgevoerd.

Als aanbeveling voor verder werk wordt gesuggereerd dat Nederland moet laten zien waar het goed in is. Genoemd worden onder andere facetbeleid, 'reproductive health', eerstelijnszorg en de VTV. Interessant zou daarnaast zijn om vergelijkende analyses te maken van de rol, positie en het functioneren van public health in de landen van de EU.

Een andere expert noemt de optie om voor een beperkt aantal landen met relatief veel en goede gegevens de nieuwe WHO indicatoren opnieuw te berekenen, zowel met de door de WHO gehanteerde inputgegevens als met additionele gegevens, die voor deze landen beschikbaar kunnen zijn. Daarnaast zouden ook alternatieve maten en criteria toegevoegd kunnen worden om duidelijk te maken welke invloed andere aannames en keuzes zouden hebben op de resultaten. Daarbij wordt vooral aan onderzoek gedacht naar indicatoren voor ongelijkheid en eerlijke financiering. Deze worden in toenemende mate door bijvoorbeeld de Wereldbank gebruikt en de methodiek is in de vakliteratuur gepubliceerd.

Bezorgdheid is geuit over de mogelijkheid, dat de nieuwe WHO benadering gaat leiden tot wijzigingen in bestaande methodieken, berekeningswijzen en gebruikte data zonder dat voorzieningen worden getroffen om vergelijkbaarheid van gegevens in de tijd te behouden.

Vergelijking van trends in indicatoren binnen een cluster van goed met Nederland vergelijkbare landen (OECD) kan interessant zijn en de meeste beleidsrelevante informatie voor VWS zal uiteindelijk toch komen uit de vergelijking van landen met een redelijk vergelijkbare culturele, maatschappelijke, politieke, economische en/of institutionele setting.



*Geraadpleegde Nederlandse experts*

Prof. Dr. E.K.A. van Doorslaer,  
Erasmus Universiteit

Drs. C. Laan,  
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)

Prof. drs. J. van Londen,  
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Drs. C.J.P.M. van Mosseveld,  
CBS

Dr. J. van der Velden,  
NSPH



## Bijlage 2:

### Uitwerking van de DALE berekening in het WHO2000 rapport

De indicator 'goede gezondheid', is geoperationaliseerd als een DALE (Disability-Adjusted Life Expectancy). Het concept is vergelijkbaar met een gezonde levensverwachting, maar het ongezonde deel van de levensduur is ingevuld volgens het DALY-concept. In principe is dit een valide benadering. De methodologische details en gebruikte gegevens zijn echter van cruciaal belang voor de uitkomsten.

Bij een DALE wordt, zoals bij elke vorm van gezonde levensverwachting, allereerst uitgegaan van de levensverwachting zelf. Hiervan wordt vervolgens een aantal 'jaar-equivalenten met verminderde gezondheid' afgetrokken. Deze laatste zijn een combinatie van de tijd doorgebracht in mindere gezondheid en de ernst van dit gezondheidstekort.

De *levensverwachting* is door de WHO waar mogelijk op basis van primaire data opnieuw berekend, als projectie vanuit de beschikbare data naar 1999.

Voor de berekening van het *gezondheidstekort*, ofwel, gewogen jaren met ziekte, is een uitermate complexe methodiek gevolgd, die in een aantal stappen kan worden omschreven:

*Stap 1:* Voor 109 groepen van oorzaken van ziekte en letsel (ICD-indeling) zijn schattingen gemaakt voor de YLD's (years lived with disabilities, gewogen jaren met ziekte). De schattingen zijn opgesteld voor elk van 14 WHO-subregio's, en niet voor alle 191 landen afzonderlijk. Deze subregio's zijn gedefinieerd aan de hand van relatief homogene sterftepatronen. Nederland zit samen met alle andere EU landen en zeven Europese niet-EU-landen in een subregio. De achtergrondrapporten geven geen details over de gebruikte gegevensbronnen en ook geen feitelijke getallen.

*Stap 2:* Voor de 109 ziektegroepen zijn vervolgens de verloren levensjaren (YLL) berekend, eveneens per geslacht en leeftijdsgroep, maar nu wel voor elk van de 191 landen afzonderlijk.

*Stap 3:* Om nu uit de regio-specifieke YLD's de land-specifieke schattingen hiervan te bepalen is gecorrigeerd door land-specifiek de verhouding 'YLL/YLD' constant te houden. Ofwel: als een land binnen een regio relatief hoog uitkomt voor de YLL's (verloren levensjaren), wordt aangenomen dat de incidentie YLD's (gewogen jaren met ziekte) evenredig hoog zijn. Dit is een aanvechtbare aanname. Voor ziektes waaraan men weinig overlijdt zijn 'andere methoden' gebruikt (niet gespecificeerd per land) om een land-specifieke schatting te krijgen.

*Stap 4-5:* Omvat technische omrekeningen, van incidenties naar prevalenties, en een correctie voor comorbiditeit. Hieraan liggen diverse aannamen ten grondslag over trends en over het samen voorkomen van ziekten bij een persoon.

*Stap 6:* Tenslotte maakt men een correctie op grond van gegevens uit gezondheidsenquêtes. Hierbij zijn allereerst de beschikbare gegevens over subjectief ervaren gezondheid (diverse indicatoren) uit gezondheidsenquêtes van verschillende landen met een statistische techniek 'vergelijkbaar' gemaakt; vervolgens is een gewogen (voor de geschatte betrouwbaarheid van de data) interpolatie gemaakt tussen de YLD gegevens en de gegevens uit de gezondheidsenquêtes.

Voor het hele proces geldt dat de methodologie in algemene termen is beschreven en de achterliggende data en methodologische variaties die afhankelijk van de beschikbare data zijn toegepast niet per land gedocumenteerd zijn.

Wetend wat de problemen zijn met de internationale vergelijking van dit soort cijfers in Europa kunnen deze getallen ondanks alle wiskundige manipulaties niet accuraat zijn. Van belang is dat in de uitkomsten de verschillen tussen de landen veel sterker door de levensverwachting bepaald zijn dan door de jaren met ziekte: Tussen de 14 genoemde regio's varieert de levensverwachting van 45,6 tot 76,7, het aantal ziekte-equivalente jaren tussen 6,7 en 8.



## Bijlage 3:

### Meningen van buitenlandse experts over het WHO rapport

#### B3-1. Enquête onder experts in vijf landen

Een kleine enquête is gehouden onder een aantal experts in andere EU-landen, over het WHO-rapport en vooral de wijze waarop in de verschillende landen daarop is gereageerd. De experts werden geselecteerd uit het lopende netwerk van persoonlijke contacten.

Eerst geven we de verstuurde brief (e-mail) en vervolgens een korte samenvatting van de resultaten. Hierna is een brief toegevoegd van het Australische ministerie van Volksgezondheid aan Murray, de leidende persoon voor de WHO-rapport (via VWS verkregen), en enkele andere verwijzingen naar commentaar van buitenlandse experts. De verdere tekst is in het Engels gesteld.

#### *Original RIVM request*

---

Dear Colleagues,

Last June, the World Health Organisation moved the world with the publication of the World Health Report 2000. The main new element in this report is the ranking of WHO Member States according to several criteria that should reflect the performance of the health system in the respective countries.

Undoubtedly because of the ranking approach, the WHR has attracted much attention from the media and health officials. For The Netherlands, the Ministry of Health has requested us (RIVM: the National Institute of Public Health and the Environment/ Dept for Public Health Forecasting) to study the backgrounds of this report in order to determine the validity of its conclusions and to assess its value for Dutch health policy.

In doing this, it seemed worthwhile to us to possibly include a small section on reactions in neighbouring EU countries. This could include a small summary of predominant issues of discussion or opinions on the WHR, as put forward either in the national/local scientific press or in more official publications within the various countries. In order to collect this information, we take the liberty of asking you a few questions, as a person who perhaps has easy access to his sort of material in your country, as we suppose on the basis of our earlier or ongoing working contacts. Our questions are the following:

1. Was any of the World Health Report's contents picked up by the media in your country?
2. Could you provide us with (references of) published or grey literature in your country about this topic?
3. Do you know of any sources on the internet about this subject (discussion forums, newspaper articles, etc.
4. Do you want to add any personal comment?

We plan to feed back the results of this small survey to all those who have responded as soon as they are available as it may be of interest to you or your country as well as to ours.

Thanking you in advance, also on behalf of Eveline Van der Wilk and Pieter Kramers,

Peter Achterberg

---

#### *Country reactions for the various questions*

We received reactions from five respondents. Below we summarise these reactions, arranged by the four questions.

**1) Was any of the World Health Report's contents picked up by the media in your country?**

*Luxembourg (ms dr M Roulleaux, Min of Health)*

Yes, there have been articles in the newspapers and the Ministry of health has looked into the report in some detail, asking experts for their commentary.

*Sweden (Prof dr M Rosén, National Board of Health)*

Yes, the WHO report was reported in the media and there was some concern from the Ministry of Health regarding the 23rd overall position for Sweden.

*Denmark (Prof dr F Kamper Jorgensen, National Public Health Institute)*

The report was immediately taken up by all mass media in Denmark in the summertime. You are probably aware of the relatively low Danish life expectancy. Clinicians used the report to tell the public through TV that we need much more hospital services. It went on for a week in all mass media. TV, radio etc. also encouraged the population to look at the internet of their channel. It was apparently used. The minister of health appeared a number of times on TV.

The journalists of mass media have generally not been interested in the methods used for indexing or for the regressions, etc. They just took the composite measure as a good story.

Every day on my desk I receive copy of all articles in newspapers the previous day + transcript from TV and radio. It was an enormous amount at that time. I have myself commented on the report to a lot of journalists, professional journals etc.

*Austria (Dr R Gisser, National Statistical Bureau)*

Yes, the report was cited in several newspapers and professional journals (Wiener Zeitung, Neue Zürcher Zeitung, Österreichische Apothekerzeitung). The Ministry of social Security and Generations has published an article in the "Mitteilungen der Sanitätsverwaltung" (sent to more than 700 specialised institutions).

The report as such was sent to interested institutes ("Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen", Sozialmedizinische Institute and to the "Ämter der Landesregierungen" (provincial governments) as well as to the "Ärztchammer", "Hauptverband der Sozialversicherungsträger" etc.

*Finland (Prof dr A Aromaa, National Institute of Public Health)*

The main finding picked up was the poor ranking (31st) of Finland. The major newspapers suggested that the common belief of good high-quality health care in Finland was a misconception.

**2) Could you provide us with (references of) published or grey literature in your country about this topic?**

*Luxembourg*

Two copies were received of 'Luxembourgian' newspaper articles.

*Denmark*

The health committee of the Parliament got a 10 page memorandum from the Ministry of Health on the report - also criticizing the methodology of the report.

Also in our professional journals there has been a number of interventions. The best appeared in the Danish Medical Journal (a weekly journal) where a Health economic professor - good in econometrics - reviewed the entire methodology critically and concluded - as I did myself -

that applying the methods were premature action. (One may say that this report from some perspectives serves as a pilot project)

*Sweden*

Nothing has been published except some memo in Swedish. We are planning to comment on the WHO report in our next Public Health Report which will be published in March 2001.

*Austria*

References are: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, No. 8/2000 p.15-16. Wiener Zeitung, June 21, 2000; Neue Zürcher Zeitung, June 22, 2000 (this is the leading Swiss newspaper, with a rather high circulation also among Austrian opinion Leaders. [summarise newspapers])

*Finland*

It would be possible to find references, which are newspaper articles and editorials from the time of publication. To dig them up would be laborious however.

**3) Do you know of any sources on the internet about this subject (discussion forums, newspaper articles, etc.)?**

*Sweden* No

*Denmark* TV, radio, etc. encouraged the population to look at the internet of their channels.

*Austria* No

*Luxembourg* No

*Finland* No

**4) Do you want to add any personal comments?**

*Denmark*

To summarise the issues for Denmark:

1. Professionals criticize the composite measures from a methodological point of view (most say that the methodology is not 'mature enough' for serious application)

2. Much media debate on:

a. bad health status of Denmark

b. clinicians claiming more money for hospitals due to the low score composite grading of Denmark

c. many corrections from public health people who rather talk of the bad Danish health behaviour (lifestyle) and some problems with inequality in health.

3. Increased public pressure for more money to the health field.

4. I believe that Ms Gro Harlem Brundtland has obtained what she wanted – read the foreword: A lot of political debate on the health issues - leaving a lot to the individual nation. She has obtained what she wanted, was what I wrote in one journal.

*Sweden*

Reviewing the document and knowing their extensive efforts I am surprised that they have, in several parts, used such questionable methods.

*Austria*

Austria has a positive ranking. This may be one reason, that there were not so many reactions to the report. Methodological aspects of the study were reported, but not discussed in the media.

*Finland*

Policy makers, planners and the scientific community were quick to point to obvious weaknesses in WHO's approach. In particular, the questionable method of combining scores, the problem with guestimated DALEs and validity of the qualitative assessments. The Ministry of Social Affairs and Health asked experts to evaluate the report. The press was extremely quick to accept the findings and face value and so were many (opposition) politicians. The fit well with the idea that health care had already suffered too much from financial cuts.

Personally, I was sorry to see that no discussion about the validity and interpretation of the findings went on and none could be created.

Also, it was bad practice from WHO to publish the results in a form which made it virtually impossible to understand (and check) the findings and conclusions. As a result the national experts in Finland were quite unable to clarify and evaluate and therefore their comments had hardly any impact on public discussion. Such poor documentation should not be permissible.

**B3-2. Letter from the Australian Minister of health**

*Summary of a letter by the Australian Secretary Podger (Ministry of Health and Aged Care) to WHO's director for 'Evidence for Health Policy', dr CJL Murray.*

Australia has welcomed the World Health Report as an important first attempt to measure the impact of health systems in a comprehensive and consistent manner. The league table presentation of findings has focused the reader on the methodology as its credibility largely depends on this methodology.

The Australian government assessment was, however, that there are significant limitations concerning the source of data and that some aspects of the modelling in the methodology give rise to questionable results. These results are not only difficult to understand, but even more difficult to explain, particularly to the media, which has been quick to seize on the sensational and the negative. An illustration is Australia's 39<sup>th</sup> ranking on the 'Performance on health level' indicator (with an index level of 0.844), compared with France's 4<sup>th</sup> ranking (with an index level of 0.974). Thus with the same output and higher expenditure, one would expect France to be seen as less efficient as Australia, but the reverse is the case in the WHO report. The explanation appears to lie in the years of education, which has been used as a proxy for the non-health system determinants of health. Using this approach, Australia, which apparently has provided more years of education for its citizens than France, face a higher bar with regard to health system performance.

Australia's concern is not that it is shown as performing less well than other countries, but that the methodology that has been used for the WHO2000 report is putting too much weight on years of education as a determinant of health.

A number of other examples have been raised to the Australian secretary by health policy makers from different countries since the publication of the report. At a recent Four Nations Conference in Amsterdam, for example, there was widespread concern amongst policy makers and academics about the lack of open consultation by WHO with experts around the world, given the importance of the methodology to the authority of the report.

Australia has offered assistance to WHO to undertake a critical review of the performance framework and to identify alternative or additional indicators. OECD and Worldbank were suggested as potential partners in this effort.

Australia finally concluded that the World Health Report has achieved its objective of raising the level of debate about the goals and functions of health care systems and how we might make assessments of their performance. It was also suggested, however, that improvement of methodology would be necessary to further underpin this debate and a copy of the letter was sent to participants of the Four Nations Conference, before mentioned.



**B3-3. Other selected comments to the WHO-report***Lancet publication on in the impact and methodology of the WHO report*

During the editing of this report our attention was drawn to a short article (viewpoint) in The Lancet by dr V Navarro: Assessment of the World Health Report (Navarro, 2000). In this article the methods used in the WHO2000 report and the outcomes (rankings) are very critically viewed upon, especially with regard to the relative high scores for the health systems of Spain and Italy. It was pointed out, among others, that the assessment by WHO and by the population of these countries show large discrepancies. The article furthermore emphasised the apparent focusing by WHO on the medical care system as major determinant of health with disregard for important socio-economic and other factors.

*Comments presented on internet site: <http://www.fiocruz.br/cict/dis/verbra.htm>*

From the Institute of Health Sector Development (IHSD) in London, serious comments were presented on the lack of actual data. The authors doubt the usefulness of the enterprise at all, arguing that effective health systems can only work when they comply with the local situation.

Dr. Paula Braveman of the University of California argues on the lack of open scientific debate on the methodology, and says that WHO has not taken justified criticisms on board and has not given sufficient acknowledgement to the limitations of their approach.

Dr. Alan Williams of the University of York has als commented on the limited amount of actual data, their being heavily manipulated, and on the 'rather adventurous modelling'. In an outburst of eloquency he states that '... A more virtuosic display of skating on thin ice you are unlikely ever to witness. The dilemma is: are we to admire the overweening ambition and slick performance, or lament the sad waste of talent used on such a useless enterprise ...'.



## Bijlage 4:

### Lijst met achtergrondrapporten bij het WHO 2000 rapport

Deze rapporten zijn, voorzover beschikbaar, in te zien via de 'EVIDENCE FOR HEALTH POLICY' website van de WHO met als web adres:

<http://www-nt.who.int/whosis/statistics/menu.cfm?path=evidence&language=english>

Hieronder worden de achtergrondrapporten gegeven die per 09-11-00 beschikbaar waren.

- 1 Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 2000, 9: 69-82.
- 2 Murray CJL, Salomon J, Mathers C. *A critical review of summary measures of population health*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 3 Salomon J, Gakidou EE, Murray CJL. *Methods for modelling the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 4 Murray CJL, Salomon JA, Mathers C. Development of WHO guidelines on Generalised Cost-Effectiveness Analysis.
- 5 Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(1): 42-54.
- 6 Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6) (in press).
- 8 Murray CJL, Lopez AD, Ahmad O, Salomon J. *WHO system of model life tables*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 9 Lopez AD, Salomon J, Ahmad O, Murray CJL. *Life tables for 191 countries: data, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 15 Sadana R, Mathers C, Lopez A, Murray CJL. *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 16 Mathers C, Sadana R, Salomon J, Murray CJL, Lopez AD. *Estimates of DALE for 191 countries: methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 20 Gakidou EE, Frenk J, Murray CJL. *Measuring preferences on health system performance assessment*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 21 de Silva A, Valentine N. *Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 21).
- 22 Valentine N, de Silva A, Murray CJL. *Estimates of responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 22).
- 23 Darby C, Valentine N, Murray CJL. *WHO strategy on measuring responsiveness*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 23).
- 27 Poullier JP, Hernández P. *Estimates of national health accounts. Aggregates for 191 countries in 1997*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 27).
- 28 Murray CJL, Frenk J, Tandon A, Lauer J. *Overall health system achievement for 191 countries*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 28).
- 29 Evans D, Tandon A, Murray CJL, Lauer J. *The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 29).
- 30 Tandon A, Murray CJL, Lauer J, Evans D. *Measuring overall health system performance for 191 countries*. Geneva, World Health Organization, 2000.

De referentie van achtergrond rapport 32 kon niet eenvoudig uit het WHO rapport achterhaald worden. Dit rapport en onderstaande rapporten waren per 09-11-00 nog niet beschikbaar.

- 7 Evans DE, Bendib L, Tandon A, Lauer J, Ebener S, Hutubessy R, Asada Y, Murray CJL. *Estimates of income per capita, literacy, educational attainment, absolute poverty, and income Gini coefficients for The World HealthReport 2000*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 10 Salomon J, Murray CJL. *Methods for life expectancy and disability-adjusted life expectancy uncertainty analysis*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 11 Salomon J, Murray CJL. *Compositional models for mortality by age, sex and cause*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 12 Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T. *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 13 Boschi-Pinto C, Murray CJL, Lopez AD, Lozano R. *Cancer survival by site for 14 regions of the world*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 14 Moesgaard-Iburg K, Murray CJL, Salomon J. *Expectations for health distorts: self-reported and physician-assessed health status compared to observed health status*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 17 Lopez AD, Murray CJL, Ferguson B, Tamaskovic L. *Life expectancy for small areas in selected countries*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 18 Gakidou EE, King G. *Using an extended beta-binomial model to estimate the distribution of child mortality risk*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 19 Gakidou EE, Murray CJL. *Estimates of the distribution of child survival in 191 countries*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 24 Murray CJL, Knaul F, Musgrove P, Xu K, Kawabata K. *Defining and measuring fairness of financial contribution*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 24).
- 25 Xu K, Lydon P, Ortiz de Iturbide J, Musgrove P, Knaul F, Kawabata K, Florez CE, John J, Wibulpolprasert S, Waters H, Tansel A. *Analysis of the fairness of financial contribution in 21 countries*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 25).
- 26 Xu K, Murray CJL, Lydon P, Ortiz de Iturbide J. *Estimates of the fairness of financial contribution for 191 countries*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 26).

### Bijlage 5: Indicatoren en aandachtsgebieden in vergelijkende rapporten over de Nederlandse gezondheid en zorg

Conceptueel gebied		Invulling bij diverse rapporten		
	WHO <sup>1</sup>	OECD <sup>2</sup>	SZW <sup>3</sup>	SCP <sup>4</sup>
<b>Demografie</b>				<i>Vergrijzing</i>
	<i>Percentage pop (&gt;60jr), 'Dependency' ratio, Vruchtbaarheid, Bevolkings-omvang en -groei</i>			
<b>Gezondheid</b>				Gezonde levensverwachting
	DALE (tbv nivo gezondheid), Kindersterfte (<5 jr; ongelijkheid; tbv verdeling gezondheid) DALY's (ziektespecifiek, WHO regio's)			
	Generieke maten	Ervaren gezondheid		
	Sterfte maten	Levensverwachting, Zuigelingen sterfte **, PYLL	Levensverwachting (0jr), Zuigelingensterfte **, PYLL	Levensverwachting (0, 65 jr), Zuigelingensterfte **, PYLL
<b>Determinanten</b>	<i>Onderwijs (Education); tbv berekening performance system</i>	SES		Roken, alcoholgebruik, <i>Inkomensongelijkheid, SES</i>
<b>Zorgsysteem*</b>				
	Aanbod	Artsendichtheid, <i>Wachlijsten, Toename aantal artsen, Numerus fixus</i>	<i>% Personeel aan bed (maat voor doelmatigheid)</i>	
	Gebruik	Ziekenhuiscapaciteit (Bedden) Bezetting, Verblijfsduur, Opnames), Consulten	<i>Ligdagen (maat voor doelmatigheid); verschillen in gebruik (maat voor toegankelijkheid)</i>	Medische consumptie (Consulten, Medicijngebruik)
	Financiering	<i>Markwerking, Concurrentie tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars</i>	<i>Kostenbeheersing (via fractie eigen bijdrage en mate v. aanbodregulering)</i>	
	Kosten	Kosten (totaal: % BBP, p. caput), Uitgaven medicijnen	Kosten (totaal: %BBP)	Kosten (totaal: % BBP), Stijging uitgaven per capita
	Kwaliteit (proces)	Vraagbaarheid (nivo + verdeling) <i>Wachlijsten</i>	Doelmatigheid. Toegankelijkheid. Tevredenheid met zorg.	Tevredenheid met zorg, <i>Stelselvergelijkingen</i>

## Noten bij de tabel van Bijlage 5.

### Schuin gedrukt:

Deze aspecten/indicatoren zijn of alleen kwalitatief en/of niet vergelijkend in een rapport genoemd, ofwel ze zijn gebruikt als achtergrond data voor meer complexe berekeningen en schattingen.

### In de tabel gebruikte afkortingen:

DALE Disability Adjusted Life Expectancy; voor ziekte/handicaps gecorrigeerde levensverwachting  
PYLL Potential Years of Life Lost; verloren levensjaren; meestal naar specifieke doodsoorzaken  
YLD Years of Life with Disease (jaren met een ziekte)  
BBP Bruto Binnenlands Product  
SES Sociaal Economische Status

### Kanttekeningen:

1, 2, 3, 4: Voor het WHO rapport is de inhoud van het hele rapport meegenomen. Voor de rapporten van OECD, SZW, SCP alleen de inhoud van de hoofdstukken over gezondheid. Het SCP rapport heeft o.a. een zelfstandig hoofdstuk over demografie en het SZW rapport bespreekt bijvoorbeeld arbeidsparticipatie.

\*Zorgsysteem is hier gedefinieerd inclusief preventie. De WHO spreekt van 'health system', wat een nog bredere definitie kent.

\*\*Zuigelingssterfte Dit is soms verder uitgewerkt naar zuigelingssterfte en perinatale sterfte.

### Toelichting

Langs grove lijnen van het conceptueel model van VTV worden in deze tabel indicatoren en aandachtselementen aangeduid, die in de verschillende rapporten aan de orde komen. De basis elementen: demografie, gezondheid, determinanten (van gezondheid) en zorgsysteem interacteren op complexe wijze en worden daarom alle bij analyses van gezondheid en zorg betrokken. Het perspectief kan daarbij echter wisselen. Wanneer zorg als uitgangspunt wordt genomen wordt gezondheid vaak tweeledig gedefinieerd, enerzijds als uitkomstmaat voor de zorg en anderzijds als vraagstuk element. Dan is vergrijzing van de bevolking eveneens een belangrijk element. De breedte van de definitie van het zorgsysteem, bijvoorbeeld al dan niet preventie omvattend, speelt weer een rol bij keuzes voor de meest relevante gezondheids(uitkomst) indicatoren.

### Discussie

Enerzijds staan er in deze tabel goed geoperationaliseerde indicatoren, die kwantitatief vergeleken kunnen worden (bijv.: zuigelingssterfte). Anderzijds staan er complexere 'items'. Daarbij het gaat om factoren, waarvoor men indicatoren zou willen hebben en vergelijkingen wil kunnen maken (bijv.: toegankelijkheid van zorg). Sommige van deze items zijn in het ene rapport wel tot kwantitatieve indicator uitgewerkt ('health system responsiveness' in het WHO rapport, 'toegankelijkheid' of 'doelmatigheid' bij SZW), terwijl dit in een ander rapport (OECD) meer globaal is benaderd en dit aspect aan de hand van enkele verwante indicatoren meer kwalitatief beoordeeld wordt. Het is daarbij niet onmiddellijk duidelijk welke de betere benadering is, een kwantitatieve inschatting met veel methodologische misen en maren (WHO) of een kwalitatieve inschatting, waarbij experts zijn betrokken (OECD).

## **Bijlage 6:**

### **Lijst met gebruikte afkortingen**

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DALE	Disability Adjusted Life Expectancy (levensverwachting, gecorrigeerd voor jaren met ziekte)
DALY	Disability Adjusted Life Years (voor ziekte gecorrigeerde levensjaren)
EU	Europese Unie
LOIB	Landelijk Overleg Internationaal Beleid
NGO	Non-Governmental Organisation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling: OESO)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SCR	Sociaal en Cultureel Rapport
SZW	(Ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheids Organisatie)