

RIVM rapport 271558 004

Leren van het buitenland

Gezondheid en zorg internationaal vergeleken:
een samenvatting van drie studies

PGN Kramers, PW Achterberg, 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 het project 271558, Public Health Internationaal

Abstract

In the year 2000 several reports appeared which analysed the Dutch health care and health status from an international perspective. An analysis of these reports shows that international comparison of data adds an extra perspective and can act as a source of inspiration for priority setting in national policies for health and health care. Some comparative reports focus on presenting composite indices, others rather present basic comparative data. The first type of presentation produces general statements and may get much attention in the media. The latter is more informative for actual policy choices.

The comparisons showed that in many aspects of health and health care, The Netherlands ranges around the EU average. This is contrary to earlier days, when the country ranked rather high among the countries which now together form the European Union. This is caused in many instances by catching up of especially the southern European countries. Specific examples of a less favourable Dutch performance are the life expectancy and the perinatal mortality. Life expectancy is lagging behind, especially for women, and a substantial part of this is due to smoking behaviour. The causes of stagnating decline of perinatal mortality in the Netherlands include the rapid growth of the age of mothers at birth of their (first) child and probably also the increase of births given by immigrant women (related to socio-economic status) as well as the increase in multiple births (related to the age of the mother). In addition smoking by pregnant women still has a significant contribution to the risk of perinatal mortality in the Netherlands.

The conclusions and commentaries about Dutch health care generally confirm the current policy intentions of the Dutch Ministry of Health. They include: more competition in the health care sector, more education and training facilities for doctors, focus on guidelines and standards and on the uniform registration of waiting lists. 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.

The usefulness of valid international comparisons is entirely dependent on the availability of reliable internationally comparable data. Therefore it is recommended to stimulate the improvement of co-ordinated collection and exchange of data and expertise between countries and with international organisations such as WHO, OECD and the EU.

Inhoud

Abstract	3
1. Inleiding: De Nederlandse volksgezondheid in internationaal perspectief	7
2. Het World health Report 2000; Health Systems: Improving performance	9
3. Andere rapportages met internationale oriëntatie	15
4. Enkele bevindingen samengevat	19
5. Ontwikkelingen in de levensverwachting	21
6. Ontwikkelingen in de sterfte rond de geboorte	27
7. Kansen voor beleid	33
8. Naar een betere internationale informatievoorziening	35
9. Literatuur	37

1. Inleiding: De Nederlandse volksgezondheid in internationaal perspectief

World Health Report 2000 stimuleert discussie over de positie van Nederland in de wereld. VWS vraagt nadere analyse.

In de zomer van 2000 verscheen het 'World Health Report 2000' van de WHO, met als subtitel 'Health Systems: Improving performance' (WHO, 2000). Dit rapport trok veel aandacht van politiek, media en wetenschap. Die aandacht was te verwachten omdat voor alle 191 lidstaten de 'prestaties van de nationale zorgsystemen' in een rangorde werden geplaatst. Dit reflecteert de recent hernieuwde ambitie van de WHO om public health hoger op de politieke agenda te krijgen, en om ernst te maken met 'evidence for policy' over de volle breedte van het volksgezondheidssterrein. Het eerste lijkt redelijk gelukt, het tweede vooralsnog minder. Nederland belandde in de rangorde op de 17e plaats. Met name in wetenschappelijke kring werden er in veel landen vraagtekens geplaatst bij de gekozen aanpak en bij de validiteit van de resultaten.

In dezelfde periode verschenen ook andere rapportages waarin de Nederlandse gezondheid en zorg in een internationaal perspectief werden geplaatst, met name van de zijde van de OECD, en in Nederland bij het SCP en het Ministerie van SZW. Dit alles was reden om in de eind september uitgekomen 'Beleidsagenda 2001' van VWS (VWS, 2000) expliciet aandacht te wijden aan internationale vergelijkingen. Steeds is de vraag: Doen we het beter of slechter dan de ons omringende landen? Maar nog belangrijker: Wat kan het Nederlandse beleid van deze vergelijkingen leren? Om die vragen te beantwoorden moeten we nagaan wat de feitelijk gehanteerde vergelijkingsmaatstaven zijn, en of daarvoor ook de juiste gegevens en informatie gebruikt zijn en of de resultaten inzichtelijk gepresenteerd zijn.

In de genoemde VWS Beleidsagenda 2001 is aangekondigd de genoemde internationaal vergelijkende rapporten naast elkaar te zullen leggen en te analyseren. Aan het Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM is gevraagd hierbij het voortouw te nemen.

Er zijn vier rapportages geanalyseerd:

- (1) het WHO World Health Report 2000 (WHO, 2000);
- (2) het OECD landenrapport voor Nederland, met name het hoofdstuk over het 'health care system' (OECD, 2000a);
- (3) het SZW-rapport 'De Nederlandse verzorgingsstaat' (SZW, 2000); en
- (4) het Sociaal en Cultureel Rapport 2000, met name het hoofdstuk over gezondheid (SCP, 2000).

Voor elk van de rapporten zijn de volgende vragen gesteld:

- (a) Wat is het doel, de ambitie en de reikwijdte van het rapport?
- (b) Er wordt een vergelijkend oordeel gegeven. Welke aspecten van gezondheid en zorg worden beoordeeld? Welke maatstaven zijn hierbij gebruikt, hoe zijn deze geoperationaliseerd en van welke gegevens is hierbij gebruik gemaakt?
- (c) In hoeverre zijn, op basis van (b), de getrokken conclusies gerechtvaardigd?
- (d) Welke conclusies volgen daaruit voor het volksgezondheidsbeleid?

Naast deze algemene analyse is specifiek ingegaan op twee aspecten voor welke Nederland een minder gunstig beeld lijkt te tonen: de ontwikkelingen in de levensverwachting en in de perinatale en zuigelingensterfte. Voor deze analyses is

een andere aanpak gevolgd: hier zijn oorspronkelijke gegevens verzameld en geanalyseerd om tot boven aangeduide stappen (c)-(d) te komen.

Aan een aantal Nederlandse en buitenlandse deskundigen is vervolgens een mening gevraagd over de rapporten (met name dat van de WHO) en de gemaakte analyses, ook ten aanzien van de perinatale en zuigelingensterfte.

Deze korte rapportage is opgesteld als een samenvatting van een drietal achtergrondrapporten die momenteel worden afgerond. Deze zijn:

- 'Nederland gezond beoordeeld? Een analyse van internationaal vergelijkende rapporten over zorg en gezondheid' (Achterberg et al., 2001; besproken in *paragraaf 2 t/m 4*).
- 'Lang leve Nederland! Een analyse van trends in de Nederlandse levensverwachting in een Europese context' (Van der Wilk et al., 2001; besproken in *paragraaf 5*).
- 'Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: Trends en oorzaken vanuit een internationaal perspectief' (Achterberg en Kramers, 2001; besproken in *paragraaf 6*).

De rapportage sluit af met paragrafen over 'Kansen voor beleid' (*paragraaf 7*) en over verbetering van de informatievoorziening (*paragraaf 8*).

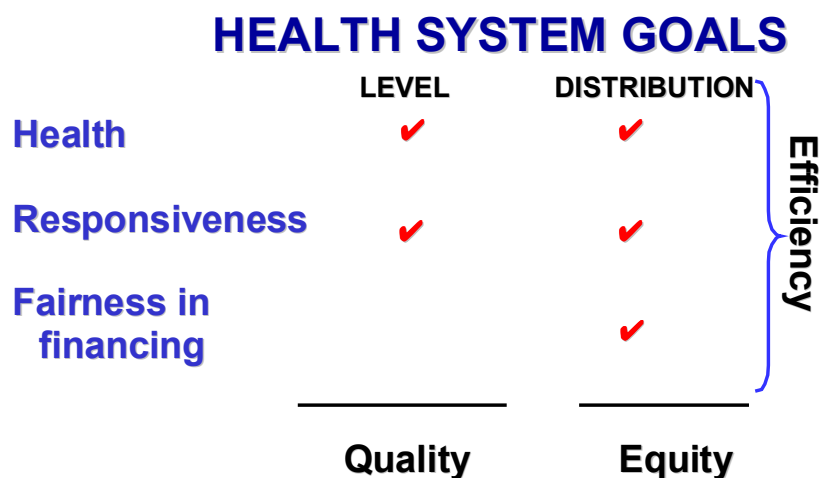
2. Het World Health Report 2000; Health Systems: Improving performance.

WHO rapport presenteert een uitdagende visie maar biedt weinig concrete uitkomsten waaraan het gezondheidsbeleid houvast heeft.

Het WHO rapport is visionair en ambitieus als raamwerk voor een vergelijkende beoordeling van de gezondheidssystemen van landen. De uitwerking en invulling van dit raamwerk zijn neergelegd in een dertigtal achtergrondrapporten, die deels nog na het verschijnen van het hoofdrapport beschikbaar komen.

De WHO gaat uit van een nieuwe, brede definitie van een ‘gezondheidssysteem’ als alle maatschappelijke acties die gericht zijn op handhaving en bevordering van de gezondheid (inclusief de zorg) en definieert vervolgens ook de specifieke doelen van die systemen. Deze doelen zijn allereerst de gezondheid als uitkomstmaat, vervolgens de cliëntgerichtheid (‘responsiveness’) en de eerlijkheid (‘fairness of financial contribution’). Voor gezondheid en cliëntgerichtheid is daarbij een opsplitsing gemaakt naar behaald niveau en naar de verdeling ervan onder de bevolking. Dit leidt tot vijf indicatoren (zie *figuur 1*).

Figuur 1: De in het WHO-rapport gepresenteerde doelen van een gezondheidssysteem en de daarvan afgeleide indicatoren.



Hieronder bespreken we de vijf indicatoren, de afzonderlijke resultaten voor deze indicatoren, de berekening van de totaalscore, en een aantal methodologische hoofdpunten.

Niveau van gezondheid

De WHO gebruikt als maat voor de gezondheid van de bevolking de ‘DALE’ (disability-adjusted life expectancy). Deze is als concept vergelijkbaar met een ‘gezonde levensverwachting’, en verwant aan de DALY (disability-adjusted life years) zoals die in de ‘Burden of Disease’ studie van de WHO en de Wereldbank ontwikkeld is. 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 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. Nederland neemt hier met 72,0 jaar een 13e plaats in. Van de andere (grotere) Europese landen staan Frankrijk, Zweden, Spanje, Italië, Griekenland en Zwitserland hoger, de overige lager dan Nederland.

Met name voor de ziektecomponent van de DALE is een complexe rekenwijze gevolgd met vele aannames. Zelfs uit de achtergrondrapportage is onduidelijk hoe de berekening voor Nederland is uitgevoerd. Uit de gegeven getallen blijkt dat de verschillen tussen de landen veel sterker door de verschillen in levensverwachting bepaald worden 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 ziektejaar-equivalenten slechts tussen 6,7 en 8,0.

De DALE als maat voor het niveau van gezondheid is in beginsel een goede keus. Voorlopig lijken echter de gevonden verschillen in DALE vooral bepaald door de component levensverwachting. Er zal nog veel moeten worden verbeterd aan de vergelijkbare gegevensverzameling voordat ook de ziekte-gerelateerde component van de DALE valide verschillen kan laten zien, met name tussen landen met een vergelijkbare graad van ontwikkeling.

Verdeling van gezondheid

Voor de verdeling van gezondheid is allereerst de principiële keus gemaakt verschillen te willen meten in algemene zin, dat wil zeggen zonder een norm op te leggen over welke verschillen al dan niet wenselijk zijn, zoals gebeurt bij de vaststelling van bijvoorbeeld sociaal-economische gezondheidsverschillen. Dit zou kunnen worden gerealiseerd door bijvoorbeeld te kijken naar sterfteverschillen tussen kleine geografische eenheden.

Bij gebrek aan gegevens over de verdeling van de DALE is de geschatte variatie in overlevingskansen van kinderen onder de 5 jaar als uitgangspunt genomen, berekend als de verdeling van de kindersterfte per gezin. Met andere woorden: clustert de kindersterfte binnen gezinnen meer dan statistisch te verwachten is? en in welke mate?

Deze ongelijkheidsmaat zal voor (kleine) landen met een laag kindertal per gezin en een lage kindersterfte erg ongevoelig zijn. Dit blijkt ook uit de score voor Nederland: een 15^e positie, met een betrouwbaarheidsinterval tussen de posities 6 en 33.

Ook meer principieel is de WHO-aanpak sterk in discussie: als je de meer gangbare aanpak van vergelijking van gezondheid tussen gedefinieerde bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld SES) vervangt door 'neutrale' groepen als buurten of gezinnen, introduceer je dan geen andere bronnen van vertekening die vergelijking tussen landen lastig interpreteerbaar maakt?

Gezien dit alles hechten wij voor de Nederlandse situatie zeer weinig waarde aan deze score.

Niveau van responsiveness

Het criterium ‘responsiveness’ kan vertaald worden als ‘vraaggerichtheid’, maar beter misschien als ‘cliëntgerichtheid’. Het heeft te maken met de verwachtingen die een individu mag koesteren ten aanzien van het gezondheidssysteem.

Voor de meting van dit kenmerk is een nieuw concept uitgewerkt en zijn zeven belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief 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 zijn de scores ‘op indirecte wijze’ afgeleid. Nederland behaalt bij dit criterium een negende positie, met een betrouwbaarheidsmarge die aangeeft dat het ergens tussen positie 2 en 27 zou kunnen liggen.

De opzet van dit criterium is vanuit een cliëntenperspectief plausibel. Wel is duidelijk dat het hier gaat om het *zorgsysteem*, en niet om het aanvankelijk breed gedefinieerde ‘gezondheidssysteem’. Veel aspecten van het gezondheidssysteem, waaronder preventie-activiteiten, komen niet aan de orde. Ook komt hierbij het aspect doelmatigheid van zorg in medische termen niet of nauwelijks aan bod.

Daarnaast is de opzet als enquête discutabel. Hoe gebeurt de selectie van respondenten? 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. Maar hoe is dit gebeurd? En hoe voorkom je de invloed van politieke agenda’s?

We achten derhalve deze indicator niet onzinnig maar wel te smal voor wat het pretendeert te meten. Aan de score hechten we weinig betekenis.

Verdeling van responsiveness

Dit criterium is met dezelfde vragenlijst aangepakt door te informeren 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. Nederland behaalt voor dit criterium een gedeelde 3e t/m 38ste (!) plaats. Nog sterker dan bij het niveau van responsiveness hebben we hier te maken met een indicator die nauwelijks discrimineert.

Eerlijkheid (‘fairness in financial contribution and financial risk protection’)

De berekening van het criterium *eerlijkheid* is gebaseerd op verschillen in gezondheidsuitgaven per huishouden, na aftrek van uitgaven die nodig zijn voor een bestaansminimum. De gegevens zijn ontleend aan enquêtes en bewerkt met meenemen van diverse economische gegevens of schattingen, die niet per land te achterhalen zijn. Nederland scoort op dit criterium een 20e tot 22e plaats, waarbij de aangegeven onzekerheidsmarges suggereren dat ook deze index nauwelijks discrimineert en dat de rangorde ook tien plaatsen hoger of lager zou kunnen uitvallen.

Het begrip ‘fairness’ lijkt nogal normatief door de WHO te worden 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, en dus als onderdeel van het zorgstelsel worden beoordeeld. Voor landen

zoals Nederland, waar inkomenssolidariteit t.a.v. gezondheidsrisico's deels buiten de financiering van de zorg vorm krijgt (belastingen), valt het oordeel van de WHO mogelijk te negatief uit.

Evenals bij 'responsiveness' gaat het bij deze indicator om een aspect van de gezondheidszorg en niet van het gezondheidssysteem zoals dat in bredere zin is gedefinieerd.

'Attainment' en 'performance' scores

Voor de boven besproken vijf indicatoren is vervolgens een combi-score bepaald, de 'attainment', dat wil zeggen hoe goed een land het doet op het totale gebied. Deze totaal-score is berekend als gewogen gemiddelde van de eerder verkregen vijf scores. De gewichten zijn bepaald door een 'expert-panel'. Voor gezondheid tellen zowel niveau als verdeling voor 25% mee. Responsiveness telt zowel voor niveau als voor verdeling voor 12,5% mee en eerlijkheid weegt ook voor 25% mee. Nederland komt zo op de 8e plaats uit.

Omdat terecht kan worden opgemerkt dat een hoge 'attainment' relatief makkelijk bereikbaar is voor landen met een hoge sociaal-economische ontwikkeling, zijn tenslotte ook 'performances' (prestaties) berekend. Deze maat is op te vatten als het behaalde niveau ('attainment') in relatie tot de beschikbare 'resources', ofwel, hoe 'efficiënt' de verschillende landen hun uitgaven voor gezondheid hebben aangewend. Voor deze 'performance' scoort Nederland op de 17e plaats.

De 'performance' is voor elk land berekend als de verhouding tussen het behaalde en het theoretisch hoogst haalbare niveau, met behulp van een econometrisch model ('frontier production analysis'). Dit hoogst haalbare niveau wordt afgemeten aan de beschikbare 'resources', concreet gemaakt als het onderwijsniveau en de hoogte van de zorguitgaven. Kort gezegd wordt de lat hoger gelegd bij een hoger onderwijsniveau en bij hogere uitgaven voor zorg. Deze aanpak is op zichzelf plausibel. Voor een aantal landen echter, bijvoorbeeld Australië, Zweden en Finland heeft de vertaling naar de 'performance' score onverwacht slechte, of in ieder geval contra-intuïtieve, resultaten opgeleverd. Daarbij wordt door experts gesuggereerd 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 en Frankrijk.

Conclusie

Bij een beoordeling van het WHO2000 rapport vervallen we in extremen. Aan de ene kant is de opzet visionair en gedreven. De WHO vindt dat een adequaat gezondheids(zorg)systeem vraaggericht, breed toegankelijk en eerlijk (egalitair) gefinancierd moet zijn. Het kent een verantwoordelijk leiderschap en een sterke rol van het zorgsysteem en overheden bij het handhaven en verbeteren van de gezondheid. De keuze van hoofddoelen is hier logisch aan gekoppeld, en de presentatievorm van het rapport is krachtig in de richting van de media en de politiek.

Duidelijk is echter dat de uitwerking veel smaller is dan de concepten suggereren. Voor het niveau van gezondheid is de DALE een juiste keuze, maar de keuze voor de verdeling van gezondheid is zeer aanvechtbaar. De andere drie indicatoren zijn zelfs als indicatoren voor het zorgsysteem onvolledig en niet gevalideerd. Met deze beperking tot het zorgsysteem verdwijnt de breedte van het 'gezondheidssysteem', met name ten aanzien van preventie en intersectoraal beleid, uit beeld. Omdat

daarmee veel determinanten van gezondheid buiten beeld blijven worden de aanknopingspunten voor beleid beperkt.

De rekenkundige uitwerking van de indicatoren wordt gekenmerkt door het grotendeels ontbreken van gegevens en de vulling van dat gat met een complex geheel van schattingen en aannames. Ondanks de uitgebreide achtergronddocumentatie is nauwelijks na te gaan hoe de scores feitelijk voor Nederland zijn afgeleid, en verschijnt het resultaat als een rapportcijfer uit een zwarte doos.

De conclusie moet zijn dat aan de precieze hoogte van het rangnummer voor Nederland weinig of geen waarde kan worden gehecht, en dat de presentatie van de gegevens onvoldoende handvatten voor het beleid verschaft om te concluderen wat moet worden gedaan om de situatie te verbeteren. De gepresenteerde visie op een gezondheidssysteem geeft vooral voor minder ontwikkelde landen goede aanknopingspunten, maar suggereert teveel dat de gezondheid voor een belangrijk deel door het zorgsysteem bepaald zou worden.

Deskundigen in vele landen hebben bezwaren geuit tegen het WHO rapport. Deze betreffen vooral het gebruik van een zo gebrekkige gegevensbasis en premature methodologie (hoe intelligent die mag zijn op onderdelen) voor een presentatie met grote politieke impact. Een (onterecht) hoog rangnummer blijkt ook contraproductief te kunnen werken, doordat regeringen kunnen concluderen dat er geen geld voor de zorg meer nodig zou zijn. Ook wordt betwijfeld of het wel zinvol is om alle landen van de wereld langs dezelfde maatlat te leggen. Met name in armere landen zijn er buiten het zorgsysteem en de overige voor beleid toegankelijke determinanten nog andere, externe factoren zoals natuurrampen, oorlogen, enz., die de volksgezondheid beïnvloeden.

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 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.

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 zinvol hierop in te spelen door te reageren op verzoeken om gegevens en mee te werken aan de uitwerking van de methodologie. Wat betreft de concrete gegevensvoorziening kunnen we echter op korte termijn meer verwachten van Europese (WHO-Europa en EU) en OECD-activiteiten dan van WHO-Headquarters.

3. Andere rapportages met internationale oriëntatie

Internationaal vergelijken is 'in'. Rapporten beoordelen Nederland vanuit diverse invalshoeken.

OECD

Allereerst is er het OECD landenrapport (OECD, 2000a). Dit bespreekt de economische ontwikkelingen in Nederland en wijdt in dat kader één hoofdstuk aan zorg en gezondheid. In het verleden zijn ook over andere landen dergelijke rapporten gepubliceerd. Het genoemde hoofdstuk is voorzien van diverse vergelijkende tabellen uit de OECD database, over gezondheid, zorggebruik en kosten. Bevindingen zijn onder meer: zorguitgaven gemiddeld; relatief laag aantal artsen en medische opleidingsplaatsen; zuigelingensterfte en perinatale sterfte gemiddeld; dit alles binnen de OECD-lidstaten. Er worden geen verbanden gelegd tussen deze observaties en ook weinig met de geformuleerde beleidsaanbevelingen.

Deze aanbevelingen voor het beleid gaan in de richting van meer marktwerking en concurrentie binnen het zorgsysteem en de noodzaak tot aanpakken van knelpunten, zoals wachtlijsten. Er worden een aantal maatregelen voorgesteld, zoals: het definiëren van standaardprocedures in de zorg, het regelmatig 'benchmarken' van zorginstellingen, het invoeren van een uniforme registratie van wachtlijsten (met definities van 'acceptabele' wachttijden) en maatregelen gericht op het tegengaan van de kostenstijging van medicijnen. Hier wordt overigens niet gerefereerd aan de nog steeds relatief lage uitgaven aan medicijnen in Nederland. Ook wordt een meer systematische toepassing van 'evidence-based medicine' aanbevolen, en wijst men op de noodzaak tot het verbeteren van het Nederlandse preventiebeleid, vooral gericht op specifieke groepen met een gezondheidsachterstand.

In een ander rapport (OECD, 2000b) heeft de OECD aanzetten gegeven voor het ontwikkelen van een conceptueel raamwerk voor vergelijking van zorgsystemen. Deze OECD-aanpak loopt deels parallel met de WHO benadering, maar kiest meer voor een stapsgewijze uitwerking: eerst consensus over de concepten, dan de definitie van de benodigde gegevens en tenslotte de verzameling ervan. Ook wil de OECD meer gebruik maken van analysekaders die in de lidstaten zelf in ontwikkeling zijn. Dit is een belangrijk forum voor Nederland om in te participeren.

SZW 2000: De Nederlandse verzorgingsstaat.

Sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief

Het SZW2000 rapport (SZW, 2000) is het tweede van een in 1996 begonnen vierjaarlijkse reeks rapporten, vooral gemotiveerd door de vraag of een goed sociaal beleid te combineren is met een voorspoedige economische ontwikkeling. In één van de hoofdstukken wordt het Nederlands zorgsysteem aan de hand van zes indicatoren vergeleken met een aantal van de grotere Europese landen en de Verenigde Staten.

De zes gekozen indicatoren zijn: (1) uitgavenquote (zorguitgaven als aandeel BBP), (2) doelmatigheid, (3) gezondheidstoestand, (4) toegankelijkheid, (5) tevredenheid met de zorg en (6) kosten(beheersing). Nederland 'scoort' relatief goed voor de sociale aspecten (toegankelijkheid als verschillen naar inkomen in gezondheid en zorgconsumptie, en tevredenheid met de zorg), gemiddeld voor uitgavenquote en gezondheid (levensverwachting, zuigelingensterfte), en relatief slecht voor de

financieel-economische aspecten kostenbeheersing en doelmatigheid (op basis van ligdagen/inwoner, % personeel aan het bed). De scores zijn berekend op basis van een beperkt aantal gegevens van internationale organisaties, vooral de OECD.

De keuze van de zes indicatoren (eigenlijk meer ‘globale begrippen’) is plausibel gegeven de gemengde sociale en economische invalshoek. De invulling met gegevens is vrij pragmatisch aangepakt en leidt tot een concretisering die veel smaller is dan de containerbegrippen zelf (misschien laten de gegevens niet veel meer toe). De vraag is of daarmee de uitkomst de verwachting wel dekt. Bij de verwerking van de scores tot gecombineerde ranglijsten is nergens complexer gerekend dan met ongewogen gemiddeldes. Dit komt de inzichtelijkheid ten goede en is accuraat genoeg voor de pretentie: een globaal beeld en geen nauwkeurige analyse.

Meer in detail gezien is de keuze van levensverwachting en zuigelingensterfte als indicatoren voor de *gezondheidstoestand* beperkter dan bijvoorbeeld de DALE, omdat de laatste ook de chronische, niet-fatale aandoeningen en aspecten van kwaliteit van leven meeneemt, die steeds belangrijker worden. Bij *toegankelijkheid* kan worden opgemerkt dat deze indicator is geoperationaliseerd als verschillen in gezondheid en in zorgconsumptie. Omdat gezondheidsverschillen hoofdzakelijk niet door de zorg worden veroorzaakt, en hier vooral sociale gelijkheid van toegang wordt beoordeeld, komt een probleem als de wachtlijsten hier niet aan bod, evenmin als geografische toegankelijkheid.

Ook voor *doelmatigheid* is de vraag of we hier meten wat we willen meten: 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 maat is, speelt hier ook dat in Nederland verpleeghuizen meetellen en elders soms niet. Doelmatigheid heeft, op deze manier uitgedrukt, slechts betrekking op een deel van de zorg. Ten slotte blijkt uit vergelijkende analyses dat enkele veronderstelde ‘instrumenten’ voor *kostenbeheersing*, namelijk het percentage eigen bijdrage en de mate van aanbodregulering, bij vergelijking met andere landen *niet* correleren met de uitgavenquote. De vraag is dan of het dan wel goede indicatoren voor kostenbeheersing zijn.

Het rapport concludeert dat Nederland zich met recht zorgen maakt over de financieel-organisatorische aspecten van de zorg. Het ligt voor de hand dat deze conclusie gebaseerd is op de twee indicatoren die in dit terrein liggen en waar Nederland er niet goed uitkomt: kostenbeheersing en doelmatigheid. Hierbij gaat het rapport in op substitutie (thuiszorg) en persoonsgebonden budgetten als instrumenten om de zorguitgaven te beperken. Gegeven het bovenstaande is het echter zeer de vraag of de genoemde twee indicatoren voor dit terrein relevant zijn, en of die conclusie hier dus terecht is.

Meer algemeen gesproken heeft de analyse een zekere elegantie door haar eenvoud, maar is het zeer de vraag of door de enigszins willekeurige keuze van de vergeleken gegevens de uitkomsten de pretentie dekken.

Sociaal en Cultureel Rapport 2000: Nederland en Europa

Het tweejaarlijkse SCP rapport (SCP, 2000) heeft dit jaar internationale vergelijking als centraal thema en het besteedt één hoofdstuk aan gezondheid en zorg. SCP beschrijft meer aspecten van gezondheid dan OECD en SZW. Naast levensverwachting en zuigelingensterfte komen subjectief ervaren gezondheid, gezonde levensverwachting en verloren levensjaren aan bod, en de determinanten

roken en alcoholgebruik. Ook worden trends gepresenteerd. Evenals in de meeste andere rapporten wordt ook hier vooral gebruik gemaakt van de OECD database.

Een belangrijke conclusie uit het SCP rapport is dat Nederland de laatste decennia ten aanzien van zuigelingensterfte en levensverwachting (vooral bij vrouwen) door diverse EU-landen is ingehaald. Ook kent Nederland relatief veel rokers. Wat niet wordt gesignaleerd is dat niet zozeer de zuigelingensterfte (sterfte gedurende het eerste levensjaar) maar veeleer de perinatale sterfte (sterfte vanaf week 24-28 van de zwangerschap tot en met één week na de geboorte) zich in Nederland minder gunstig ontwikkelt.

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.

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 terecht 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.

4. Enkele bevindingen samengevat

Vergelijkende rapporten vergelijken lang niet altijd wat ze pretenderen, maar presenteren soms interessante vergelijkende gegevens.

Hieronder gaan we kort na wat de antwoorden zijn op de in *paragraaf 1* gestelde vragen (a)-(d).

(a) Wat zijn doel, ambitie en reikwijdte van het rapport? De WHO wil expliciet de prestaties van ‘gezondheidssystemen’ als totaal beoordelen. SZW doet eigenlijk hetzelfde, maar veel pragmatischer. Het OECD rapport over ‘performance measurement’ (OECD, 2000b) gaat meer op de fundamentele kant van deze concepten in. Het OECD landenrapport is veeleer een individueel advies aan Nederland, vooral toegespitst op de zorg-organisatie, en verluicht met een selectie gegevens uit de OECD database. Het SCP laat vooral de gegevens zelf spreken, zonder daar een geïntegreerde conclusie uit te trekken.

Tabel 1: Positie van Nederland in vergelijking met EU en OECD landen, zoals weergegeven in vier rapporten: WHO, OECD, SZW, SCP. (NB: de beoordeling ‘slecht’ of ‘goed’ is altijd gebonden aan bepaalde premissen!)

Relatief slecht	Circa gemiddeld	Relatief goed
<i>Trends</i> in levensverwachting en zuigelingensterfte (SCP)	Status levensverwachting; zuigelingensterfte (alle rapporten)	Vroegtijdige sterfte bij mannen relatief laag (SCP)
<i>(Trend in)</i> rookgedrag (SCP)	Gezonde levensverwachting (matig vergelijkbaar; SCP); DALE (WHO)	Ervaren gezondheid (OECD)
Lage artsendichtheid, weinig opleidingsplaatsen, wachtlijsten (OECD)	Vroegtijdige sterfte bij vrouwen (SCP)	Tevredenheid met de zorg (OECD, SZW, SCP)
Laag % personeel aan het bed (SZW)	Responsiveness; fairness of financial contribution (WHO)	Medische consumptie relatief laag (SCP)
Toename medicijnkosten (OECD)	Consultaties arts extramuraal per hoofd (OECD) (Groei) uitgavenquote (alle rapporten) Uitgaven aan medicijnen (OECD)	

(b) Welke maatstaven en gegevens zijn gebruikt? De belangrijkste hiervan zijn in *tabel 1* samengevat, met een indicatie hoe Nederland het op deze punten doet. Het gaat bijna uitsluitend over aspecten van de gezondheidstoestand en van het zorgsysteem. Andere determinanten van gezondheid komen beperkt (alleen bij het SCP) aan bod.

(c) In hoeverre zijn de conclusies gerechtvaardigd? Waar het gaat om vergelijking van concrete gegevens, zoals aangeduid in *tabel 1*, zijn de conclusies in het algemeen

correct. Waar dat van toepassing is zijn de conclusies van de rapporten ook redelijk eensluidend. Een kanttekening is dat de trends in de zuigelingensterfte minder negatief moeten worden beoordeeld dan SCP suggereert, omdat het veeleer de perinatale sterfte is waar de problemen liggen (zie *paragraaf 6*). De problemen ontstaan wanneer deze gegevens worden gebruikt om meer abstracte noties als ‘doelmatigheid van zorg’ of nog abstracter ‘prestatie van een gezondheids(zorg)systeem’ van een oordeel te voorzien. De invulling van zulke globale begrippen met concrete gegevens is vooralsnog zowel arbitrair en fragmentarisch als normatief. Op deze wijze geconstrueerde scores of ranglijsten zijn op zichzelf weinig informatief, suggereren meer ze waarmaken en kunnen hoogstens als een stimulans voor verdere analyse worden gezien.

(d) Wat kan het beleid ermee? Het *beleid* (d) zal alleen aanknopingspunten kunnen vinden als geconstateerde internationale verschillen concreet gedocumenteerd zijn en een nadere analyse toelaten (zie ook *paragraaf 7*). Waarom is de Nederlandse levensverwachting relatief hoog of laag? Waarom gebruiken we veel (of weinig) medicijnen? Waarom zijn er veel of weinig handen aan het bed? Een werkelijk begrip van dit soort problemen vereist een heel andere benadering dan de berekening van scores.

Een dergelijke meer gedetailleerde analyse is gemaakt voor de trends in levensverwachting (*paragraaf 5*) en de sterfte rond de geboorte (*paragraaf 6*).

5. Ontwikkelingen in de levensverwachting

In Nederland stagneert de levensverwachting vooral bij vrouwen. Roken is hiervoor een belangrijke oorzaak.

Vraagstelling

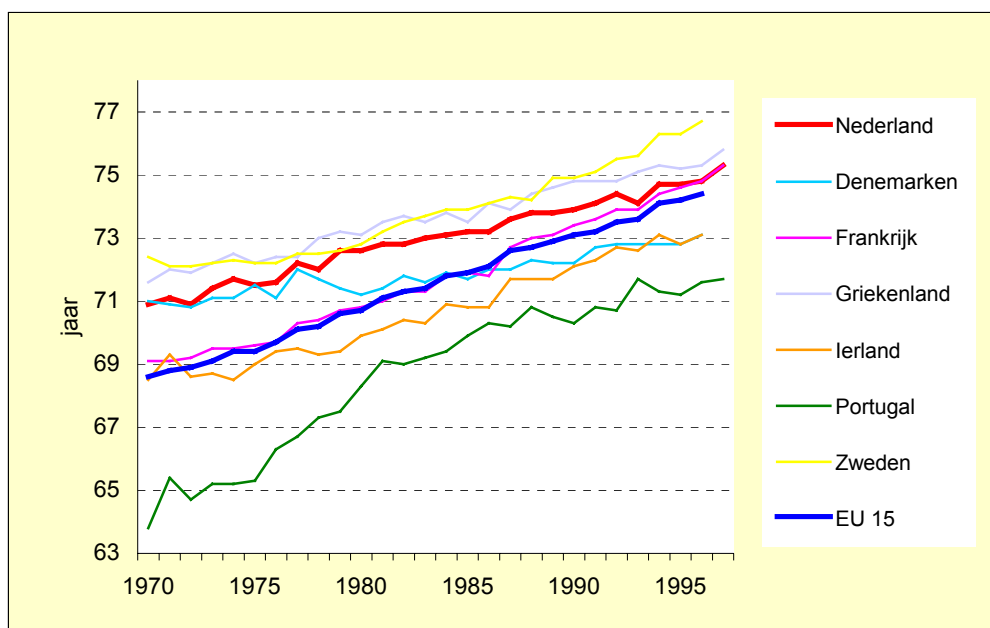
In alle genoemde rapporten wordt Nederland ten aanzien van de levensverwachting recent op een middenpositie in Europa gesitueerd. In het SCP rapport wordt gesignaleerd dat de levensverwachting in Nederland minder snel stijgt dan in de meeste omringende landen. Omdat de levensverwachting nog steeds als een belangrijke indicator voor de volksgezondheid geldt, gaan we hier nader in op deze trends. Voor een nadere analyse van de situatie besteden we ook aandacht aan de leeftijdspecifieke sterftepatronen in Nederland en in andere EU-landen, in relatie tot de belangrijkste doodsoorzaken en hun determinanten. Ten slotte gaan we na of dit aanknopingspunten biedt voor beleidsacties.

Analyse

De levensverwachting bij geboorte is voor mannen sinds 1970 minder snel gestegen dan het EU-gemiddelde (*figuur 2*), maar een dramatische trend is dit niet. De stagnatie ten opzichte van andere Europese landen en het EU-gemiddelde geldt sterker voor vrouwen. Deze zijn de laatste 15 jaar van vrijwel een koppositie in de EU afgezakt tot in de middenmoot (*figuur 3*).

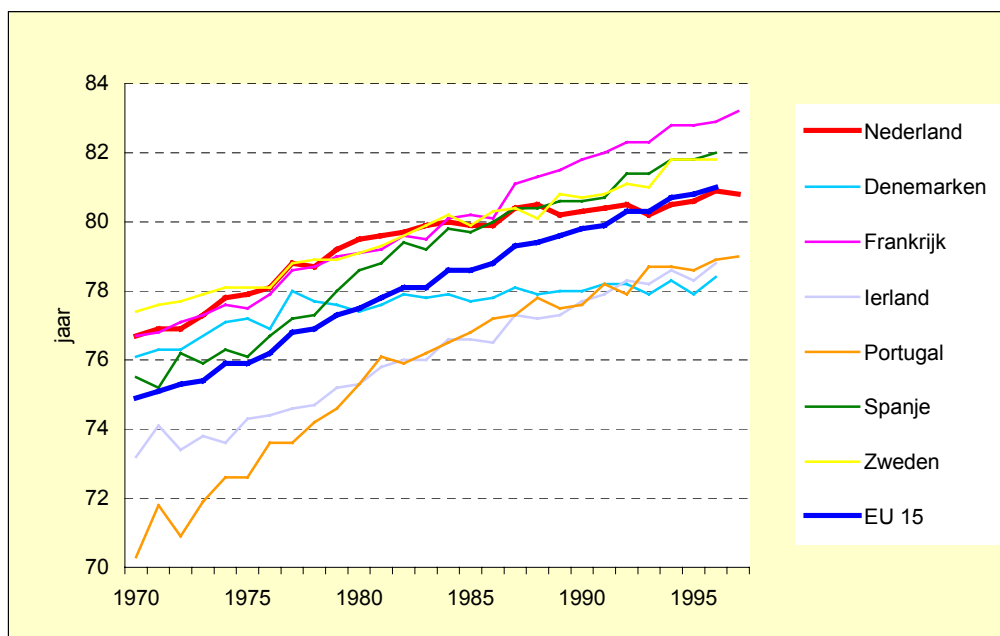
De levensverwachting wordt berekend met behulp van leeftijdspecifieke sterftegegevens als bouwstenen. Door naar deze bouwstenen zelf te kijken ontstaat een meer gedetailleerd beeld waar zich de problemen voordoen. In Nederland is voor mannen bij alle leeftijdsgroepen een doorgaande trend te zien van een dalende sterfte, met uitzondering van de oudste leeftijdsgroepen (80+), waar de sterfte al enige jaren stabiliseert. Voor vrouwen zien we in alle leeftijdsgroepen een duidelijke afvlakking van de tot voor kort dalende sterftetrends optreden. In de *figuren 4 en 5* is voor 1995 de leeftijdspecifieke sterfte in Nederland vergeleken met andere EU-landen. Hier blijkt voor mannen de sterfte hoger te liggen dan het EU-gemiddelde vanaf circa 65 jaar en voor vrouwen met name in het traject tussen 45 en 70 jaar.

Figuur 2: Levensverwachting bij geboorte voor mannen in 7 EU landen.



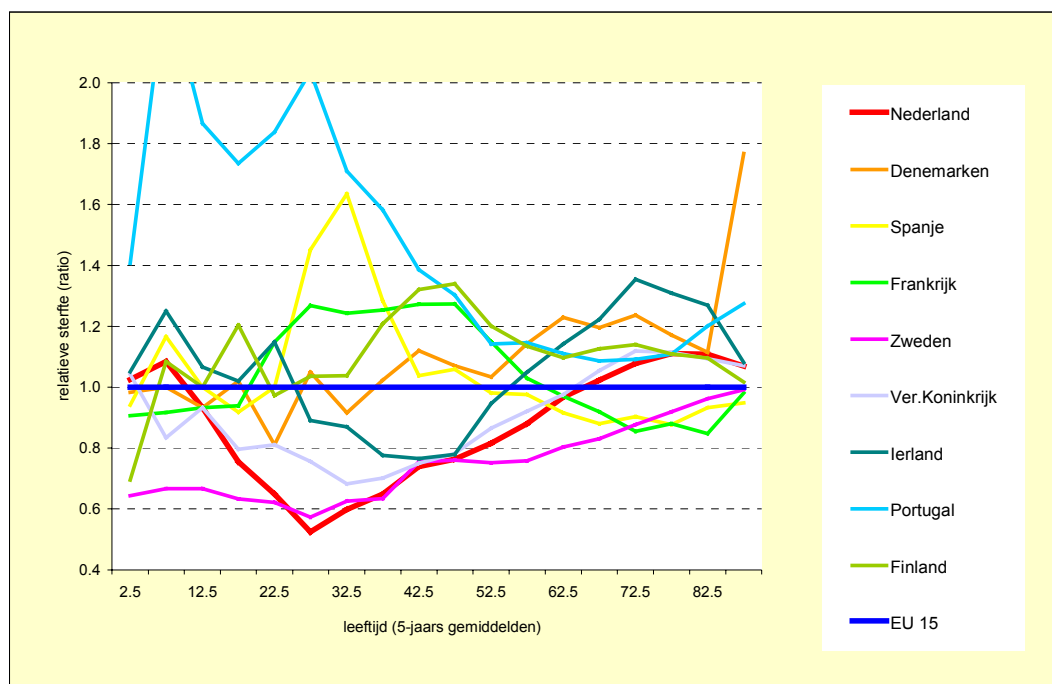
Bron: Health for All database (Juni, 2000)

Figuur 3: Levensverwachting bij geboorte voor vrouwen in 7 EU landen.



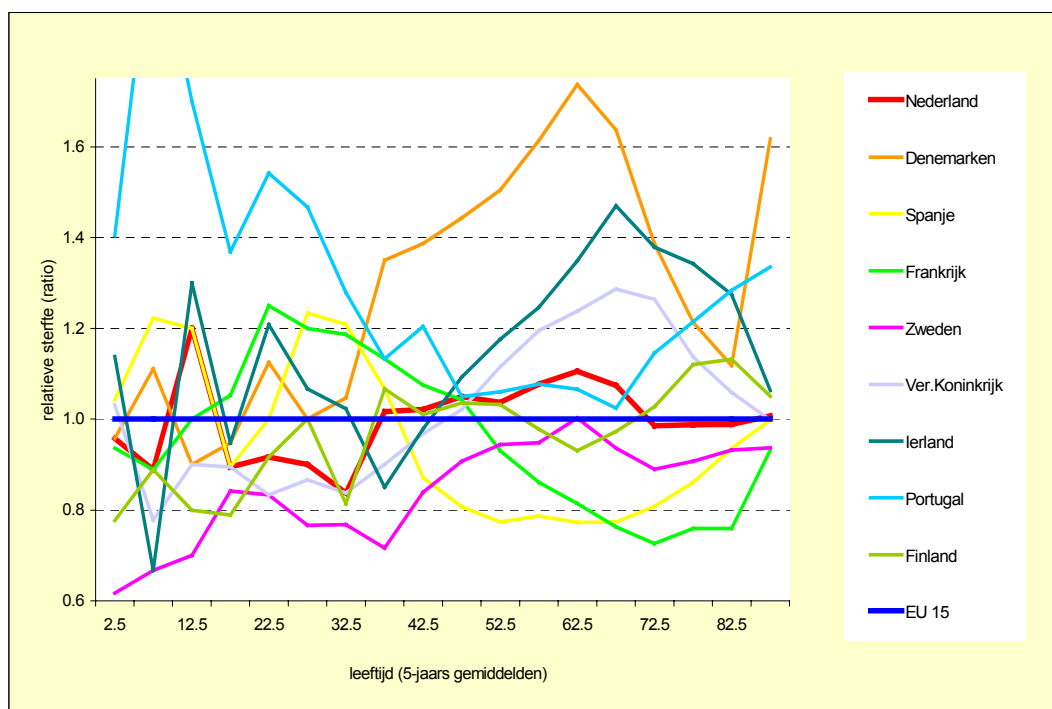
Bron: Health for All database (Juni, 2000)

Figuur 4: Leeftijdsspecifieke sterfte voor mannen in 9 EU-landen ten opzichte van het EU-gemiddelde, in 1995.



Bron: Eurostat, New Cronos

Figuur 5: Leeftijdsspecifieke sterfte voor vrouwen in 9 EU-landen ten opzichte van het EU-gemiddelde, in 1995.



Bron: Eurostat, New Cronos

Vervolgens kijken we naar de belangrijkste doodsoorzaken voor Nederland, ook leeftijdspecifiek (gegevens voor 1996). Nederland blijkt het beter te doen dan het EU-gemiddelde (of ongeveer even goed) voor coronaire hartziekten, beroerte en 'accidentele val'. Echter, voor zes andere doodsoorzaken: borstkanker, prostaatkanker, longkanker (mannen > 65 jaar, vrouwen < 70 jaar), longontsteking/acute bronchitis, dikke darm- en endeldarmkanker (jongere vrouwen) en astma/COPD (oudere mannen, alle vrouwen) ligt de sterfte in Nederland boven het EU-gemiddelde.

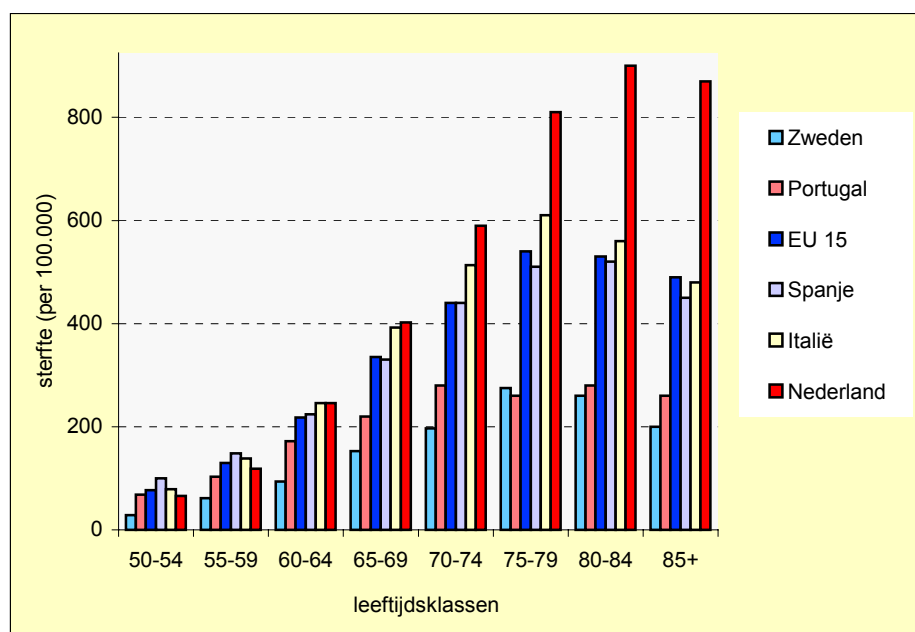
De gevonden algemene leeftijdspecifieke sterftepatronen lijken gereflecteerd in de patronen voor met name borstkanker, prostaatkanker, longkanker en COPD.

Voor de eerste twee zijn de determinanten complex, maar voor longkanker en COPD is roken de dominante risicofactor. Hierbij zijn vooral de trends in rookgedrag over de afgelopen 20 jaar belangrijk. Deze zijn gekenmerkt door een afname van het roken bij de mannen over de laatste 40 jaar en een toename onder vrouwen. Het patroon van de longkankersterfte (vooral relatief hoog bij oudere mannen en jongere vrouwen, zie *figuren 6 en 7*), is consistent met deze trends. De huidige bijna-toppositie voor zowel mannen als vrouwen binnen de EU (*figuur 8*) geeft reden tot zorg voor de toekomst.

Conclusie

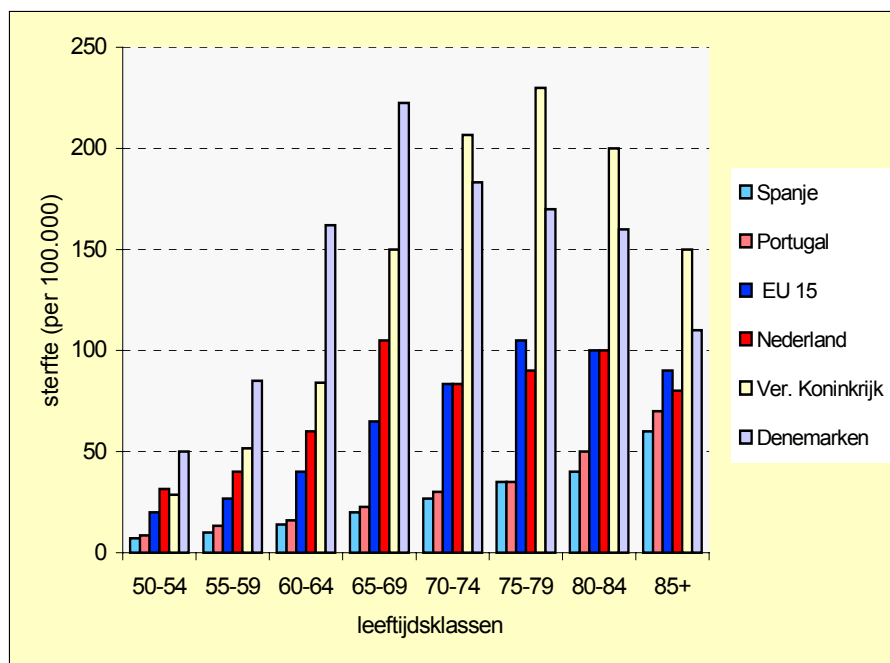
De hier uitgevoerde analyse geeft aan dat de stagnatie van de levensverwachting van de Nederlandse vrouwen tenminste voor een flink deel aan roken is toe te schrijven. Hiermee treedt Nederland in het voetspoor van Denemarken. Daar werd al eind jaren tachtig een ongunstige trend waargenomen in de levensverwachting van vrouwen. Een diepgaande analyse wees daar eveneens op rookgedrag, maar daarnaast op een complex geheel van factoren dat samenhangt met een toenemende participatie in de arbeidsmarkt en de adoptie van een meer 'mannelijke' leefstijl in het algemeen. Het lijkt zinvol ook voor Nederland een meer gedetailleerde analyse uit te voeren.

Figuur 6: Sterfte door longkanker bij mannen in 5 EU-landen, 1996.



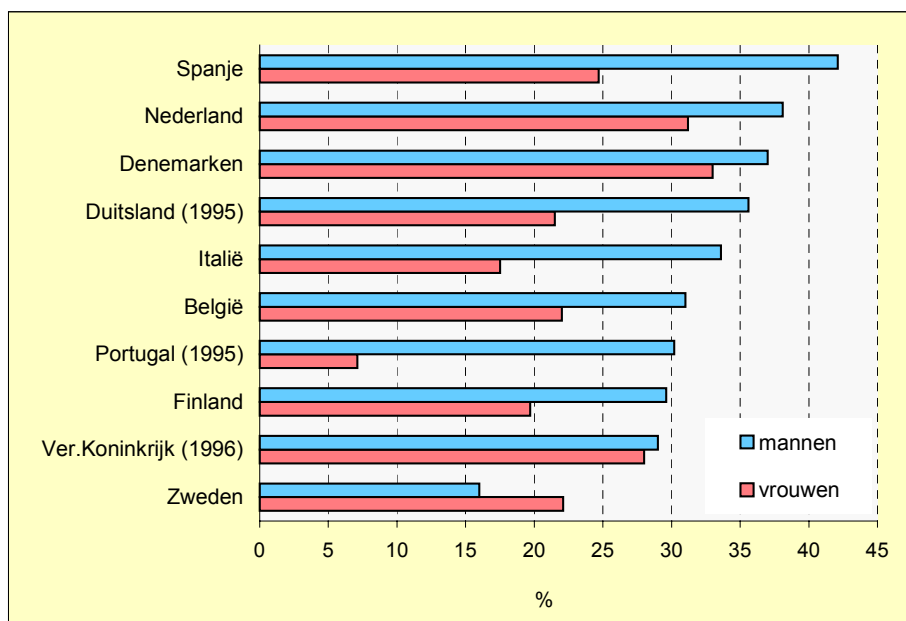
Bron: Eurostat, New Cronos

Figuur 7: Sterfte door longkanker bij vrouwen in 5 EU-landen, 1996.



Bron: Eurostat, New Cronos

Figuur 8: Percentage dagelijkse rokers naar geslacht in enkele EU-landen in 1997.



Bron: OECD Health Data, 2000

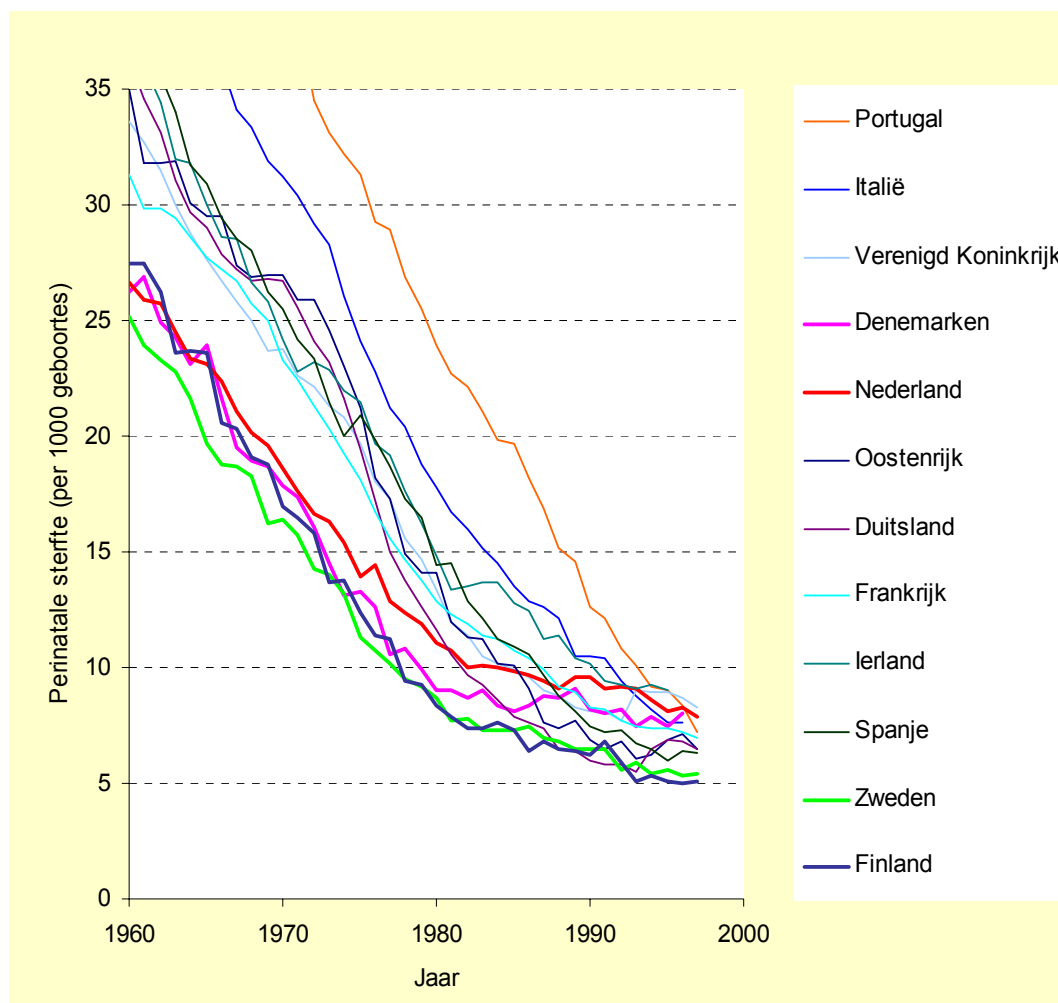
6. Ontwikkelingen in de sterfte rond de geboorte

De perinatale sterfte in Nederland ontwikkelt zich minder gunstig. Oorzaken liggen onder meer bij de hoge leeftijd van moeders, een relatief hoog aandeel allochtone moeders en daarmee samenhangende factoren.

Vraagstelling

In diverse van de genoemde rapporten worden gegevens over de zuigelingensterfte gepresenteerd. Met name het SCP rapport wijst op een minder gunstige trend voor Nederland. We gaan hier nader in op de trends in zuigelingensterfte (sterfte in het eerste levensjaar; geldt als een belangrijke indicator voor de volksgezondheid), maar ook in de perinatale sterfte (foetale sterfte vanaf 24-28 weken zwangerschap plus sterfte in de eerste week na geboorte; geldt tevens als een indicator voor de kwaliteit van de perinatale zorg). We zullen nagaan welke factoren deze sterfte bepalen, of deze factoren de specifieke Nederlandse trends kunnen verklaren, en of hier kansen liggen voor verbetering, in zorg en preventie en in het zorg- en gezondheidsbeleid.

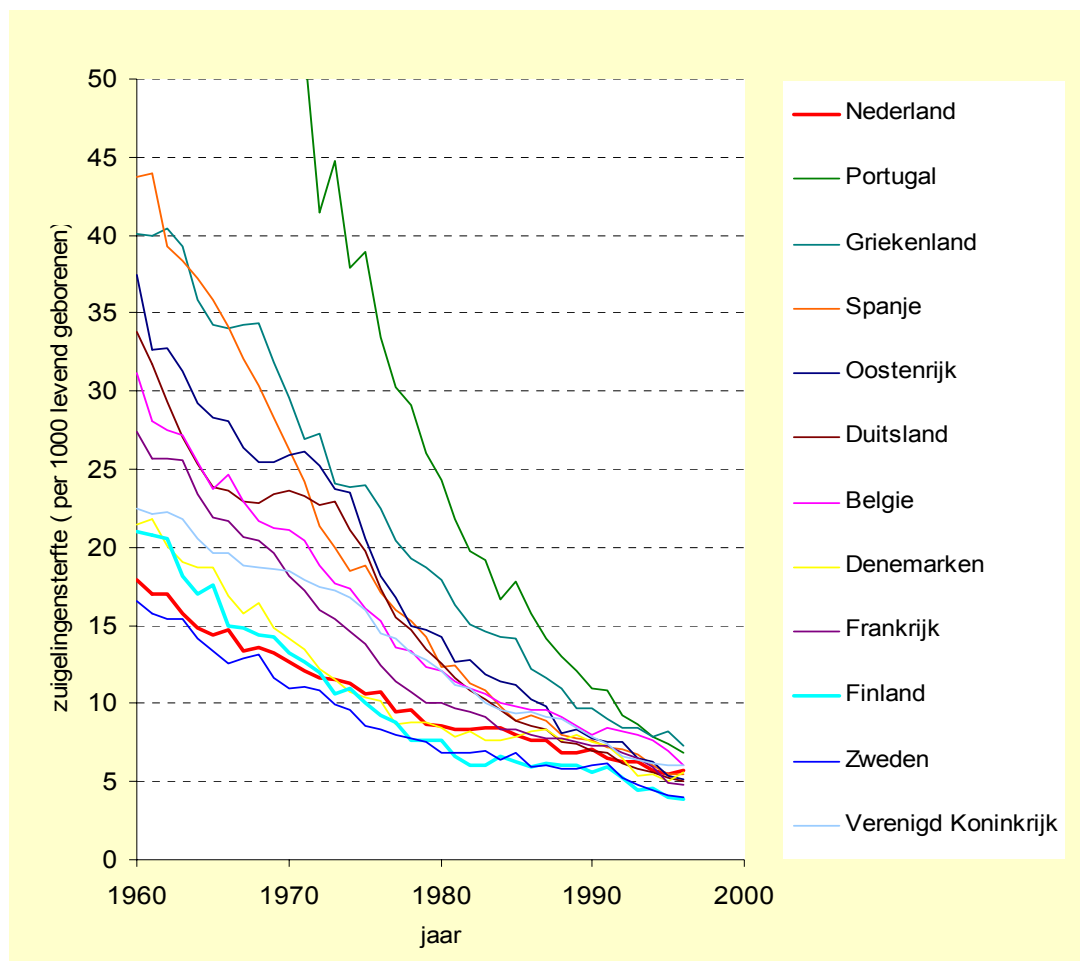
Figuur 9. Trends in perinatale sterfte in Europa: 1960-1997 (data: OECD)



Analyse van de trends

In de periode 1960-1996 zijn zowel de perinatale als zuigelingensterfte in Nederland aanzienlijk gedaald, van 26,6 naar 8,0 per 1000 geboortes respectievelijk van 17,9 naar 5,7 per 1000 levendgeborenen (zie *figuur 9 en 10*).

Figuur 10: Trends in zuigelingensterfte in de Europese Unie 1960-1996. (data: OECD)



In 1996 gaat het in Nederland om ongeveer 1500 en 1000 gevallen voor perinatale respectievelijk zuigelingensterfte. Veel andere landen, vooral in Europa, kenden echter een nog sterkere daling en dit leidde er toe dat Nederland binnen de landen van de Europese Unie voor perinatale sterfte van een vierde naar een elfde plaats zakte en voor zuigelingensterfte van een tweede naar een tiende plaats. Wel zijn de oorspronkelijk grote verschillen tussen de landen veel kleiner geworden, waardoor de rangnummers minder zeggen: de verschillen in de ‘middenmoot’ zijn tegenwoordig erg klein. De Nederlandse ontwikkeling is verhoudingsgewijs ongunstiger voor perinatale sterfte dan voor zuigelingensterfte. Voor perinatale sterfte is echter de vergelijkbaarheid van gegevens een groter probleem vanwege definitiekwesties vooral over het begintijdstip: 24 of 28 weken na het begin van de zwangerschap. Zweden en Finland (en Japan) zijn nu de landen met de laagste sterfte rond de geboorte.

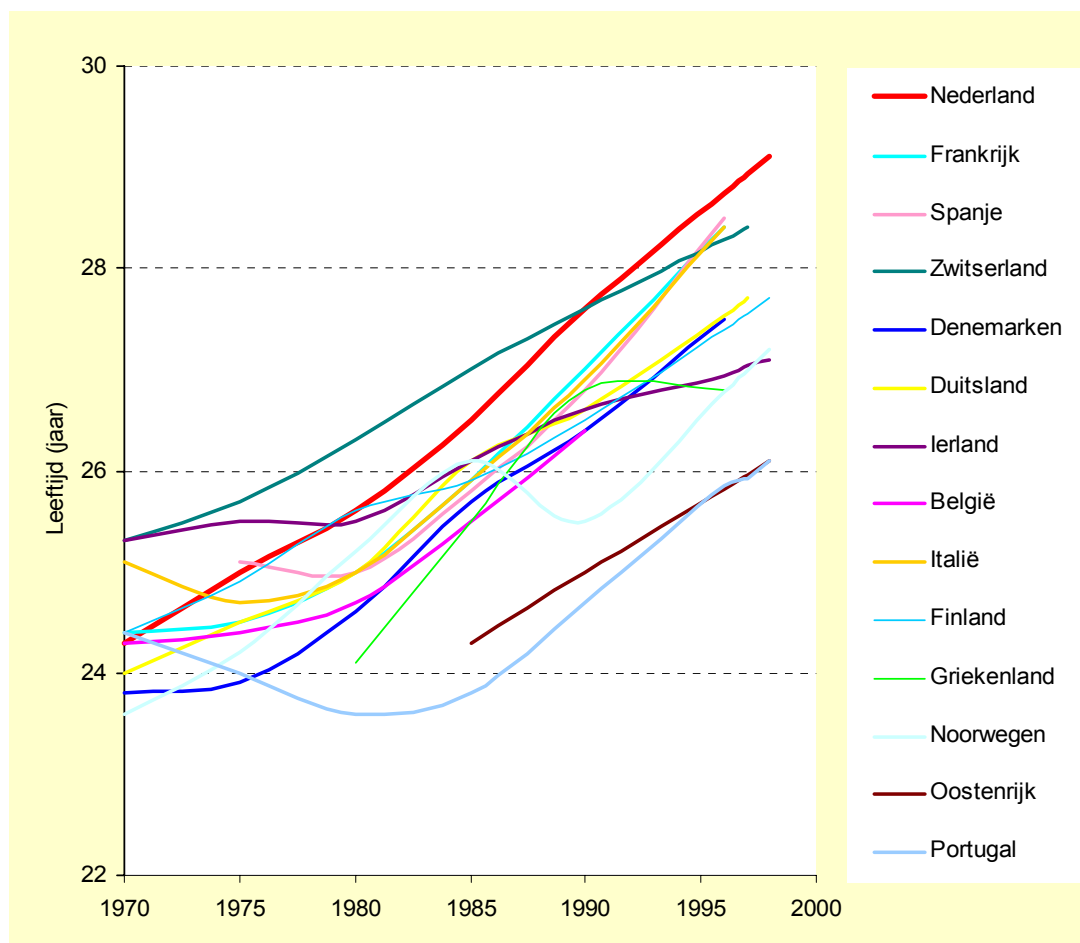
Voor een verklaring van deze trends moeten we kijken naar trends en ontwikkelingen in de relevante risicofactoren. Risicofactoren voor perinatale en zuigelingensterfte omvatten allereerst laag geboortegewicht (relatie met vroeggeboorte) en congenitale

afwijkingen. Andere risicofactoren die deels hiermee verband houden en meer met kenmerken van de moeder geassocieerd zijn, zijn bijvoorbeeld de leeftijd van de moeder, de (allochtone/autochtone) afkomst van de moeder (in relatie met sociaal-economische status), het voorkomen van meerlingzwangerschappen (met leeftijd samenhangend), en het rookgedrag van zwangeren.

Voor de huidige vraagstelling is van belang in welke van deze risicofactoren opvallende trends te zien zijn, en vooral of deze trends voor Nederland een afwijkend patroon laten zien. Dergelijke trends zijn met name aan te wijzen voor de risicofactoren *leeftijd van de moeder*, *allochtone herkomst van de moeder* en *meerlingzwangerschappen* en er zijn redelijk goede gegevens over beschikbaar.

Wat betreft de *leeftijd van moeders*: over de periode 1975-2000 is de leeftijd van Nederlandse moeders bij geboorte gemiddeld enkele jaren toegenomen en het percentage kinderen dat wordt geboren bij een oudere (35+) moeder is in die periode gestegen van 5 tot 20%. Internationale vergelijking geeft aan, dat de gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van het eerste kind en het percentage geboortes bij oudere moeders in Nederland tegenwoordig tot de hoogste in Europa behoren (*Figuur 11*).

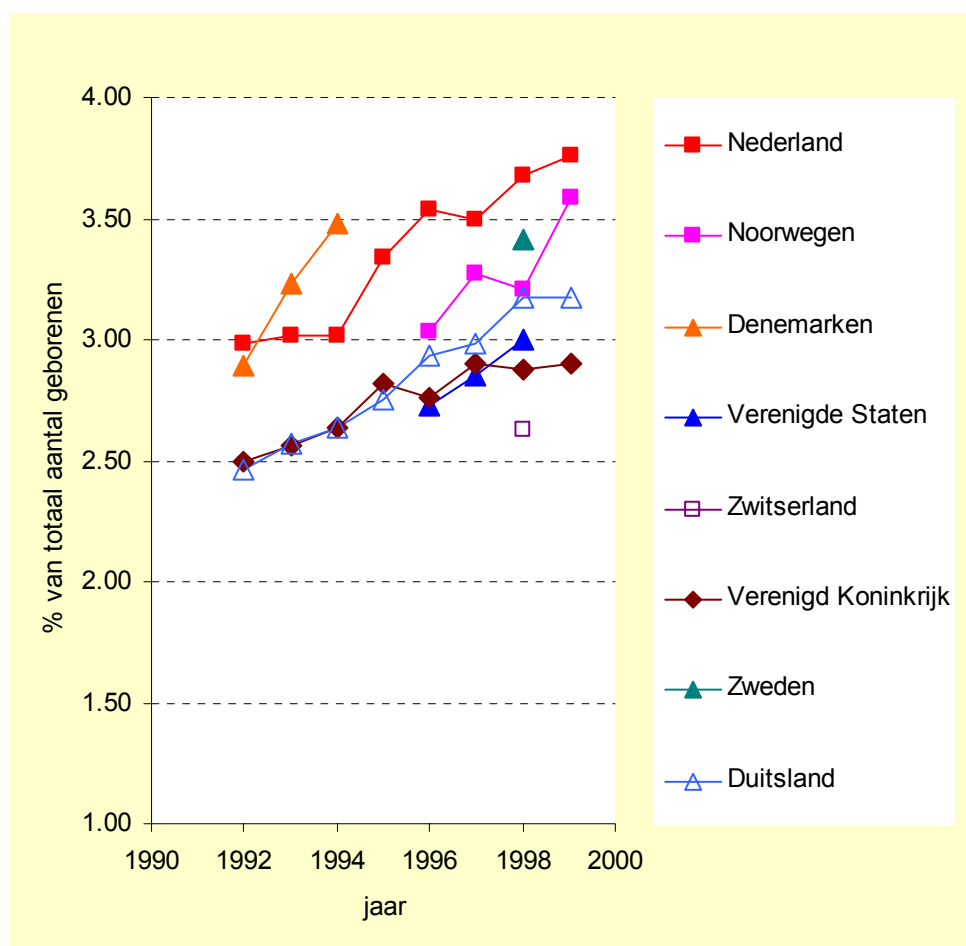
Figuur 11: Trends in de leeftijd bij geboorte van het eerste kind bij Europese moeders. (bron: Council of Europe)



Trends in de tijd over het percentage kinderen dat bij *allochtone moeders* wordt geboren zijn moeilijk exact te geven, onder meer door definitieproblemen. Tussen 1975 en 2000 zijn geboortes bij allochtone moeders in Nederland naar schatting toegenomen van ongeveer 5 tot ongeveer 20 % van het totaal aantal geboortes. Internationale vergelijkingen suggereren dat deze toename in Nederland sterker is geweest dan in veel andere Europese landen.

Met het toenemen van de leeftijd van de moeder bij geboorte stijgt de kans op het krijgen van een *meerling*. Wanneer het krijgen van het eerste kind wordt uitgesteld stijgt bij de ouder wordende vrouw de kans op vruchtbaarheidsproblemen, die dikwijls worden behandeld met hormonale (hyper)stimulatie of IVF (In Vitro Fertilisatie). Ook deze behandelingen verhogen nog eens de kans op een meerling. Tussen 1980 en 2000 is het aandeel van Nederlandse kinderen dat als meerling ter wereld kwam gestegen van ongeveer 2,0 naar ruim 3,5 % van alle geboortes. De helft van deze toename is gerelateerd aan het toegenomen aantal fertiliteitsbehandelingen, en hiermee kent Nederland op dit moment internationaal gezien een hoog percentage meerlingeboortes (*figuur 12*).

Figuur 12: Trends in percentage kinderen dat als meerling wordt geboren in een aantal Westerse landen. (bronnen: statistische bureau's en experts).



Wel lijkt de stijging van het aantal ‘grote’ meerlingen (drie of meer) in Nederland recent onder controle gebracht door verbeteringen in de IVF praktijk, waar nu als regel twee embryo's bij de aanstaande moeder worden teruggeplaatst. In de V.S. is bijvoorbeeld het percentage grote meerlingen op dit moment 1,5 keer zo hoog als in

Nederland, terwijl het totale percentage meerlingen er lager is vanwege de lagere gemiddelde leeftijd van de Amerikaanse moeder.

Gebruik makend van gegevens en aannames over relatieve risico's hebben wij geschat dat de genoemde drie factoren (oudere moeder, allochtone moeder, meerlinggeboorte) het risico op perinatale sterfte in Nederland tussen 1975 en 2000 ruwweg met 12-19% hebben verhoogd, tot een huidige risicofractie van ruim 26 % (dat wil zeggen het aandeel van de perinatale sterfte dat door deze factoren verklaard kan worden). In mindere mate geldt dit toegenomen risico ook voor de zuigelingensterfte. Als deze inschatting juist is, geeft dit aan dat op andere fronten (bijvoorbeeld verbeterde perinatale zorg) de risico's afgenomen zijn: De sterfte is in deze periode immers feitelijk nog steeds gedaald.

Omdat het roken tijdens de zwangerschap een belangrijke risicofactor is voor sterfte rond de geboorte, zijn ook hiervoor trends onderzocht. Het lijkt erop dat roken door zwangere vrouwen de afgelopen 20 jaar iets is gedaald van circa 25 % tot ruim 20 %. Vergelijkbare getallen uit het buitenland zijn schaars, maar liggen voor Zweden en Finland lager dan in Nederland. Hier is dus geen toegenomen risico maar wel een nog steeds substantieel risico (risicofractie = circa 13 %).

Waar is gezondheidswinst mogelijk?

Los van de verklaring van de ongunstige trends kan de vraag worden gesteld op welke fronten winst te boeken valt wat betreft sterfte rond de geboorte. Hierbij kijken we vooral naar de perinatale zorg en preventie.

Het Nederlandse systeem van zorg rond zwangerschap en geboorte kenmerkt zich in vergelijking met andere landen door een hoog percentage thuisbevallingen en relatief weinig technische ingrepen zoals keizersnedes. Er zijn geen aanwijzingen dat deze praktijk voor de 'complicatievrije' zwangerschap tot een verhoogd risico op perinatale of zuigelingensterfte zou leiden. Wel is uit onderzoek gebleken, dat een flink deel van de perinatale sterfte nog vermijdbaar zou zijn door verbetering in preventie, antenatale of perinatale zorg (soms wordt 25-30 % genoemd). Hierin onderscheidt Nederland zich niet van omringende landen, alleen in Zweden en Finland (waar de perinatale sterfte ook het laagst is) is de situatie gunstiger. Misschien is verbetering mogelijk in de toegankelijkheid van de perinatale zorg voor allochtone groepen, en achterstandsgroepen in het algemeen.

De verbeterde klinische perinatale zorg, die mede de daling in sterfte heeft veroorzaakt, is een medaille met twee kanten. Pasgeborenen die nu meer levenskansen hebben dan vroeger, krijgen niet zelden op latere leeftijd te maken met ontwikkelingsproblemen van cognitieve, neurologische en andere aard.

In de preventiesfeer is de prenatale screening een belangrijk onderwerp. Op dit moment is men in Nederland in vergelijking met buurlanden terughoudend ten aanzien van routinematige screening op aangeboren afwijkingen: er is meer sprake van een persoonlijke keuze, waarbij de nuances van de ethische discussie meespelen. Dit heeft waarschijnlijk beperkt invloed op de perinatale sterfte, maar meer op latere sterfte en ontwikkelingsproblemen. Voorlichting speelt een rol ten aanzien van het verhoogde risico bij moederschap op oudere leeftijd, bij het suppleren van foliumzuur bij zwangerschapswens, en vooral ten aanzien van het roken tijdens de zwangerschap, maar ook later in aanwezigheid van de baby.

Conclusies

De gegevens laten zien dat in Nederland met name de perinatale sterfte zich, internationaal vergeleken, minder gunstig ontwikkelt. Voor een deel kan dit verklaard worden doordat de leeftijd van moeders, het aandeel allochtone moeders (in relatie met SES) en het aandeel meerlinggeboortes in Nederland sneller gestegen zijn dan elders. Afgezien van de rol van deze risicofactoren is nog gezondheidswinst te bereiken door verdere optimalisatie van de perinatale zorg (evenals in andere landen) en vooral door vermindering van het roken tijdens de zwangerschap.

7. Kansen voor beleid

Bruikbare signalen voor het beleid zijn concrete aanbevelingen en de vergelijking en analyse van concrete gegevens. Aanbevelingen betreffen vooral de organisatie van de zorg, bijvoorbeeld ten aanzien van meer concurrentie en marktwerking. Analyse van vergelijkende gegevens geeft aan dat vooral veel gezondheidswinst te bereiken is door effectiever tabaksbeleid.

Internationaal vergelijken is ‘in’. Internationale vergelijkingen kunnen nieuwe inzichten opleveren over belangrijke vraagstukken in de volksgezondheid. Bij het ministerie van VWS bestaat een groeiende aandacht voor dit perspectief. Hoe kunnen we nu uit bovengenoemde bevindingen leermomenten voor het Nederlandse beleid destilleren?

Gezondheidszorgbeleid

Uit de besproken rapporten komen diverse aanknopingspunten voor beleid naar voren die vooral de *zorg* betreffen. Hoewel het WHO rapport de ambitie heeft een beoordeling te geven over het ‘gezondheidssysteem’ van de 191 lidstaten, kunnen hieruit geen conclusies worden getrokken over het functioneren van ons gezondheids- of zorgsysteem. De enige conclusie zou kunnen zijn dat we in Europees kader geen uitbijter zijn. Op een meer sociaal-politiek niveau zou de visie van de WHO op wat een rechtvaardig zorgsysteem is als inspiratie kunnen dienen voor de stelsel-discussie, zij het dat het pleidooi van de WHO vooral gericht is op de landen waar nauwelijks een sociaal vangnet is voor onvoorziene grote medische uitgaven.

De gegevens en aanbevelingen uit de rapporten van OECD en SZW zijn veel concreter, maar staan in de meeste gevallen niet haaks op bestaande beleidsvoornemens van VWS: meer marktwerking, concurrentie binnen het zorgsysteem, aanpakken van wachtlijsten, het regelmatig ‘benchmarken’ van zorginstellingen, terugdringen van de kosten (o.a. medicijnen), en meer systematische toepassing van ‘evidence-based medicine’. Belangrijke punten die uit de vergelijkende gegevens naar voren komen zijn het relatief lage aantal artsen per inwoner, het tekort aan opleidingsplaatsen, en het lage percentage van het zorgpersoneel ‘aan het bed’. Hiervoor is aandacht op zijn plaats.

Uit de analyse over de sterfte rond de geboorte komt onder meer naar voren dat er kansen zijn voor reductie van vermijdbare sterfte door verbeteringen in de antenatale en perinatale zorg. Wat betreft het verhoogde risico op perinatale sterfte bij allochtone groepen liggen de kansen met name bij een meer interculturele benadering van de zorg rond zwangerschap en geboorte, in combinatie met de aandacht voor achterstandsgroepen in het algemeen.

Gezondheidstoestand en determinanten: preventiebeleid

Wat betreft de *gezondheidstoestand* zijn het met name de stagnerende trends in levensverwachting en sterfte rond de geboorte, en de ongewenste trends in rookgedrag, die om een antwoord vragen van het public health beleid.

De nadere analyse van de *trends in levensverwachting* (paragraaf 5; maar zie ook de gegevens over het roken tijdens de zwangerschap), onderstreept opnieuw het belang van effectieve maatregelen ter preventie van *rookgedrag*. De duidelijkheid waarmee deze risicofactor uit de analyses van doodsoorzaken naar voren komt en de analogie

met de situatie in Denemarken geven aan dat hier met name actie nodig is. Voor de andere genoemde doodsoorzaken die, in verhouding tot de EU, in Nederland veel sterfte veroorzaken: borstkanker, prostaatcancer en darmkanker, is daarentegen nog veel onderzoek nodig naar de determinanten en preventie. Ten slotte: preventiebeleid moet van lange adem zijn, de resultaten zullen pas op langere termijn zichtbaar zijn. De sterftepatronen van nu vinden immers hun oorsprong immers in leefwijzen en andere oorzaken van soms vele jaren terug.

Wat betreft de *zuigelingensterfte* wordt Nederland door verschillende andere Europese landen ingehaald. Dit is deels omdat die andere landen op dit punt een snellere verbetering doormaken. Wat betreft de sterfte later in het eerste levensjaar wijkt Nederland weinig af van de 'beste' Europese landen. Voor de *perinatale sterfte* is de Nederlandse situatie minder gunstig. Dit lijkt deels verklaarbaar door de relatief sterke toename in Nederland van groepen met een verhoogd risico op sterfte rond de geboorte, ten opzichte van andere Europese landen.

Op verschillende manieren houdt dit verband met de recent snel toegenomen gemiddelde leeftijd van moeders, het duidelijkst te zien als de leeftijd van het krijgen van het eerste kind. Op zichzelf gaat het hier om een persoonlijke keuze, waar beleid wellicht terughoudend wil zijn. Anderzijds lijkt goede voorlichting aan de orde over de verhoogde risico's bij het krijgen van een kind op oudere leeftijd, evenals het scheppen van goede randvoorwaarden voor jonger moederschap, zoals goede kinderopvang en regelingen in de arbeidssfeer. Een dergelijke aanpak heeft in de Zweedse situatie volgens deskundigen een positieve effect gehad.

Daarnaast liggen er kansen voor preventie op het verminderen van het roken tijdens de zwangerschap. Ten aanzien van het voorkomen van congenitale afwijkingen zijn de mogelijkheden van foliumzuursuppletie nog in discussie en is er een snelle groei in de mogelijkheden van vroege opsporing tijdens de zwangerschap. Wat betreft het laatste is een zorgvuldige benadering nodig gegeven de ethische dilemma's ten aanzien van zwangerschapsonderbreking. Wiegendood is door succesvolle campagnes duidelijk gereduceerd, maar gerichte voorlichting t.a.v. roken bij de baby en gericht op subgroepen kan hier nog tot winst leiden. Zoals al opgemerkt liggen er ook kansen bij een verbeterde interculturele benadering van preventie en zorg rond zwangerschap en geboorte. In meer algemene zin heeft de OECD de versteking van het preventiebeleid aanbevolen, met name gericht op specifieke groepen met gezondheidsachterstand.

Het is voor verbetering van preventie en zorg van cruciaal belang dat gegevens over het verloop van zwangerschap en geboorte, en over oorzaken van sterfte rond de geboorte (inclusief laag geboortegewicht, vroeggeboorte en congenitale afwijkingen) in één samenhangende, landelijk dekkende registratie bijgehouden worden.

De internationale dimensie

Benaderingen als van de WHO en de OECD om een raamwerk te ontwerpen voor het meten van zoiets als 'de prestaties van een zorgsysteem' hebben als meerwaarde dat ze van de primaire beleidsvraag uitgaan: hoe besteed ik mijn investeringen in de zorg efficiënt, gegeven randvoorwaarden A-Z? Ondanks de kritische noten adviseren wij dat Nederland zich bij de ontwikkeling van deze concepten in internationale organisaties constructief en pro-actief opstelt. Dit geldt ook voor de onderliggende informatievoorziening (zie *paragraaf 8*).

8. Naar een betere internationale informatievoorziening

Internationale vergelijking van volksgezondheidsgegevens geeft een extra signaal aan het beleid. Daarom moet energie worden gestoken in het harmoniseren van gegevensverzameling.

Voor alle internationaal vergelijkende studies geldt dat ze op betrouwbare en vergelijkbare gegevens moeten berusten. Het WHO rapport laat hier 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 opgebouwde internationale gegevensverzamelingen door OECD, Eurostat (voor de EU) en WHO-Europa. In dit spanningsveld keren sommige landen zich af van de WHO (Headquarters), terwijl andere trachten constructief-kritisch bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van de WHO methodologie en datavoorziening.

Hoewel de OECD en WHO (met name WHO-Europa) al veel data verzamelen en deze dan ook in vele rapporten gebruikt worden, is in de praktijk nog maar een beperkte set gegevens goed vergelijkbaar. Recent wordt door de OECD en de Europese Unie hard gewerkt om gegevens over gezondheid, aanbod en gebruik van zorg en kosten en financiering beter tussen de lidstaten vergelijkbaar te maken. Hoewel het mandaat van de Europese Unie op het gebied van de gezondheidszorg nog beperkt is, is duidelijk dat het door de EU afdwingbare vrije vervoer van goederen en diensten in toenemende mate voor de gezondheidszorg en daarmee voor de vergelijkbare gegevensvoorziening in de lidstaten van belang wordt.

Wanneer we 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 Nederlands onderzoek.

De geraadpleegde experts geven naar aanleiding van het WHO-rapport een aantal mogelijkheden voor toekomstig vergelijkend onderzoek. Een vergelijking van de rol, positie en het functioneren van public health in de landen van de Europese Unie wordt genoemd en ook studies ter vergelijking van indicatoren voor ongelijkheid en eerlijke financiering. Hier kan voortgang worden gemaakt als OECD en WHO de krachten zouden bundelen.

9. Literatuur

- 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, Bilthoven, maart 2001.
- Achterberg PW, Kramers PGN, Wilk EA van der, 2001. Nederland gezond beoordeeld? Analyse van internationaal vergelijkende rapporten over zorg en gezondheid. RIVM rapport no. 271558 001, Bilthoven, maart 2001.
- OECD, 2000a. OECD Economic Surveys Netherlands March 2000. OECD, Paris, March 2000. (Chapter IV. The Health Care System)
- OECD, 2000b. 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, 2000. De Nederlandse verzorgingsstaat. Sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief. SZW, Den Haag, juli 2000. (Hoofdstuk 7. De Gezondheidszorg)
- VWS, 2000. Beleidsagenda 2001. Speerpunten van VWS. Den Haag, VWS, september 2000.
- WHO, 2000. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva, 2000.
- Wilk EA van der, Achterberg PW, Kramers PGN, 2001. Lang leve Nederland! Een analyse van trends in de Nederlandse levensverwachting in de Europese context. RIVM rapport no. 271558 002, Bilthoven, maart 2001.