



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

*Interessant!
Danke*

nota

(ter informatie)

Vergelijking Duitse gezondheidszorg

Paraaf directeur

5.1.2e

Directie MEVA

AEB

Ontworpen door

5.1.2e

T (070)

M (31)

5.1.2e

5.1.2e

@minvws.nl

Datum document

Kenmerk

1766558-212864-MEVA

Zaaknummer

212864

Bijlage(n)

-

1 Aanleiding voor deze nota

DGCZ vroeg in een po met IZ om een vergelijking van de Nederlandse en Duitse gezondheidszorg. Specifiek was zij geïnteresseerd in de determinanten en implicaties van de structurele Duitse overcapaciteit aan IC bedden. In deze nota beschrijf ik deze zaken.

Ik leg deze nota ook ter info voor aan Minister Van Ark gezien haar interesse in internationale vergelijkingen.

2 Samenvatting en conclusies

- Duitsland geeft meer geld uit aan zorg dan Nederland (11,7% vs 10% van het BBP en per capita, voor koopkracht gecorrigeerd €5935 vs €5148).
- Duitsland maakt andere keuzes. Er wordt minder geld uitgegeven aan langdurige zorg, en meer aan ziekenhuiszorg alsook genees- en medische hulpmiddelen. Dat is opmerkelijk omdat de grijze druk er hoger is.
- Duitsland heeft meer medisch zorgpersoneel en meer mantelzorgers. Vrijgevestigde artsen verdienen er fors meer. Het gebruik van ziekenhuiszorg en geneesmiddelen ligt (veel) hoger.
- Deze situatie spoot met de Duitse economie die in den brede meer gericht is op hoge volumes en lage prijzen, een ander sentiment tav ouderenzorg, en een historisch sterke positie van de medische beroepsgroepen.
- Voor corona was er vanuit experts kritiek op de overcapaciteit aan IC bedden, vanuit de argumentatie dat deze leidt tot veel ongepaste zorg. Corona heeft deze kritiek verstomd maar onder experts leeft nog het beeld dat hier een tandje lichter geschakeld mag worden. Voor het algemene publiek is ruime toegang tot curatieve zorg echter een heilig huisje.

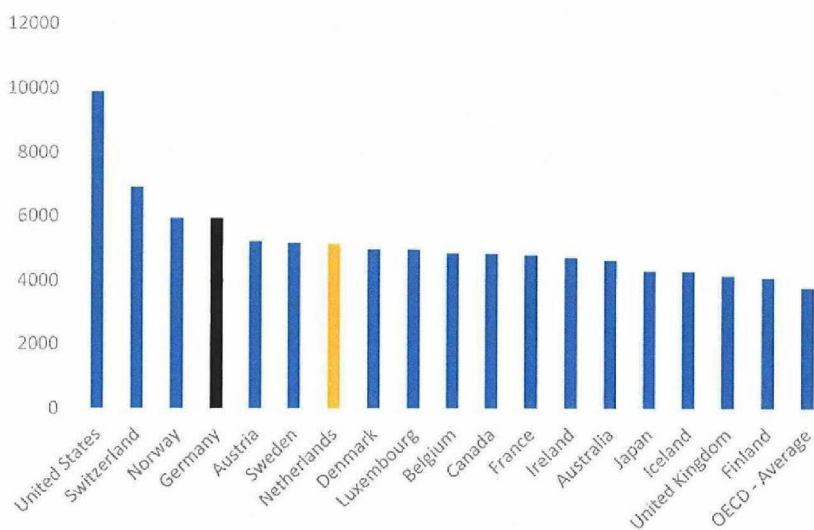


3 Belangrijkste punten van informatie

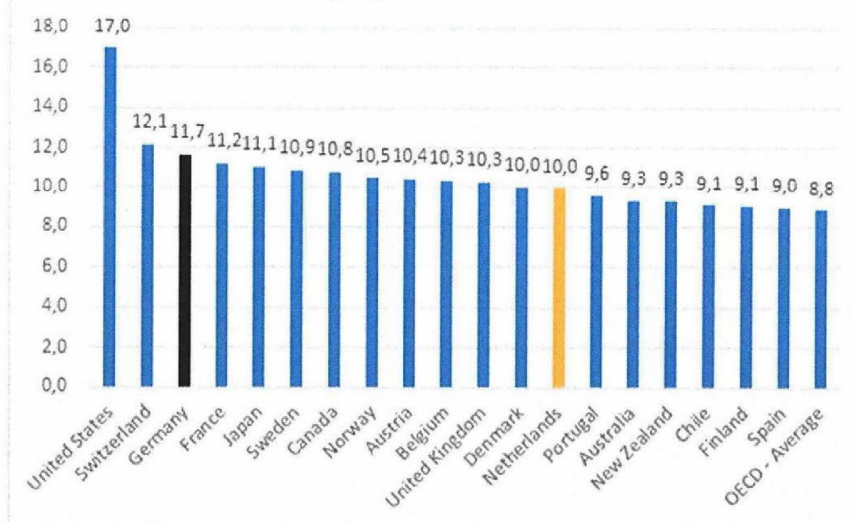
Nederland geeft ongeveer evenveel uit als de meeste andere landen.
Duitsland geeft meer uit.

Kenmerk
1766558-212864-MEVA

Zorguitgaven, per capita voor koopkracht gecorrigeerde
euro's, 2019



Zorguitgaven, % BBP, 2019

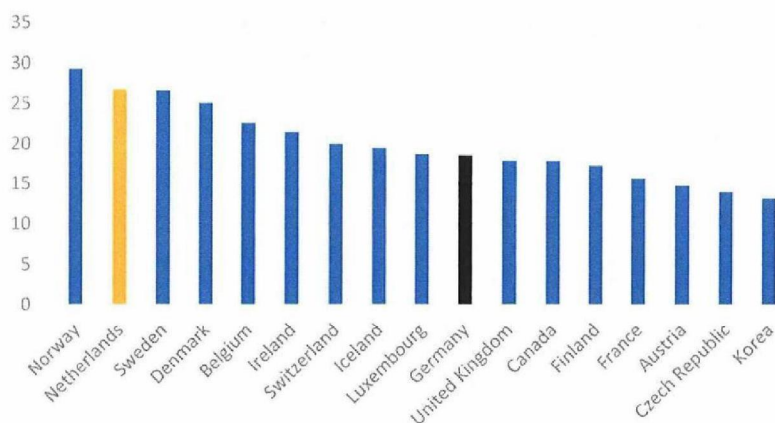




In Duitsland wordt een kleiner deel van de zorguitgaven besteed aan langdurige zorg. In internationale definitie betreft dit de medische langdurige zorg excl de welzijnszorg, dus grofweg incl. de Wlz en langdurige zorg onderdelen onder de Zvw, maar excl. de Wmo. Dit is opmerkelijk omdat in NL 4,5% en in Duitsland 6,1% van de bevolking ouder dan 80 is.

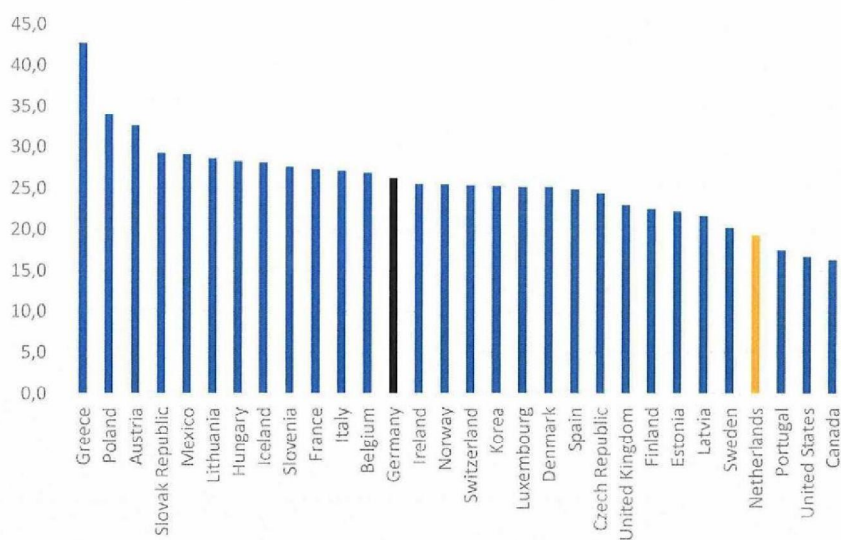
Kenmerk
1766558-212864-MEVA

Langdurige zorguitgaven, % totale zorguitgaven, 2018



Daarentegen wordt in Duitsland (en veel andere landen) een groter aandeel besteed aan inpatient care (intramurale geneeskundige en revalidatiezorg, waaronder IC's). Daarbij moet gezegd worden dat de gemiddelde case mix in Duitse ziekenhuizen anders is. Zo is de gemiddelde ligduur er 8,9 dagen vergeleken met 5 in NL. Duitse ziekenhuizen vervullen dus deels de rol die in NL door de relatief grotere langdurige zorgsector wordt vervuld.

Uitgaven inpatient care, % totale zorguitgaven, 2018

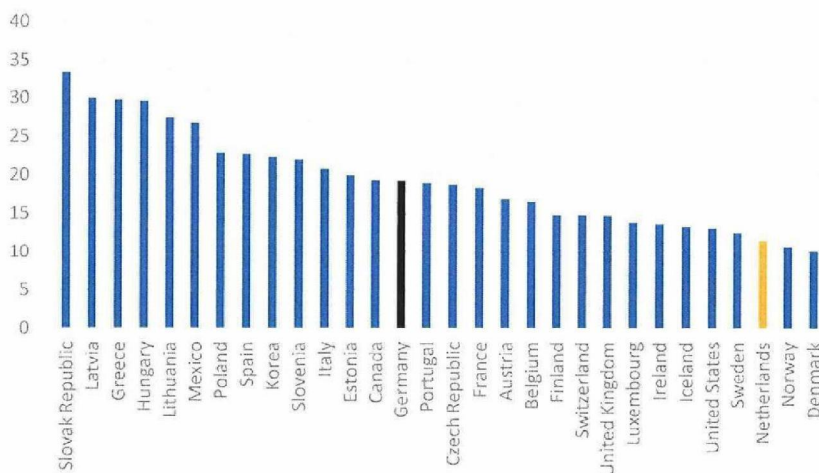




Tevens valt op dat in Duitsland veel en in Nederland weinig aan genees- en medische hulpmiddelen wordt uitgegeven.

Kenmerk
1766558-212864-MEVA

Uitgaven genees- en hulpmiddelen, % totale zorguitgaven, 2018



Zorgverleners

De hogere cure uitgaven weerspiegelen in een groter aanbod van medische zorgprofessionals. Duitsland kende in 2017 4,3 praktiserende artsen 12,9 praktiserende verpleegkundigen, t.o.v. 3,6 en 10,9 in NL. Echter, in NL maken zorgverleners (incl. welzijnswerkers) 15,4% van het totale arbeidsaanbod uit t.o.v. 13,3% in Duitsland. Duitsland kent dan weer een groter aanbod (dagelijkse) mantelzorgers. 8,4% van de Duitse 50-plussers verleent dagelijks mantelzorg, t.o.v. 5,2% van de Nederlandse 50-plussers. Het % dat wekelijks mantelzorg verleent ontloopt elkaar niet veel.

Ergo: in Duitsland zijn er meer medische zorgverleners, in NL meer welzijnswerkers, en in Duitsland meer intensieve mantelzorgers.

Beloning zorgpersoneel

Duitse dokters verdienen meer. Zelfstandige Duitse huisartsen verdienen 4,4 keer zoveel als het gemiddelde Duitse loon. Nederlandse zelfstandige huisartsen zitten op een ratio van 2,4. Vrijgevestigde Duitse specialisten zitten op een ratio van 5,4. Hun Nederlandse counterparts zitten daar ver onder met 3,6.

Het verschil tussen Duitse (3,5) en NL (3,3) specialisten in loondienst is dan weer gering. Hetzelfde geldt voor ziekenhuisverpleegkundigen. Nederlandse ziekenhuisverpleegkundigen verdienen 1,2 keer meer dan het gemiddelde NL loon en deze ratio is 1,1 in Duitsland.

Zorgconsumptie

In lijn met bovenstaande beeld, wordt er in Duitsland (veel) meer ziekenhuiszorg gebruikt. Er zijn per capita ongeveer 3 keer zoveel MRI en CT scanners, bijvoorbeeld een MRI scan wordt ook bijna 3 keer vaker gedaan, en



er worden meer heupen (309 vs 238/100.000) en knieën (223 vs 159/100.000) vervangen. Dit uit zich zoals bekend in meer bedden (in 2017 8 vs 3,3 per 1000 inwoners) en zoals reeds aangegeven liggen mensen er langer. Zelfs voor staaroperaties geldt dat deze nog relatief vaak niet ambulatoir worden uitgevoerd (17,2% vs 0,4%). Het verschil bij tonsillectomie is nog groter (in NL 68,4% ambulatoir t.o.v. 4,3% in Duitsland).

Ook de geneesmiddelenconsumptie is er hoog. Zo is het gebruik van medicijnen voor een hoge bloeddruk bijna het dubbele van dat van Nederland.

Kenmerk
1766558-212864-MEVA

Kwalitatieve duiding

De bovenstaande bevindingen hangen logisch met elkaar samen, maar het verschil in curatieve zorgvolumes is groter dan het verschil in uitgaven aan curatieve zorg. Er is in de Duitse curatieve zorg dus sprake van hoge volumes en lage prijzen, terwijl in NL lage volumes en hoge prijzen gelden. Daarom zou je verwachten dat NL medische zorgverleners meer verdienen, maar dit is niet het geval. Integendeel zelfs.

O.a. de volgende drie factoren verklaren deze situatie wel. Ten eerste kenmerkt de gehele Duitse economie zich door hoge volumes en lage prijzen, terwijl de Nederlandse economie juist relatief lage volumes en hoge prijzen kent. Dit uit zich in de curatieve zorg bijvoorbeeld met de –inmiddels bekende– massale Duitse diagnostische laboratoria.

Ten tweede is de gemiddelde case mix in Duitse ziekenhuizen anders. Duitse ziekenhuizen vervullen deels de rol die in NL door de langdurige zorg wordt vervuld, waardoor er gemiddeld minder zware patiënten in Duitse ziekenhuizen liggen. Een opname duurt daardoor langer maar is gemiddeld goedkoper. Tezamen met het zwaardere beroep op mantelzorg verklaart deze situatie waarom er in Duitsland zo weinig aan care wordt uitgegeven, ondanks het hogere aandeel ouderen.

Ten derde is er in Duitsland sprake van een sterkere waterscheiding tussen intra- en extramuraal en weinig innovatie op het gebied van integrated care, met als gevolg veel dubbele diagnostiek en dergelijke en ook een cultuur waarin veel curatief zorggebruik normaal wordt gevonden.

Is men in Duitsland blij met dit zorglandschap? Uit internationale surveys blijkt dat het algemene publiek tevredener is dan in veel andere landen. Wel neemt de druk toe om meer publieke investering in langdurige zorg. Een ruime, toegankelijke en absoluut niet zuinige inzet van curatieve zorg is echter een heilig huisje waar politici hun vingers niet aan durven te branden. Hier ligt ook een historische reden aan ten grondslag. Medische beroepsgroepen en dan met name diegenen die binnen de muren van een ziekenhuis werken, hebben altijd een sterke positie gehad in budgetonderhandelingen op regionaal niveau. Recent is ook een Duitse studie gepubliceerd waarin is onderzocht wat het effect is als regionale ministers van gezondheid een achtergrond hebben als arts. Hieruit bleek dat zij vaker zorgen voor hogere uitgaven en meer werktevredenheid, maar een lagere productiviteit; vergeleken met ministers met een andere achtergrond. Voorafgaand aan de coronacrisis werd de kritiek door experts, dat het systeem overmatig gemedicaliseerd is, langzaam iets meer opgepikt door politici en bestuurders. De crisis heeft deze kritiek echter verstomd o.a. door verwijzing naar de Nederlandse coronapatiënten die Duitsland opvangt.

**Bronnen:**

- WHO Health System Review Germany (2014). Zeer uitgebreide beschrijving van Duitse gezondheidszorgsysteem.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130246/HIT-16-2-2014-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

- Duitse studie *Are doctors better health ministers?*

<http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/wp-2020-328-pilny-roesel-doctors-health-minister.pdf>

- OECD Health at a Glance (2019). Meest recente internationale statistieken in overzicht rapport 'om doorheen te bladeren'.

Kenmerk

1766558-212864-MEVA

5.1.2e