



De zorgstelselcompetitie

Essay

Dr. Willem Jan Meerding ¹

Dr. Michael van den Berg ²

¹ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

² RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg

Oktober 2016

Inhoud

1	Inleiding	4
2	Posities en meetlatten	6
	2.1 Verschillen in positie	6
	2.2 Verschillende meetlatten	6
3	Een vergelijking van vergelijkingen	8
	3.1 Wat internationale ranglijsten beoordelen; prestaties van systemen	8
	3.2 Zorg en zorgstelsel	9
4	Beoordelingscriteria en totaalscores	10
	4.1 Toegankelijkheid	10
	4.2 Kwaliteit	10
	4.3 Betaalbaarheid	11
	4.4 Spanning tussen beoordelingscriteria en achterliggende waarden	12
	4.5 Totaalscores: hoe wordt er gerekend?	12
	4.6 Conclusie	13
5	Datakwaliteit	14
6	Nut van internationale vergelijkingen van zorgstelsels voor beleid en onderzoek	15
7	Conclusies en reflectie	17

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan. De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren over hoofdlijnen van de beide beleidsterreinen.

Samenstelling Raad

Voorzitter: Pauline Meurs.

Raadsleden: Daan Dohmen, Jan Kremer, Bas Leerink, José Manshanden, Liesbeth Noordegraaf-Eelens, Greet Prins, Dick Willems, Loek Winter.

Directeur/algemeen secretaris a.i.: Luc Donners.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl

www.raadrvs.nl

Twitter: @raadrvs

Publicatie 16-04

© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Den Haag, 2016

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website.

1 Inleiding

Er is een stijgende interesse voor vergelijkende informatie over de zorg. Elk jaar verschijnen diverse varianten van de 'ziekenhuis top-100'. Deze kunnen stevast op de nodige aandacht rekenen, en leiden tot onrust in menige bestuurskamer. Ook op een gedetailleerder niveau zijn steeds meer gegevens beschikbaar over de zorg rond specifieke indicaties, en kunnen zorgconsumenten instellingen vergelijken; ziekenhuizen maar ook allerlei andere typen zorgaanbieders. Een voorbeeld hiervan is de website kiesbeter.nl. In dit essay richten we ons op vergelijkingen die zich op een veel hoger niveau richten op complete zorgstelsels en de vermeende 'prestaties' hiervan. Deze internationale ranglijsten van zorgstelsels staan eveneens sterk in de belangstelling, vooral van beleidmakers en politici. Vooral de Euro Health Consumer Index (EHCI), waarin het Nederlandse zorgstelsel stevast als beste uit de bus komt, kan jaarlijks op de nodige media-aandacht rekenen (Bjornberg, 2015).

De belangstelling voor deze 'zorgstelselcompetitie' is verklaarbaar. De zorg staat sterk in de maatschappelijke en politieke belangstelling. Onder invloed van de ideeën van *New Public Management* in het openbaar bestuur wordt de laatste decennia steeds meer waarde gehecht aan de prestaties en de doelmatigheid van de publieke dienstverlening. Deze wordt bij voorkeur afgemeten aan meetbare resultaten. Hierachter gaan verwachtingen schuil. Beleidmakers en bestuurders, zorgverleners en zorgverzekeraars worden geacht verantwoording af te leggen aan de samenleving. Belasting- en premiebetalers willen graag waar voor hun geld. Cijfers kunnen daarbij helpen. Van vergelijkingen met andere landen valt mogelijk te leren hoe het Nederlandse zorgstelsel presteert en hoe dit is te verbeteren.

Een andere verklaring voor de populariteit van ranglijsten, is dat hoe complexer de samenleving wordt, hoe sterker we lijken te verlangen naar eenvoud (de Bruijn, 2016). De zorg is een ingewikkelde semipublieke sector, met veel verschillende deelterreinen, met complexe regelgeving en sociale codes, en met sterke afhankelijkheden tussen partijen. Dit maakt de zorgsector moeilijk te begrijpen en te sturen, en voedt het verlangen naar eenvoudige en eenduidige modellen en indicatoren. Ranglijsten van zorgstelsels bieden daarop een antwoord. Ze zijn eenvoudig te begrijpen en suggereren overzicht, en zijn daardoor aantrekkelijk. De media hebben de behoefte aan eenvoud goed begrepen, en spelen hier op in: haring, oliebolletjes, scholen, universiteiten, campings, terrassen, overall is wel een 'lijstje' van te vinden.

Maar de zorgstelselcompetitie en vooral de veelheid aan 'lijstjes', roept ook vragen op. In de eerste plaats: hoe maakt men onderscheid tussen de prestaties van de zorg en van het zorgstelsel (afgezien van het feit dat strikt genomen een zorgstelsel zelf niets 'presteert')? Anders dan een oliebol of een haring, is een zorgstelsel geen eenduidig afgebakend geheel. Het is een construct waarvan de betekenis verschilt, al naar gelang men er met een medische, sociologische, economische of bestuurskundige bril naar kijkt. Wat hier wel of niet toe behoort vereist ook een onderbouwde keuze. In de meest enge zin richt men zich strikt op geneeskundige zorg, en in een zeer ruime zin spelen ook terreinen zoals arbeidsomstandigheden, onderwijs, waterzuivering, voedselveiligheid en verkeersveiligheid een rol. In de literatuur wordt dit wel het 'boundary problem' genoemd (Papanicolas en Smith, 2012; Murray en Frank, 2000).

In de tweede plaats, wat levert de vergelijkende informatie op en voor wie? Levert het bruikbare informatie op om de zorg of het zorgstelsel te verbeteren?

Een derde vraag is hoe om te gaan met het feit dat ranglijsten van zorgstelsels niet neutraal zijn. Waarop en hoe wordt beoordeeld is immers een normatieve kwestie en is onderdeel van een politiek-ideologische discussie, of behoort dit te zijn. Om te bepalen welke 'output' moet worden gemeten, moet eerst duidelijk zijn wat een zorgsysteem precies zou moeten opleveren. Moet het vooral doelmatige zorg opleveren, zorgen voor zoveel mogelijk levensjaren, de participatie van burgers stimuleren, of regie over het eigen leven en gezondheid? Of een combinatie van deze zaken (RIVM, 2014)? Dergelijke normatieve opvattingen liggen ten grondslag aan de keuze voor criteria, indicatoren en aan het relatieve belang dat hieraan wordt toegekend.

Tot slot nodigt het arsenaal aan lijstjes waaruit geput kan worden uit tot opportunistisch gebruik in het publieke en politieke debat. Critici van het Nederlandse systeem kunnen zich bedienen van een lijst die laat zien dat Polen, Roemenië en China beter scoren dan Nederland. Degenen die het systeem verdedigen, kunnen zwaaien met de 'gouden medaille' die Nederland jaarlijks als beste in Europa mag ontvangen van de EHCI.

Deze vragen geven aanleiding tot een kritische analyse van bekende internationale ranglijsten van zorgstelsels. Dit is geen uitputtend overzicht, maar wel voldoende voor een zinvolle reflectie op dit fenomeen. In de eerste paragraaf gaan we in op de positie van het Nederlandse zorgstelsel op internationale ranglijsten. Vervolgens gaan we in op de verschillen in aanpak en operationalisatie van concepten, en de aannames die hierachter schuil gaan. Tenslotte gaan we in op het nut of gebruikswaarde van internationale vergelijkingen van zorgstelsels voor beleid en onderzoek, zoals het bieden van aangrijpingspunten voor verbetering.

2 Posities en meetlatten

2.1 Verschillen in positie

Het Nederlandse zorgstelsel staat in de EHCI al enkele jaren achtereen op de eerste plaats. In de lijst van de Europese Commissie (EC) komt Nederland op plaats 2 van 28 Europese landen (Medeiros et al., 2015), bij het Commonwealth Fund (CMWF) op plaats vijf van 11 westerse landen (Davies et al., 2014), en tenslotte bij Bloomberg op plaats 29 van 55 landen wereldwijd (Bloomberg, 2016). Ook de OECD biedt een uitgebreide vergelijking van 34 landen. De OECD presenteert als enige alleen een 'dashboard' van scores op 26 indicatoren, maar geen totaalscore en dus ook geen ranglijst. Een punt dat meteen in het oog springt, is de selectie van landen. Het maakt uit of je Nederland vergelijkt met Saoedi-Arabië, Argentinië of Thailand, zoals in de Bloomberg vergelijking, of alleen met westerse landen zoals in de andere analyses.

2.2 Verschillende meetlatten

Verder zijn de verschillen in de positie van Nederland op de internationale ranglijsten grotendeels te herleiden tot de verschillen in meetlatten: de onderliggende beoordelingscriteria die wel of juist niet zijn meegenomen. Volgens de OECD en EHCI is de zorg in Nederland goed toegankelijk, in de CMWF vergelijking is dit gemiddeld. Verder scoort de Nederlandse zorg volgens de EHCI en de CMWF goed op de patiëntgerichtheid, hoewel beide ranglijsten dit heel verschillend operationaliseren. Een hogere positie heeft Nederland verder te danken aan bepaalde uitkomsten, zoals een lage sterfte aan hart- en vaatziekten (OECD, EHCI), en relatief weinig overgewicht en obesitas (OECD). Wordt naar andere uitkomsten gekeken dan behoort ons land tot de middenmoot, zoals bij de levensverwachting bij 65 jaar, roken en alcoholconsumptie (OECD), en de overleving bij kanker, beroerten en hartinfarcten (OECD). Dat ook in een aantal zorgprocessen ons land niet tot de beste behoort laat de CMWF studie zien. Bij het toepassen van specifieke vormen van zorg die naar professionele maatstaven effectief zijn, is Nederland een middenmoter. Ook de coördinatie van de zorg is in Nederland gemiddeld.

Zaken waar Nederland minder dan gemiddeld scoort, zijn (gepercipieerde) patiëntveiligheid (CMWF) en de ongelijkheid naar inkomenspositie in de toegang tot zorg (EHCI, CMWF). Het CMWF en de OECD wijzen verder op het relatief grote aantal personen dat afziet van zorg om financiële redenen, en de grote verschillen hierin tussen hoge en lage inkomens. Terwijl Nederland vanouds bekend staat om het lage niveau van privé betalingen voor zorg, is ons land met het gestegen eigen risico naar het midden opgeschoven. Volgens de OECD bevindt Nederland zich hier op het gemiddelde (OECD, 2015). De eigen bijdragen voor langdurige zorg en voor de gemeentelijke voorzieningen in het kader van de Wmo zijn hier niet bij inbegrepen.

Daarnaast bestaat er overeenstemming over het feit dat de zorguitgaven in Nederland vrij hoog zijn vergeleken met de meeste andere landen (OECD, Bloomberg). De EHCI neemt de zorguitgaven niet mee in zijn vergelijking. De (on)vergelijkbaarheid van internationale zorgcijfers speelt hier een rol. Nederland stond jarenlang bekend als de op de VS na duurste gezondheidszorg ter wereld. Recent is dit door de OECD gecorrigeerd, vooral door betere gegevens over de ouderenzorg (OECD, 2016). Nederland staat nu op plaats zeven, onder meer achter Japan, Zwitserland, Frankrijk, en Duitsland,

al zijn de verschillen met de 'duurdere' landen erg klein. Hoewel de hoogte van de zorguitgaven internationaal gezien dus lijkt mee te vallen, is het belangrijk te realiseren dat het welvaartspeil in Zwitserland hoger is, en dat in Japan, Frankrijk en Duitsland de bevolking (veel) meer vergrijsd is. De vergrijzing loopt in Nederland achter ten opzichte van andere westerse landen, en deze zal de zorguitgaven de komende jaren mede opstuwten (CPB, 2016).

Door de forse verschillen in onderliggende criteria, vertelt elke ranglijst een ander verhaal. Mogelijk is een betere vergelijking van zorgstelsels mogelijk op het niveau van de afzonderlijke beoordelingscriteria en indicatoren. Hiervoor is het echter nodig om eerst naar de verschillen in aanpak te kijken, en na te gaan hoe concepten zoals zorg en zorgstelsel zijn geoperationaliseerd. Het is tijd voor een 'vergelijking van vergelijkingen'.

3 Een vergelijking van vergelijkingen

3.1 Wat internationale ranglijsten beoordelen; prestaties van systemen

De internationale vergelijkingen vertonen opvallende verschillen in benadering en in 'wat' zij beoordelen. De OECD gaat uit van een uitgebreid conceptueel model waarin doelen en middelen worden onderscheiden. Dit model maakt onderscheid tussen het 'health system' en het 'health care system'. Gezondheid wordt door meer bepaald dan zorg alleen. De gezondheid van de bevolking is het resultaat van de toegankelijkheid en kwaliteit van het zorgsysteem, de (financiële) middelen die beschikbaar zijn in de zorg, en van externe factoren zoals de leefstijl (en onderliggende culturele waarden), en de bredere economische, demografische en sociale context. De keuze voor de beoordelingscriteria is consistent met dit model.¹

De overige ranglijsten beperken zich tot het 'health care system'. De benadering van de EC heeft als overeenkomst met de OECD studie dat deze rekening houdt met domeinen buiten de zorg die van invloed zijn op gezondheid. De EC analyse richt zich volledig op de doelmatigheid van het zorgsysteem, door een productiefunctie benadering: gezondheid – gemeten in (gezonde) levensverwachting – als statistische functie van zorguitgaven, maar ook van inkomen, opleiding, en leefstijl: alcoholgebruik, roken, overgewicht (Medeiros et al., 2015). Net als de EC beoordeelt Bloomberg de zorgstelsels alleen op hun doelmatigheid op basis van internationaal vergelijkbare data, maar op een sterk gesimplificeerde wijze. De Bloomberg analyse gaat eveneens uit van de levensverwachting, maar houdt bij het berekenen van de doelmatigheid van de zorg geen rekening met de bijdrage van andere domeinen.

Net als de OECD, kijken de EHCI en het CMWF naar een bredere set criteria dan Bloomberg en de EC. Criteria zijn een mix van structuurkenmerken, procesmaten, en uitkomstmaten, waarbij het CMWF de meeste (80) criteria hanteert. Opvallend is dat verreweg de meeste indicatoren betrekking hebben op de curatieve zorg, en veel minder op de langdurige zorg, de GGZ of de zorg en ondersteuning in het privé domein.

Het CMWF onderscheidt acht dimensies die zij belangrijk vindt voor de beoordeling van het zorgsysteem. Gezondheid is één van deze dimensies, naast kwaliteit van zorg (effectiviteit, veiligheid, zorgcoördinatie, en patiëntgerichtheid), toegankelijkheid (financiële toegankelijkheid, tijdigheid), efficiency en equity. Net als de OECD, worden er dus meer doelen en wenselijke uitkomsten aan zorgsystemen gekoppeld.

Ook het EHCI redeneert niet in doelen en middelen, maar hanteert 48 beoordelingscriteria die zij vanuit gebruikersperspectief van belang acht. Het roept vervolgens vragen op dat deze criteria door een 'expert panel' van vijf personen is bepaald. De EHCI zegt de patiëntvriendelijkheid van systemen te beoordelen. Waar echter het CMWF op grote schaal vragen voorlegt aan burgers en patiënten, komen deze in de EHCI niet aan het woord. Hun informatie is afkomstig uit datasystemen van zorgregistraties en van beleidsdocumenten. Bovendien neemt de EHCI dimensies mee waarvan het

Noten

¹ De beoordelingscriteria die worden gebruikt door de OECD, zijn sterk geworteld in de wetenschappelijke literatuur. Er gaat doorgaans een intensief R&D-traject aan vooraf waarbij afstemming met alle betrokken landen en de academische wereld plaatsvindt. Iedere indicator is onderbouwd waarbij de state-of-the-art in de literatuur beknopt is weergegeven.

verband met patiëntvriendelijkheid niet direct duidelijk is: gezondheidsuitkomsten, resultaten van preventie, geneesmiddelengebruik. Door de afwezigheid van een conceptueel raamwerk doet de selectie van indicatoren (en daarmee de totaalscore) aan als een willekeurige mix van prevalentiecijfers, structuurkenmerken, ziektespecifieke uitkomsten, en kenmerken van wet- en regelgeving. Zo rapporteert de EHCI het aantal verkeersdoden als preventie-indicator, evenals fysieke beweging (het aantal uren gym op scholen!), en worden ook cijfers over abortus en suïcide meegenomen. De prevalentie van depressie is een beoordelingscriterium, maar er zijn geen indicatoren opgenomen over de GGZ zoals het gebruik van antidepressiva, terwijl dit van enkele andere geneesmiddelgroepen wel is gebeurd.

3.2 Zorg en zorgstelsel

Er is verschil tussen de zorg en het zorgstelsel. De analyses spreken unaniem over 'systems', zonder dit onderscheid te maken, en zonder aan te duiden wat onder zorgstelsel (of systeem) wordt begrepen. Kenmerken van de zorg en van het zorgstelsel worden door elkaar heen gewaardeerd. Beide zijn niet te scheiden - de inrichting van het zorgstelsel is immers gericht op het scheppen van de juiste condities voor goede gezondheidszorg - maar zijn wel te onderscheiden. De zorg is te definiëren als het geheel van zorgverleners, organisaties, middelen en activiteiten gericht op het bevorderen van gezondheid en/of zelfredzaamheid (van den Berg et al., 2014). Het is het resultaat van een complex samenspel van technologische, economische, maatschappelijke, zorginhoudelijke en institutionele krachten. Het zorgstelsel beperkt zich tot het geheel van instituties en ordeningsmechanismen – wetten en regels, beleidsinstrumenten, afspraken, etcetera – die het handelen van partijen in de zorg reguleren en die van invloed zijn op hun onderlinge verhoudingen. Concrete instituties zijn de verplichte verzekering, het toezichtregime, en evidence-based professionele richtlijnen. Het zorgstelsel is dus één van de factoren die bepalend zijn voor hoe de zorg 'presteert'.

Kijken we nu naar de internationale vergelijkingen dan gaan verreweg de meeste indicatoren over de zorg, niet over het zorgstelsel. De enkele indicatoren die het zorgstelsel typeren, zijn bovendien heel verschillend en fragmentarisch; de omvang van verzekerde aanspraken en eigen betalingen (OECD); wetgeving voor consumentenbescherming en inspraak van patiënten, toegang tot medische informatie, en vergoeding van zorg in het buitenland (allen EHCI). Alleen het CMWF bevat een indicator voor de administratieve lastendruk, waar Nederland ongunstig uitkomt. Uit de ranglijsten valt niets af te leiden over de onderlinge verhouding tussen partijen, de keuzevrijheid van burgers en cliënten, de zelfsturing van professionals, of de sturing door de overheid.

4 Beoordelingscriteria en totaalscores

Zoals eerder opgemerkt gaan de ranglijsten uit van verschillende sets van beoordelingscriteria en indicatoren. Deze kunnen gezien worden als vertalingen van achterliggende waarden die een bredere betekenis hebben, zoals de drie principes van het Nederlandse zorgbeleid: betaalbaarheid, kwaliteit, en toegankelijkheid. Aan de hand van deze waarden gaan we na hoe deze zijn geoperationaliseerd en in hoeverre de ranglijsten recht doen aan hun betekenis.

4.1 Toegankelijkheid

Diverse ranglijsten wijzen op de ruime verzekerde aanspraken, de korte wachtlijsten, en het lage niveau van privé betalingen als het gaat om de toegankelijkheid van zorg. De OECD wijst daarnaast ook op de lage onvervulde behoefte aan medische zorg (OECD, 2015). Wanneer toegankelijkheid wordt uitgedrukt in de breedte van de verzekerde aanspraken zegt dit vooral iets over de beschikbaarheid van zorg, niet dat deze toegankelijk of laagdrempelig is, zoals dat informatie begrijpelijk is en dat patiënten weten waar ze moeten zijn. In de CMWF vergelijking is toegankelijkheid niet de breedte van de verzekerde aanspraken of de lengte van wachtlijsten, maar of de zorg tijdig is (lang moeten wachten voor je aan de beurt bent, of op een uitslag) en of patiënten om financiële redenen afzien van zorg.

4.2 Kwaliteit

Kwaliteit is een breed en gelaagd begrip. Wat het 'goede' is om te doen kan per situatie en per persoon verschillen. Het verwijst naar hoe de zorg plaatsvindt (proces) en wat het resultaat ervan is (uitkomst). Een veel gehanteerde uitwerking, is die van het OECD-model, dat tevens ten grondslag ligt aan de prestatie-indicatoren voor de zorg zoals die in Nederland sinds 2006 worden gerapporteerd (Volksgezondheidszorg.info, 2016). Hier wordt kwaliteit uitgewerkt in effectiviteit, veiligheid en vraaggerichtheid van zorg.

Opvallend is het vele gebruik van 'harde' uitkomsten van curatieve zorg zoals levensverwachting, overlevingscijfers, en sterfte aan specifieke doodsoorzaken. De kwaliteit van leven en de 'care' blijven onderbelicht, en dat is toch een gemis gezien de toenemende chroniciteit van ziekten en multimorbiditeit. De *gezonde* levensverwachting (EC) komt hieraan mondjesmaat tegemoet. De overleving bij kanker is een goede en gebruikelijke indicator voor oncologische zorg, maar geïsoleerd bezien biedt deze geen ruimte aan de afweging waar patiënten voor staan tussen kwaliteit van leven en 'doen wat nog mogelijk is'. De ruimte die nodig is om deze afweging te kunnen maken is ook kwaliteit van zorg.

Het CMWF hanteert 44 overwegend procesindicatoren over de kwaliteit van zorg, onderverdeeld naar effectiviteit, veiligheid, zorgcoördinatie, en patiëntgerichtheid. Voor het CMWF is patiëntgerichtheid niet of patiëntenrechten wettelijk verankerd zijn (zoals in de EHCI), maar betreft dit de begrijpelijkheid van informatie van artsen aan patiënten, de continuïteit van zorg en het geven van feedback door patiënten, de betrokkenheid van patiënten in besluitvorming en de aandacht voor patiëntvoorkeuren. Deze patiënten-indicatoren zijn sinds enige jaren ook overgenomen door de OECD (OECD, 2015).

In de andere ranglijsten wordt kwaliteit van zorg niet geconceptualiseerd. Bloomberg en de EC slaan deze stap als het ware over, en lijken er vanuit te gaan dat kwaliteit zich zal vertalen in levensverwachting. De EHCI expliciteert ook niet wat precies onder kwaliteit van zorg wordt verstaan, maar uit de keuze van indicatoren komt dit wel naar voren. Vraaggerichtheid, of 'patiëntvriendelijkheid' komt hier vooral tot uiting in structuurkenmerken die al dan niet goed worden bevonden. De EHCI hanteert wel een rijtje met indicatoren voor gezondheidsuitkomsten, maar hiervan blijft het onduidelijk hoe deze precies aan de kwaliteit van zorg zijn gerelateerd.

4.3 Betaalbaarheid

Net als kwaliteit heeft ook de betaalbaarheid van zorg vele gezichten. Van de doelmatigheid van zorg op macro niveau – de verhouding tussen uitgaven en opbrengsten - tot de kwestie of zorg op micro niveau efficiënt en passend is. Ook de middelen die in totaal of per inwoner beschikbaar zijn, en de mate waarin zorg uit privé middelen wordt gefinancierd, zijn indicatief voor de betaalbaarheid. Deze hoeven niet met elkaar overeen te komen, en er kan een spanning bestaan tussen de totale middelen die beschikbaar zijn voor zorg en de doelmatige besteding ervan (Cutler et al., 2006).

Kijken we vervolgens naar de ranglijsten, dan valt op dat de OECD in zijn vergelijking alleen cijfers meeneemt over de beschikbaarheid van middelen, zoals de zorguitgaven per inwoner, en niets over de doelmatigheid of passendheid van zorg. Bloomberg en de EC richten zich daarentegen uitsluitend op de macro doelmatigheid van zorgstelsels, gemeten als de verhouding tussen zorguitgaven en de (gezonde) levensverwachting. Dit impliceert dat elke euro die wordt uitgegeven aan zorg direct moet bijdragen aan de levensverwachting. Beide analyses gaan er dus vanuit dat een hogere levensverwachting het ultieme doel is van een zorgsysteem. Andere maatschappelijke opbrengsten en waarden - die in andere lijsten wel geadresseerd worden - tellen niet, zoals vraaggerichtheid, patiëntvriendelijkheid, en meer instrumentele doelen zoals patiëntveiligheid, effectiviteit of toegankelijkheid.

Nederland eindigt in de EC analyse als tweede, terwijl Nederland vrij laag scoort in de Bloomberg vergelijking. Een verklaring voor dit verschil is, afgezien van de verschillende benaderingen, een belangrijk detail, namelijk dat de hoogte van de zorguitgaven in Nederland hoger uitpakken in de Bloomberg analyse. Een tweede verklaring is dat de relatie tussen zorguitgaven en de levensverwachting niet lineair is. Het is met diverse internationale studies aangetoond dat sprake is van de 'wet van de afnemende meeropbrengst': hoe hoger de zorguitgaven per hoofd van de bevolking, hoe minder de additionele gezondheidswinst (Medeiros, et al., 2015; Cutler et al., 2006). Westerse landen met hoge zorguitgaven per hoofd van de bevolking zijn hierdoor in de Bloomberg analyse in het nadeel ten opzichte van landen met lage zorguitgaven. Het zou dus beter zijn om alleen landen met een zelfde uitgavenpeil onderling te vergelijken.

Het CMWF heeft een geheel andere benadering, en beoordeelt meer de micro dan de macro doelmatigheid met een set indicatoren voor de efficiency van het zorgproces. Hierin staat het Nederlandse zorgstelsel op plaats zeven (van de elf), vooral door ongunstige scores als het gaat om de hoge zorguitgaven per inwoner, en de administratieve lastendruk voor artsen en patiënten.

4.4 Spanning tussen beoordelingscriteria en achterliggende waarden

De spanning tussen het gebruik van specifieke criteria en de bredere betekenis van achterliggende waarden brengt een aantal consequenties met zich mee. Ten eerste valt op dat verreweg de meeste beoordelingscriteria overwegend gedefinieerd zijn vanuit een beleidsoogpunt en dat het gaat om kwantitatieve informatie: het gaat om kwaliteit, toegang, betaalbaarheid, op macro niveau en om systeemkenmerken. Vanwege dit beleidsperspectief kunnen andere perspectieven in de verdrinking komen, zoals wat chronisch zieken en ouderen belangrijk vinden voor hun kwaliteit van leven in de zorg thuis of in een instelling. Een welkome aanvulling op de andere ranglijsten vormt dan ook de CMWF die de zorg beoordeelt vanuit het perspectief van burgers en zorgprofessionals. Met name de EHCI bevindt zich hier in een spagaat. Deze gaat namelijk uit van het consumentenperspectief, terwijl de indicatoren zijn gedefinieerd vanuit een beleidsperspectief.

Ten tweede, wat ranglijsten niet zichtbaar maken is, dat tussen doelen of waarden spanningen kunnen bestaan. Zo zal niet alles dat bijdraagt aan kwaliteit ook bijdragen aan de betaalbaarheid. Wat goed is voor de veiligheid van zorg hoeft dit niet te zijn voor de kwaliteit van leven. Een goede toegankelijkheid kan ten koste gaan van de doelmatigheid van zorg. Een treffend voorbeeld hiervan is de directe toegang tot specialistische zorg. EHCI beoordeelt het Nederlandse poortwachtersmodel, waarbij specialisten alleen toegankelijk zijn na verwijzing door de huisarts als negatief. De reden hiervoor is dat dit de keuzevrijheid van patiënten zou beperken. Andere zaken, zoals de doelmatigheid en coördinatie van zorg, worden hiermee genegeerd. Een ander voorbeeld uit de zelfde index is de indicator 'aantal intramurale bedden in de ouderenzorg' waarvoor bij EHCI geldt: "hoe meer, hoe beter". Hier meet de indicator beschikbaarheid van zorg, maar negeert betaalbaarheid en zelfstandigheid als belangrijke andere waarden die hier in het geding zijn.

Een andere consequentie is dat sommige waarden onderbelicht blijven. Dit geldt vooral voor ongelijkheid (equity), of het nu gaat om de gelijke toegang tot zorg of om gelijkheid in kwaliteit en gezondheid. Hoewel equity als een belangrijke doel van zorgsystemen wordt gezien, wordt aan dit element slechts zeer beperkt aandacht besteed in de ranglijsten. Drie van de vijf ranglijsten besteden aandacht aan ongelijkheid, maar doen dit op een geheel verschillende manier. Het CMWF en de OECD kijken naar het afzien van zorg om financiële redenen. Dit reflecteert het perspectief van zorggebruikers, wat niet hetzelfde is als hoe de (gelijke) toegang tot zorg is georganiseerd. De OECD kijkt tevens naar verschillen tussen opleidingsgroepen in 'unmet needs' voor mondonderzoek bij de tandarts en medische onderzoeken.

4.5 Totaalscores: hoe wordt er gerekend?

Om een rangordening van zorgstelsels te kunnen maken, moet op de een of andere wijze alle onderliggende informatie terug worden gebracht tot één getal. Doorgaans gebeurt dit door in stappen informatie te aggregeren. Eerst krijgt iedere indicator een bepaalde score. Omdat het gaat om zeer uiteenlopende informatie, moet deze eerst op één noemer worden gebracht. De EHCI doet dit bijvoorbeeld door alle indicatoren in drie categorieën te verdelen: goed (3), slecht (1) en een tussencategorie (2). Vervolgens worden scores berekend van dimensies of thema's door alle indicatoren die hieronder vallen te middelen of op te tellen. Zo kan men bijvoorbeeld alle indicatoren die naar toegankelijkheid verwijzen bij elkaar optellen. Een volgende stap is het combineren van alle dimensies in één totaalcijfer. Ook dit gebeurt doorgaans door een al dan niet gewogen gemiddelde te berekenen van alle onderliggende dimensies.

Hierboven is opgemerkt dat de totaalscores om zorgstelsels te vergelijken een verschillende betekenis hebben vanwege de grote onderliggende verschillen in indicatoren en beoordelingscriteria. De absolute verschillen tussen totaalscores zijn bovendien erg klein zodat ranglijsten gevoelig zijn voor subtiele verschillen in aanpak en in weging van criteria. Hier komt nog bij dat de weging van de beoordelingscriteria per definitie arbitrair is. Het gevolg is bijvoorbeeld dat de veiligheid en de tijdigheid van zorg evenveel gewicht krijgen (in de CMWF), of dat de beoordelingen van de zorgactiviteiten gericht op preventie bijna de helft minder meewegen dan de uitkomsten van curatieve zorg (in de EHCI). Elke logica ontbreekt hier. Cylus et al. (2016) wezen er in een kritische beschouwing van de EHCI op dat het niet hebben van een poortwachtersysteem voor specialistische zorg meer gewicht in de schaal legt dan betere overlevingscijfers bij kanker.

Totaalscores brengen de gebruiker sowieso in een spagaat. Ze zijn bedoeld om de informatie te vereenvoudigen en de lezer een algemene indruk te geven zonder deze te vermoeien met alle onderliggende detailinformatie. Echter, doordat in iedere aggregatiestap veel informatie verloren gaat, is uit het uiteindelijke cijfer niet meer af te leiden waarom dit een bepaalde waarde heeft en wat die waarde eigenlijk representeert. In het geval van de EHCI is de uiteindelijke waarde een gewogen uitkomst van onvergelijkbare grootheden als vaccinatielijfers, het al dan niet hebben van bepaalde wetten, prevalentiecijfers, verkeersdoden, etcetera. Verder is een statistisch probleem dat de totaalscore van een zorgstelsel altijd een bepaald betrouwbaarheidsinterval heeft. Zelfs als er een valide en betrouwbare set van indicatoren aan ten grondslag ligt, wordt de rangpositie dus deels bepaald door toeval.

4.6 Conclusie

Verreweg de meeste beoordelingscriteria in internationale ranglijsten gaan over de zorg, en dan nog vooral over de curatieve zorg, en niet over zorgstelsels. Met name de Bloomberg analyse en de EHCI zijn ambigu in 'wat' zij beoordelen en ook hun aanpak bevat inconsistenties.

Beoordelingscriteria in internationale ranglijsten van zorgstelsels hebben in hun definitie een dominant beleidsperspectief. De CMWF is hierop een belangrijke aanvulling vanwege hun vragen aan burgers, patiënten en zorgprofessionals. Op afzonderlijke indicatoren en beoordelingscriteria zijn zorgstelsels enigszins met elkaar te vergelijken, en kunnen verschillende definities elkaar aanvullen. Ranglijsten van zorgstelsels hebben daarentegen geen betekenis.

5 Datakwaliteit

De kwaliteit en bruikbaarheid van informatie uit ranglijsten is vanzelfsprekend afhankelijk van de kwaliteit van gegevensbronnen. De meeste ranglijsten gebruiken een combinatie van gegevens uit klinische registraties, statistische databases (bijvoorbeeld van de WHO of OECD) en surveys. De OECD ontwikkelt en verzamelt deels zelf de data voor hun vergelijkingen en doet dat in continue afstemming met experts uit alle betrokken landen. Ook het CMWF ontwikkelt en verzamelt zelf de enquêtegegevens voor hun vergelijkingen. In de loop der jaren heeft een groeiend aantal landen zich aangesloten bij hun Health Policy Survey. Doordat in alle landen vragen op dezelfde wijze worden gesteld, en de vertaling van vragenlijsten is gevalideerd met zogenaamde 'back and forward translation', zijn hun resultaten goed vergelijkbaar.² Deze verschillen worden door het CMWF ook gerapporteerd. Bloomberg en de EC baseren zich op informatie die reeds voor handen is uit internationale databases. De EHCI doet hetzelfde, en vult dit aan met interviews en vragenlijsten onder 'health care agencies', overheden en diverse stake holders. Informatie omtrent aantallen personen, welke organisaties en wijze van consulteren wordt niet gerapporteerd. Het gebrek aan methodologische verantwoording maakt het moeilijk te beoordelen hoe valide en betrouwbaar deze gegevens zijn.

Noten

² Wijze van dataverzameling en responspercentages lopen uiteen tussen landen en jaren waardoor enige vertekening kan optreden.

6 Nut van internationale vergelijkingen van zorgstelsels voor beleid en onderzoek

Bij dit nut denken we aan tenminste twee zaken. De eerste is de mogelijkheid om met dit instrument zorgstelsels te beoordelen. Het tweede is de kwestie of internationale vergelijkingen in staat zijn aangrijpingspunten te bieden om de zorg of het zorgstelsel te verbeteren. Hierop gaan we achtereenvolgens in.

Hoewel het concept 'zorgsysteem' of 'zorgstelsel' de suggestie wekt van waardenneutraliteit, is in de praktijk sprake van sturing op impliciete doelen of veronderstellingen (RVS, 2016). De principes van betaalbaarheid, kwaliteit, en toegankelijkheid lijken te staan voor maatschappelijke waarden die vanzelfsprekend zijn en waar niemand tegen kan zijn. Dan nog kan de manier waarop deze in beleid worden vertaald een vorm van sturing opleveren waardoor zorg die andere betekenissen of waarden vertegenwoordigt in de knel komt. Bovendien kunnen maatschappelijke waarden onderling begrensd zijn en met elkaar in conflict zijn.

Hetzelfde geldt voor internationale vergelijkingen van zorgstelsels. Hoewel deze eveneens waardenneutraliteit suggereren, gaan hierachter normatieve keuzes schuil. Soms zijn deze expliciet gemaakt, maar soms ook niet. Er is niet één juiste manier om zorgstelsels te beoordelen. Het gebruik van internationale vergelijkingen met dit doel heeft dan ook een normatieve werking. Dit betekent dat men bij het gebruik van internationale vergelijkingen bewust moet zijn van de normatieve uitgangspunten ervan.

Dit geldt zeker als beoordelingscriteria tegenstrijdig zijn met de gekozen beleidsrichting, zoals het eerder genoemde voorbeeld van het aantal bedden in de ouderenzorg en de directe toegang tot specialistische zorg in de EHCI. Maar ook als de beoordelingscriteria wel consistent zijn met het beleid kan dit spanningen opleveren voor de waarden die in de zorg in het geding zijn. De eenzijdigheid van beoordelingscriteria brengt met zich mee dat achterliggende waarden onvoldoende tot hun recht komen. Door de dominantie van het beleidsperspectief in de meeste beoordelingscriteria bestaat het risico op een tunnelvisie als men vervolgens beoordelingen vanuit het perspectief van burgers of zorgprofessionals negeert. Hierdoor blijven mogelijkheden om het beleid te corrigeren onbenut. Zo wordt er veel op gewezen dat tussen verschillende typen zorgstelsels geen verschillen zouden bestaan als het gaat om de doelmatigheid van zorg; deze verschillen bestaan wel tussen landen met een zelfde type zorgstelsel (OECD, 2010). In het aangehaalde onderzoek wordt dus de doelmatigheid – hier uitgedrukt in de verhouding tussen zorguitgaven en levensverwachting – als graadmeter gebruikt. Weliswaar is dit in lijn met de grote beleidsaandacht in Nederland voor de betaalbaarheid van de zorg, maar de doelmatigheid is niet het enige ijkpunt om een zorgstelsel op te waarderen.

De tweede kwestie betreft de aangrijpingspunten voor verbetering van de zorg of van het zorgstelsel. De ranglijsten roepen vele vragen op over de mogelijke onderliggende oorzaken van

verschillen. Bijvoorbeeld: waarom scoort Nederland middelmatig op overleving bij kanker of beroerte? Er zijn nauwelijks directe verbanden te leggen tussen de verschillende beoordelingscriteria. (Een uitzondering zijn de ziektespecifieke overlevingscijfers als indicator voor de kwaliteit van zorg in de OECD vergelijking, die vanzelfsprekend gunstig zijn voor de levensverwachting.) De meeste criteria gaan over de zorg en niet over het zorgstelsel. Dit levert dus grote beperkingen op als het gaat om het verband tussen stelselkenmerken en de (kwaliteit van) zorg. Bovendien zijn vanwege de complexiteit van de werking van stelsels de bestaande internationale ranglijsten veel te rudimentair voor dit soort verbanden. Dat dit risico op overinterpretatie niet denkbeeldig is, laat de EHCI analyse zien waarin stevige uitspraken worden gedaan over het al dan niet succesvol zijn van beleid. Er wordt in hoge mate gespeculeerd over achterliggende mechanismen, overigens wel ingeleid met de disclaimer "*here comes the speculation*".

Zelfs daar waar een verband waarschijnlijk is, zijn de criteria te grof om dit hard te maken. Er bestaat een positief verband tussen de zorguitgaven of de middelen die beschikbaar zijn voor zorg, en de levensverwachting, zoals in de EC analyse. Dit verband is echter zo globaal dat hier nauwelijks beleid op te maken is. Bij levensverwachting als indicator speelt daarbij nog het praktische punt dat dit het resultaat is van beleid op diverse terreinen over meerdere voorafgaande decennia. Bovendien gaat het om dwarsdoorsnede gegevens die beperkingen oplegt ten aanzien van het aantonen van causaliteit. Bestaande studies naar het verband tussen de stijging in de zorguitgaven en de verbetering in de levensverwachting (van Baal et al., 2013), de poortwachterfunctie van de eerstelijnszorg (Groenewegen, 2016) of het effect van het eigen risico op zorgmijding (van Esch et al., 2015) laten zien hoe lastig het is om hierover uitspraken te doen zelfs met behulp van veel gedetailleerdere gegevens. Op zijn hoogst is de waarde van internationale vergelijkingen van zorgstelsels hier dat het hypothesen kan genereren over onderliggende verbanden die het waard zijn om nader te onderzoeken.

7 Conclusies en reflectie

We komen tot een aantal conclusies. Ten eerste, de internationale vergelijkingen zeggen meer over de zorg dan over zorgstelsels, en zijn gebaseerd op normatieve keuzes. Ook is geen verband aan te tonen tussen de enkele stelselkenmerken die wel worden beoordeeld en de kwaliteit van de zorg. Het is dus niet mogelijk om op basis van deze vergelijkingen uitspraken te doen over hoe 'goed' of 'slecht' een zorgstelsel is. Door de selectie en definitie van beoordelingscriteria hebben internationale ranglijsten een normatieve werking op het beleid als zij gebruikt worden om hieraan richting te geven.

Ten tweede, totaalscores van zorgstelsels zijn nietszeggend. Deze zijn immers het resultaat van de geselecteerde beoordelingscriteria en de – arbitraire – weging hiervan. De verschillen in onderliggende criteria en aanpak tussen ranglijsten zijn te fors om totaalscores met elkaar te kunnen vergelijken. Bovendien staat een dergelijke eendimensionale benadering op gespannen voet met de complexiteit van een zorgstelsel. Deze conclusie kan worden doorgetrokken naar de ranglijsten van ziekenhuizen. Met al hun verschillende afdelingen en maatschappen, en het brede spectrum van zorg dat zij aanbieden, zijn ziekenhuizen dermate complex van aard dat zij niet op een zinvolle wijze langs één meetlat zijn te leggen.

Ten derde, op specifieke beoordelingscriteria en indicatoren is het wel mogelijk om zorgstelsels onderling te vergelijken. De OECD en het CMWF hebben een schat aan gegevens opgebouwd die zeer goed methodologisch zijn verantwoord, die in samenwerking met de deelnemende landen zijn ontwikkeld, en die beleidsrelevante signalen kunnen bieden. Vanwege hun complementariteit is het zinvol om niet alleen naar beoordelingscriteria te kijken die aansluiten bij de beleidsdoelen, maar ook naar beoordelingen die opgesteld zijn vanuit het perspectief van burgers / cliënten en zorgprofessionals, zoals het CMWF doet.

Ten vierde, zorgbeleid is vooral nationaal beleid, en het is dus de context van het eigen zorgstelsel, met zijn unieke kenmerken en waarden, die bepaalt wat internationale ranglijsten hierover aan vergelijkende informatie te bieden hebben. De WHO noemt het meten van systeemprestaties (health systems performance assessment) een 'country owned process', daarmee verwijzend naar de verschillende waarden die landen kunnen nastreven en de wijzen waarop ze dat willen doen (WHO HSPA). Natuurlijk kan 'leren van de burens' hier wel enorm bij helpen.

Ten vijfde, het is niet mogelijk om causale verbanden te leggen tussen beoordelingscriteria. De huidige internationale ranglijsten bieden daarmee geen oplossingsrichtingen om zorg of zorgstelsels te verbeteren. Wel kunnen hypothesen worden afgeleid over de onderliggende verbanden en over de relatie met het actuele beleid, om vervolgens na te gaan of verschillen tussen landen op specifieke beoordelingscriteria zijn terug te voeren op verschillen in beleid.

In de discussie over het Nederlandse zorgstelsel worden zowel verbeteringen in de zorg als ervaren problemen toeschreven aan de institutionele veranderingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. Uitspraken hierover worden gekenmerkt door veel ambiguïteit. In hoeverre hebben marktprikkels bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, voor zover deze

niet zijn toe te schrijven aan (technologische) ontwikkelingen die hier los van staan? Denk bij deze ontwikkelingen bijvoorbeeld aan de opmars van spiegelinformatie via klinische registraties door de gemeenschappelijke inspanning van zorgprofessionals (bijvoorbeeld DICA, Meetbaar Beter). In hoeverre is de concentratie van hoogcomplex medisch-specialistische zorg in specifieke behandelcentra, met kwaliteitsverbetering als oogmerk, het resultaat van de zorginkoop door onderling concurrerende zorgverzekeraars? Een andere belangrijke vraag is in hoeverre de doelmatigheid van de zorg is verbeterd, en wat daarbij het verband is met onderliggende mechanismen. De afvlakking van de zorguitgavenstijging is in de discussie hierover het resultaat van, respectievelijk, marktprikkels, collectieve loonafspraken, sectorbrede bestuurlijke akkoorden, regulering vanuit de overheid, de verhoging van het eigen risico, en de economische recessie. En wat is het bij-effect van deze zaken geweest op de kwaliteit van zorg? Het is de vraag of internationaal vergelijkend onderzoek naar zorgstelsels in staat is om dit soort vragen te beantwoorden. Wellicht is hiervoor veel gedetailleerder beleidsonderzoek nodig.

Ten zesde zijn verschillen in kwaliteit te constateren van de ranglijsten zelf. Sommige ranglijsten zijn meer consistent in hun aanpak, zijn conceptueel beter doordacht en hebben een meer solide methodologische basis. Over het algemeen gaan deze zaken bovendien samen. Hoewel 'lijstjes' voor sommige zaken een aantrekkelijk format zijn, zijn we niet gezwicht voor de verleiding een 'ranglijst van ranglijsten' te maken. Wel kan, uitgaande van de criteria die we hierboven noemen, worden gesteld dat de verschillen in kwaliteit beslist groot zijn.

Tenslotte is de aandacht van internationale ranglijsten voor verschillende uitkomstmaten of doelen van zorgsystemen erg ongelijk verdeeld. Er is veel aandacht voor de (gezonde) levensverwachting, die gezien wordt als een ultieme uitkomst van zorg. Daar staat tegenover dat er weinig aandacht is voor de solidariteit binnen stelsels, en de ongelijkheid in gezondheid tussen groepen binnen de bevolking. Het is te hopen dat de toenemende aandacht voor (on)gelijkheid in de politieke en maatschappelijke discussie hierin verandering brengt.

Literatuur

van Baal P, Obulqasim P, Brouwer W, Nusselder W, Mackenbach J (2013). The influence of health care spending on life expectancy. Tilburg: Netspar.

van den Berg MJ, De Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN (2014). Zorgbalans 2014, De prestaties van de gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM.

Björnberg A (2016). Euro Health Consumer Index 2015. Health Consumer Powerhouse.

Bloomberg (2016). Bloomberg Health-Care Efficiency Index.

<http://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>

de Bruin (2016). De politiek kan niet zonder koehandel. Trouw 26 juni 2016.

CPB (2016). Zorg en de verkiezingen 2017. Presentatie door Laura van Geest op 27 september 2016. Den Haag: Centraal Planbureau. http://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Presentatie-Zorgen-de-Verkiezingen-2017_o.pdf

Cutler DM, Rosen AB, Vijan S. The value of medical spending in the United States, 1960-2000. N Engl J Med, 2006;355:920-7.

Cylus J, Nolte E, Figueras J, McKee M. What, if anything, does the Euro Health Consumer Index actually tell us? BMJ, 9 Feb 2016. <http://blogs.bmj.com/bmj/2016/02/09/what-if-anything-does-theeurohealth-consumer-index-actually-tell-us/>

Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C (2014). Mirror, mirror on the wall. How the performance of the US health care system compares internationally. The Commonwealth Fund.

van Esch TEM, Braber AEM, Van Dijk C, Groenewegen PP, de Jong JD (2015). Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. Utrecht: NIVEL.

Groenewegen P. Huisartsen als poortwachter: betere gezondheidszorg dan in landen met vrij toegankelijke specialisten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2016; 160: D88.

Medeiros J, Schwierz C (2015). Efficiency estimates of health care systems. Directorate-general Economic and Financial Affairs, European Commission. Economic papers 549.

Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000;78:717-31.

OECD (2010). Health care systems: efficiency and policy settings. OECD (2015). Health at a glance 2015. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf>

OECD (2016). OECD Health Statistics 2016.

Papanicolas I, Smith PC (2012). Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. WHO/European observatory on health systems and policies.

Post N (RIVM), Gijsen R (RIVM). Wat is gezondheidszorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

RIVM (2014). Een gezonder Nederland, Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM.

http://www.eengezondere nederlandse.nl/Een_gezonder_Nederland/Highlights/Kernboodschappen

RVS (2016). Verlangen naar samenhang. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Volksgezondheidszorg.info (2016). Feiten en cijfers over volksgezondheid en zorg. Bilthoven: RIVM.

Vorbereiding

Dit essay is geschreven ter voorbereiding van de RVS-conferentie 'De zorg van morgen: een waardevolle zorg' op 10 oktober 2016.