

OECD *Multilingual Summaries*



Health at a Glance: Europe 2010

Summary in Dutch

Samenvatting in het Nederlands

Samenvatting

De afgelopen decennia is in de Europese landen grote vooruitgang geboekt op het gebied van de volksgezondheid. Sinds 1980 is in de landen van de Europese Unie de levensverwachting bij de geboorte met zes jaar toegenomen, terwijl het aantal voortijdige sterfgevallen sterk is teruggedrongen. Deze toegenomen levensverwachting kan grotendeels worden toegeschreven aan betere levens- en arbeidsomstandigheden en een beter gezondheidsgedrag op sommige punten, maar ook de medische vooruitgang heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. De gezondheidszorgstelsels van de Europese landen worden steeds omvangrijker en complexer en de zorguitgaven zijn dan ook hoger dan ooit tevoren en leggen beslag op een steeds groter deel van het nationale inkomen.

In deze eerste uitgave van *Health at a Glance: Europe*, het resultaat van langdurige samenwerking tussen de OESO en de Europese Commissie, wordt een reeks sleutelindicatoren gepresenteerd voor de gezondheid en de gezondheidszorgstelsels in 31 Europese landen: de 27 EU-lidstaten, IJsland, Noorwegen, Zwitserland en Turkije. Deze indicatoren zijn gekozen uit de lijst van gezondheidsindicatoren van de Europese Gemeenschap (ECHI), die de Europese Commissie in het kader van de ontwikkeling en rapportage van gezondheidsstatistieken heeft opgesteld (Europese Commissie, 2010a). Een aantal indicatoren in dit rapport wijkt echter af van de ECHI-definities, omdat bepaalde gegevens niet of slechts beperkt beschikbaar waren of — in enkele gevallen — omdat de ECHI-indicatoren nog niet gereed waren om te kunnen worden toegepast. Daarnaast bevat de publicatie gedetailleerde informatie over de gezondheidsuitgaven en de financiering ervan. Hiervoor is geput uit de bestaande gegevensverzameling en deskundigheid van de OESO op dit gebied. De gegevens in deze publicatie zijn hoofdzakelijk ontleend aan officiële nationale statistieken, zoals verzameld in de gezondheidsgegevens van de OESO, de statistische databank van Eurostat en de *Health for All*-databank van WHO-Europa.

Health at a Glance: Europe 2010 laat grote verschillen tussen de Europese landen zien als het gaat om de gezondheid van de bevolking, risicofactoren voor de gezondheid, input, output en resultaten van de gezondheidszorgstelsels, hoogte van de zorguitgaven en financieringsbronnen.

Deze verschillen worden enigszins verklaard door de achtergrond van deze verschillen te schetsen, zodat meer inzicht in de onderliggende oorzaken wordt verschaft en beleid kan worden ontwikkeld om de verschillen tussen de landen te verkleinen. Overigens worden in deze publicatie alleen algemene uitsplitsingen van de bevolking naar geslacht en leeftijd gegeven, maar over het algemeen geen cijfers voor regio's van landen of sociaaleconomische of etnische/raciale groepen. Voor veel indicatoren geldt dat de lezer niet uit het oog mag verliezen dat de variatie *binnen* een land even groot kan zijn als de variatie *tussen* landen.

De gezondheid in Europa is sterk verbeterd, maar er blijven grote verschillen

- Sinds 1980 is de levensverwachting bij de geboorte in de EU-lidstaten met zes jaar toegenomen, tot 78 jaar in 2007. In de periode 2005 t/m 2007 bedroeg het gemiddelde van de levensverwachting bij de geboorte in de 27 EU-landen 74,3 jaar voor mannen en 80,8 jaar voor vrouwen. Vrouwen hadden in Frankrijk de hoogste levensverwachting bij de geboorte (84,4 jaar) en mannen in Zweden (78,8 jaar). De levensverwachting bij de geboorte was in de Europese Unie voor vrouwen het laagst in Roemenië (76,2 jaar) en voor mannen in Litouwen (65,1 jaar). De kloof tussen de landen met de hoogste en de laagste levensverwachting bij de geboorte bedraagt

ongeveer acht jaar voor vrouwen en veertien jaar voor mannen.

- Voor de Europese stelsels voor gezondheidszorg en langdurige zorg is het van groot belang of de hogere levensverwachting leidt tot extra levensjaren in goede gezondheid. Het aantal gezonde levensjaren bij de geboorte is gedefinieerd als het aantal levensjaren waarin een persoon niet door een aandoening of een gezondheidsprobleem in zijn dagelijkse activiteiten wordt belemmerd. In de periode 2005 t/m 2007 bedroeg het aantal gezonde levensjaren in de EU gemiddeld 61,3 jaar voor vrouwen en 60,1 jaar voor mannen. De verschillen tussen de geslachten zijn veel kleiner dan voor de levensverwachting, waaruit blijkt dat vrouwen gedurende een groter deel van hun leven in hun activiteiten worden belemmerd. Malta had in deze drie jaren het hoogste aantal gezonde levensjaren voor zowel vrouwen als mannen; Letland had het laagste cijfer voor vrouwen en Estland voor mannen.
- Ook de levensverwachting op 65-jarige leeftijd is de afgelopen decennia sterk gestegen in de Europese landen. Het gemiddelde van de 27 EU-landen in de periode 2005 t/m 2007 bedroeg 15,9 jaar voor mannen en 19,5 jaar voor vrouwen. Net als bij de levensverwachting bij de geboorte was Frankrijk hier de koploper voor vrouwen (22,6 jaar), maar ook voor mannen (18,1 jaar). De levensverwachting op 65-jarige leeftijd was het laagst in Oost-Europa: voor mannen in Letland (12,7 jaar) en voor vrouwen in Bulgarije (16,3 jaar).
- Voor het te verwachten aantal gezonde levensjaren op 65-jarige leeftijd geldt, net als voor het te verwachten aantal gezonde levensjaren bij de geboorte, dat de kloof tussen de geslachten veel kleiner is dan voor de levensverwachting. In de periode 2005 t/m 2007 waren mannen iets beter af: 8,4 jaar, tegen 8,1 jaar voor vrouwen.
- De relatieve invloed van de vele medische en niet-medische factoren op verschillen in (gezonde) levensverwachting is moeilijk in te schatten. Over het algemeen is er in de Europese landen een verband tussen een hoger nationaal inkomen en een hogere levensverwachting, al is dit verband bij de hogere nationale inkomens minder duidelijk; dit wijst op een “afnemend rendement” boven een bepaald niveau. Ook andere gezondheidsdeterminanten spelen een belangrijke rol.

Risicofactoren voor gezondheid veranderen

- Veel EU-landen hebben opmerkelijk succes geboekt bij het terugdringen van het tabaksgebruik, hoewel dit nog altijd een belangrijke oorzaak van vroegtijdig overlijden is. Deze daling is grotendeels te danken aan nationaal en EU-beleid dat gericht was op bewustmaking, een verbod op reclame en hogere accijnzen. Op dit moment wordt in Zweden en IJsland door minder dan 18% van de volwassenen dagelijks gerookt, terwijl dit in 1980 nog meer dan 30% was. In Griekenland wordt echter nog steeds door meer dan 40% van de volwassenen dagelijks gerookt. Ook in Bulgarije, Ierland en Nederland roken relatief veel mensen.
- Ook het alcoholgebruik is in veel Europese landen de laatste dertig jaar gedaald. Inperking van reclame, verkooprestricties en belastingmaatregelen zijn doeltreffende middelen gebleken om de alcoholconsumptie terug te dringen. In traditionele wijnbouwlanden als Italië, Frankrijk en Spanje is het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking sinds 1980 sterk gedaald. Anderzijds zijn er ook landen waar het alcoholgebruik flink toenam, zoals Ierland, het Verenigd Koninkrijk en sommige Noordse landen.
- Meer dan de helft van de volwassenen in de Europese Unie is te zwaar of zwaarlijvig. Als we naar de afzonderlijke landen kijken, is dit in 15 van de 27 EU-lidstaten het geval. Het percentage zwaarlijvigen — die

grotere gezondheidsrisico's lopen dan de andere mensen met overgewicht — varieert van minder dan 10% in Roemenië, Zwitserland en Italië tot meer dan 20% in het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Malta en IJsland. In de EU-lidstaten is gemiddeld 15,5% van de volwassenen zwaarlijvig.

- In de meeste EU-lidstaten waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het percentage zwaarlijvigen de afgelopen twintig jaar meer dan verdubbeld. Hierbij maakt het niet uit hoeveel zwaarlijvigen er twintig jaar geleden waren. In zowel Nederland als het Verenigd Koninkrijk werd het aantal zwaarlijvigen tussen 1988 en 2008 meer dan twee keer zo groot, hoewel het huidige obesitaspercentage in Nederland nog niet half zo hoog is als dat van het Verenigd Koninkrijk.
- Omdat zwaarlijvigheid het risico op chronische ziekten vergroot, zijn er aanzienlijke extra gezondheidszorgkosten aan verbonden. Uit een recente Engelse studie blijkt dat de totale kosten als gevolg van overgewicht en zwaarlijvigheid tussen 2007 en 2015 naar schatting met 70% kunnen toenemen, en in 2025 maar liefst 2,4 keer zo hoog zullen zijn (Foresight, 2007).

Veel landen kampen met een tekort aan gezondheidspersoneel

- In veel Europese landen wordt gevreesd voor een tekort aan artsen. Het aantal artsen per inwoner verschilt sterk en is het laagst in Turkije, voorafgegaan door Polen en Roemenië. Ook het Verenigd Koninkrijk en Finland hebben relatief weinig artsen.
- Sinds 2000 is het aantal artsen per inwoner in alle Europese landen, behalve Slowakije, echter toegenomen. Gemiddeld steeg dit cijfer van 3,0 artsen per 1 000 inwoners in 2000 naar 3,3 in 2008. Met name in Ierland vond een sterke groei plaats, van bijna 50%. Deze toename komt grotendeels doordat artsen van buiten Ierland werden aangetrokken: het percentage artsen met een buitenlands diploma verdrievoudigde in dezelfde periode. Ook in het Verenigd Koninkrijk vond tussen 2000 en 2008 een sterke groei plaats: daar steeg het aantal artsen per inwoner met 30%, van 2,0 naar 2,6 artsen per 1 000 inwoners.
- In Frankrijk en Italië daarentegen nam het aantal artsen per hoofd van de bevolking sinds 2000 nauwelijks toe. Doordat in Italië in de jaren 1980 en 1990 minder studenten tot de medische opleidingen werden toegelaten, bereikte het aantal artsen per inwoner daar in 2002 een hoogtepunt, om vervolgens te dalen. In Frankrijk werd het hoogtepunt in 2005 bereikt en zal het cijfer naar verwachting de komende tien jaar afnemen.
- In vrijwel alle landen is de verhouding tussen het aantal huisartsen en het aantal specialisten de afgelopen decennia veranderd, doordat het aantal specialisten veel sneller is gegroeid dan het aantal huisartsen. Inmiddels zijn er in de meeste landen al meer specialisten dan huisartsen. In Roemenië en Portugal is dit niet het geval. Deze verandering kan worden verklaard doordat de traditionele huisartspraktijk minder aantrekkelijk is geworden en door de toenemende verschillen in beloning. De trage groei of de afname van het aantal huisartsen per inwoner leidt tot bezorgdheid over de toegang tot de eerstelijnszorg. Veel landen kijken hoe zij de huisartspraktijk aantrekkelijker kunnen maken en de rol van ander gezondheidszorgpersoneel, zoals verplegenden, een nieuwe invulling kunnen geven.
- In veel Europese landen wordt ook gevreesd voor een tekort aan verplegend personeel. Verplegend personeel speelt niet alleen een belangrijke rol in de traditionele omgevingen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar steeds vaker ook in de eerstelijnszorg, met name bij de verzorging van chronisch zieken en de thuiszorg. In 2008 waren er in Finland, IJsland, Ierland en Zwitserland ongeveer 15 verplegenden per 1 000 inwoners; in Denemarken en Noorwegen lag dit cijfer iets lager. Turkije had het minste verplegenden, voorafgegaan door

Griekenland, Bulgarije en Cyprus. In al deze landen waren er minder dan vijf verplegenden per 1 000 inwoners.

- Sinds 2000 is het aantal verplegenden per inwoner in alle Europese landen, met uitzondering van Litouwen en Slowakije, toegenomen. Vooral in Portugal, Spanje, Frankrijk en Zwitserland vond een sterke groei plaats.

*Stijgende gezondheidsuitgaven trekken
zware wissel op overheidsbegroting*

- In alle Europese landen zijn de gezondheidsuitgaven gestegen. Meestal groeiden de gezondheidsuitgaven sneller dan de economie, waardoor een groter deel van het bbp werd opgeëist. In 2008 besteedden de EU-lidstaten gemiddeld 8,3% van hun bbp aan gezondheid, terwijl dit in 1998 nog maar 7,3% was. Er zijn echter grote verschillen tussen de landen, uiteenlopend van minder dan 6% in Cyprus en Roemenië tot meer dan 10% in Frankrijk, Zwitserland, Duitsland en Oostenrijk.

- In sommige landen is door de recente economische recessie het percentage van het bbp dat aan gezondheid wordt besteed, sterk gestegen. In Ierland steeg dit percentage van 7,5% in 2007 naar 8,7 in 2008 en in Spanje van 8,4 naar 9,0%.

- In 2008 besteedde Noorwegen van de Europese landen het meeste per hoofd van de bevolking aan gezondheid (bijna 4 300 euro), gevolgd door Zwitserland, Luxemburg en Oostenrijk. In de meeste Noord- en West-Europese landen lagen de gezondheidsuitgaven tussen 2 500 en 3 500 euro per persoon, d.w.z. 10 tot 60% boven het EU-gemiddelde. Onder het EU-gemiddelde lagen de uitgaven van Oost- en Zuid-Europese landen als Turkije, Roemenië, Bulgarije, Polen en Hongarije.

- Over het algemeen is er een positief verband tussen de gezondheidsuitgaven per inwoner en het bbp per inwoner, al is dit verband sterker in de Europese landen met een laag bbp per inwoner. Maar er bestaan ook grote verschillen in gezondheidsuitgaven tussen landen met een vergelijkbaar bbp per inwoner. Zo hebben Spanje en Frankrijk ongeveer hetzelfde bbp per inwoner, maar geeft Spanje per inwoner nog geen 80% aan gezondheid uit van het bedrag dat Frankrijk uitgeeft.

- De gezondheidsstelsels worden wel bekritiseerd omdat de nadruk te veel zou liggen op ziekenzorg en te weinig op ziektepreventie. Momenteel gaat in de EU-lidstaten gemiddeld slechts 3% van de gezondheidsuitgaven naar preventie en volksgezondheidsprogramma's.

- In alle Europese landen behalve Cyprus is de overheid de belangrijkste geldschieter van de gezondheidszorg. Gemiddeld werd in 2008 bijna drie kwart van alle gezondheidsuitgaven door de overheid bekostigd, waarvoor algemene belastingopbrengsten of socialezekerheidsbijdragen werden gebruikt. In Luxemburg, Tsjechië, de Noordse landen (behalve Finland), het Verenigd Koninkrijk en Roemenië werd meer dan 80% van alle gezondheidsuitgaven door de overheid gefinancierd.

- De omvang en samenstelling van de private financiering verschilt per land. In de meeste landen gaat het om contante betalingen door patiënten. Particuliere ziektekostenverzekeringen nemen in de EU-lidstaten gemiddeld slechts zo'n 3 tot 4% van de totale gezondheidsuitgaven voor hun rekening. In sommige landen spelen zij echter wel degelijk een belangrijke rol. Zo zijn zij in Duitsland verantwoordelijk voor de primaire dekking van bepaalde bevolkingsgroepen. In Frankrijk financieren particuliere ziektekostenverzekeringen 13% van de totale uitgaven, maar gaat het om aanvullende en bijkomende dekking binnen een algemeen publiek systeem.

- Nu veel landen hun begrotingstekort moeten terugbrengen, kunnen regeringen voor lastige beleidskeuzes komen te staan. Daarbij zullen zij de groei van de gezondheidsuitgaven van de overheid moeten beperken, op andere terreinen moeten bezuinigen of de belastingen dan wel de socialezekerheidsbijdragen moeten verhogen. De druk kan enigszins worden verlicht door de productiviteit van de gezondheidssector te vergroten, bijvoorbeeld door een strengere evaluatie van gezondheidstechnologieën of door meer gebruik te maken van informatie- en communicatietechnologie (“e-gezondheidszorg”). Deze initiatieven kunnen tegelijkertijd een positieve uitwerking hebben op de kwaliteit van de zorg, een ander gebied waarop de OESO en de Europese Commissie samenwerken.

This translation was undertaken by the European Commission

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal, 75116
Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights/

