



State of Health in the EU Nederland

Landenprofiel Gezondheid 2017

De landenprofielreeks

De landenprofielen geven een beknopt en beleidsgerelateerd overzicht van de gezondheid en de zorgstelsels in de EU-lidstaten, waarbij met name wordt ingegaan op de bijzondere kenmerken en uitdagingen in elk land. Zij zijn bedoeld om de lidstaten te ondersteunen bij hun op feiten gebaseerde beleidsvorming.

De profielen worden gezamenlijk opgesteld door de OESO en het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie. Het team dankt de lidstaten en het netwerk van de Health Systems and Policy Monitor (HSPM) voor hun waardevolle opmerkingen en suggesties.

Inhoud

1 • HOOFDPUNTEN	1
2 • GEZONDHEID IN NEDERLAND	2
3 • RISICOFACTOREN	4
4 • HET ZORGSTELSEL	5
5 • PRESTATIES VAN HET ZORGSTELSEL	8
5.1 Doeltreffendheid	8
5.2 Toegankelijkheid	10
5.3 Aanpassingsvermogen	12
6 • BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN	16

Gegevens- en informatiebronnen

Deze landenprofielen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale statistieken, die in juni 2017 zijn gevalideerd om de vergelijkbaarheid van de gegevens te optimaliseren. De bronnen en methoden die aan deze gegevens ten grondslag liggen, zijn beschikbaar in de Eurostat-databank en de gezondheidsdatabank van de OESO. Enkele aanvullende gegevens zijn afkomstig van het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), de onderzoeken naar het gezondheidsgedrag bij schoolgaande kinderen (HBSC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), alsmede uit nationale bronnen.

De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 28 EU-lidstaten, tenzij anders is vermeld.

U kunt het Excel-werkblad met alle tabellen en grafieken van dit profiel downloaden door de volgende StatLinks in uw internetbrowser te typen:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623609>

Demografische en sociaaleconomische context in Nederland, 2015

	Nederland	EU
Demografische factoren	Bevolking (× 1 000)	16 940
	Aandeel van de bevolking boven 65 (%)	17,8
	Vruchtbaarheidscijfer ¹	1,7
Sociaaleconomische factoren	Bbp per inwoner (EUR PPP ²)	37 000
	Relatieve armoede ³ (%)	5,8
	Werkloosheid (%)	6,9

1. Aantal geboren kinderen per vrouw in de leeftijd van 15 tot 50 jaar.

2. In de koopkrachtpariteit (Purchasing power parity, PPP) worden de geldeenheden zodanig omgezet dat de koopkracht van de verschillende geldeenheden gelijk is doordat verschillen in prijsniveaus tussen de landen worden geëlimineerd.

3. Percentage van de bevolking met minder dan 50 % van het mediaan equivalent beschikbaar inkomen.

Bron: Eurostat-databank; OESO (voor relatieve armoede).

Afwijzing van aansprakelijkheid: De standpunten en argumenten in dit document zijn voor rekening van de auteurs en komen niet noodzakelijk overeen met de officiële standpunten van de OESO of de OESO-landen, het European Observatory on Health Systems and Policies of de partners daarvan. De inhoud van dit document mag niet als het officiële standpunt van de Europese Unie worden beschouwd.

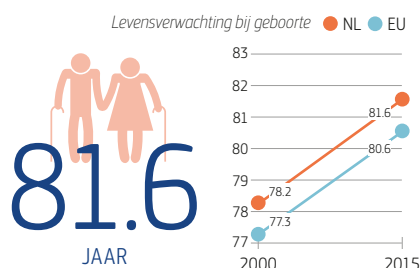
Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden.

Zie ook de disclaimers van de WHO op <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Hoofdpunten

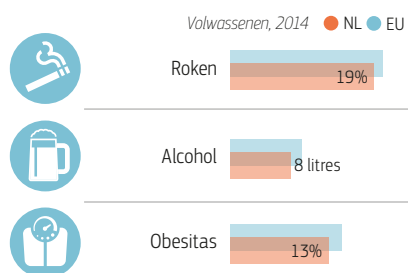
Het Nederlandse zorgstelsel is een van de duurste in de EU. Maar de Nederlandse bevolking krijgt daar ook iets voor terug: in Nederland is er goede toegang tot een dicht net van doeltreffende primaire en secundaire zorgverleners en genereuze langdurige zorg. Sinds 2005 zijn er twee grote hervormingen op het gebied van ziektekostenverzekeringen en langdurige zorg doorgevoerd, die de Nederlandse gezondheidszorg aanzienlijk hebben veranderd en in de nabije toekomst zullen blijven veranderen.

Gezondheidstoestand



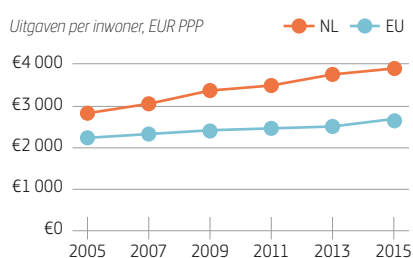
De levensverwachting bij de geboorte lag in 2015 op 81,6 jaar. Dit is een stijging ten opzichte van 2000 (78,2 jaar) en ligt boven het EU-gemiddelde, hoewel de levensverwachting voor vrouwen onder het EU-gemiddelde ligt. Ongeveer de helft van de extra levensjaren worden echter niet in goede gezondheid doorgebracht. De stijging van de levensverwachting is voornamelijk het gevolg van het gestaag terugdringen van de vroegtijdige sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten. Longkanker en dementie behoren nu tot de belangrijkste doodsoorzaken.

Risicofactoren



In 2014 gebruikte 19 % van de volwassenen in Nederland dagelijks tabak. Dit percentage ligt onder het EU-gemiddelde en bedroeg in 2008 nog 23 %. Ook het totale alcoholgebruik per volwassene is gedaald en ligt onder het EU-gemiddelde. Het aantal zwaarlijvigen stijgt, hoewel het nog altijd onder het EU-gemiddelde ligt: in Nederland had 13 % van de volwassenen obesitas, terwijl dit in 2005 nog bij slechts 11 % het geval was, een stijging van bijna 20 %.

Zorguitgaven

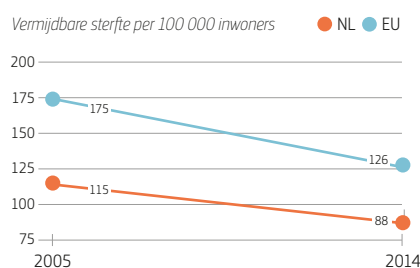


Nederland geeft veel geld uit aan gezondheid: in 2015 3 954 euro per inwoner, bij een EU-gemiddelde van 2 797 euro. Dit is 10,7 % van het bbp, het op drie na hoogste percentage in de EU (EU-gemiddelde: 9,9 %). Dit percentage groeit bovendien (in 2005 was het nog 9,4 %), maar dankzij zorgakkoorden met de sector in 2012 is de kostenstijging afgevlakt. De hoge totale uitgaven zijn met name het gevolg van de relatief grote sector voor langdurige zorg. Meer dan 80 % van de gezondheidsuitgaven wordt met publieke middelen gefinancierd, hoewel de eigen bijdragen van patiënten zijn gestegen en ter discussie staan.

Prestaties zorgstelsel

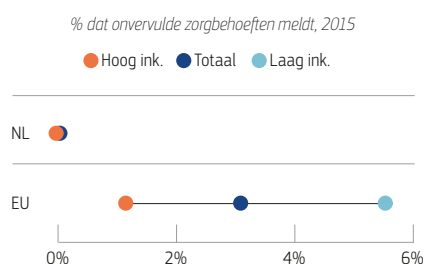
Doeltreffendheid

De vermijdbare sterfte ligt in Nederland zeer laag, wat er (samen met andere relevante indicatoren) op duidt dat het zorgstelsel doeltreffend is.



Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg is in Nederland goed, want slechts weinigen maken melding van onvervulde zorgbehoeften in vergelijking met het EU gemiddelde.



Aanpassingsvermogen

Ondanks de stabiele financiering blijven er zorgen over de kostenbeheersing. Ook kan de efficiëntie nog aanzienlijk worden verbeterd. Er lijkt sprake te zijn van goed bestuur, maar er wordt nog altijd verschillend gedacht over de wenselijke rol van marktwerking in de zorg.



2 Gezondheid in Nederland

Mensen leven langer, maar zijn niet altijd gezonder en vrouwen blijven achter

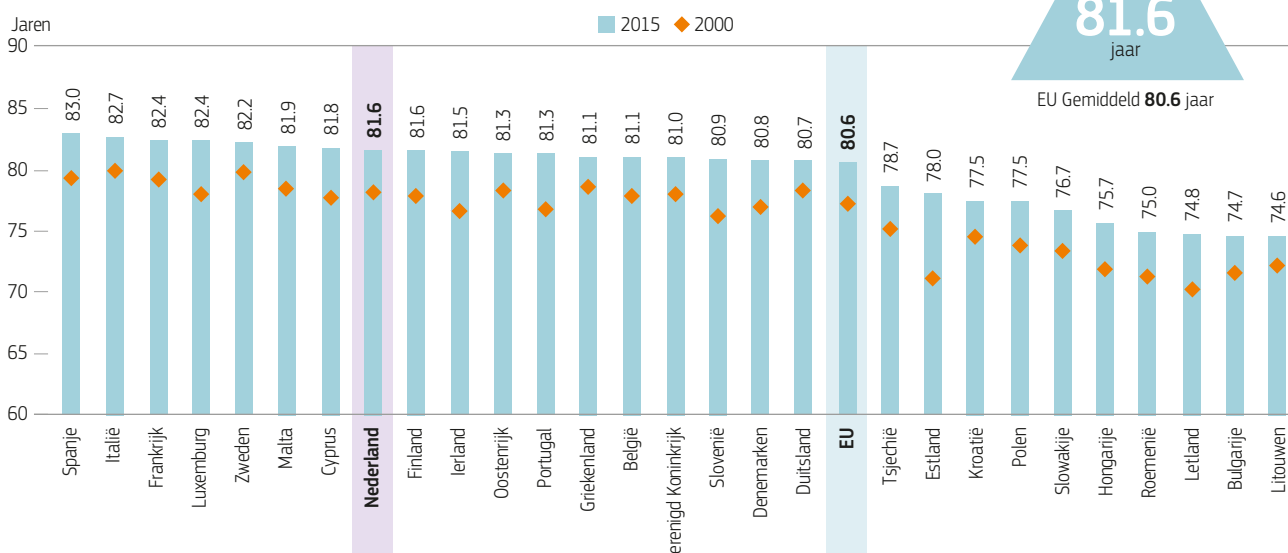
De afgelopen tien jaar is de levensverwachting in Nederland geleidelijk gestegen. In 2015 lag de levensverwachting boven het EU-gemiddelde, maar was zij lager dan in landen als Spanje, Italië en Frankrijk (zie figuur 1). Het is echter zorgwekkend dat de levensverwachting van vrouwen onder het EU-gemiddelde ligt, wat grotendeels aan roken kan worden toegeschreven (zie ook punt 3). De levensverwachting is met name voor ouderen snel gestegen, al bestaat er een kloof van zes jaar in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden¹.

Het totale aantal levensjaren in goede gezondheid is bovendien gedaald, waarbij opnieuw vrouwen harder worden getroffen dan mannen². De resterende levensverwachting voor 65-jarigen bedroeg 18,4 jaar voor mannen (tegen 15,4 in 2000) en 21,1 jaar voor vrouwen (19,3 in 2000), waarbij mannen mogen verwachten dat zij 57 % van die tijd in goede gezondheid zullen doorbrengen en vrouwen slechts 45 % (2015).

1. Tot de laagopgeleiden worden mensen gerekend met minder dan primair onderwijs, met primair onderwijs of met lager secundair onderwijs (ISCED-niveaus 0 t/m 2) en tot de hoogopgeleiden mensen met tertiair onderwijs (ISCED-niveaus 5 t/m 8).

2. Op basis van de indicator "aantal gezonde levensjaren", waarmee het te verwachten aantal jaren zonder ziekte op verschillende leeftijden wordt gemeten.

Figuur 1. De levensverwachting ligt in Nederland ruim boven het EU-gemiddelde

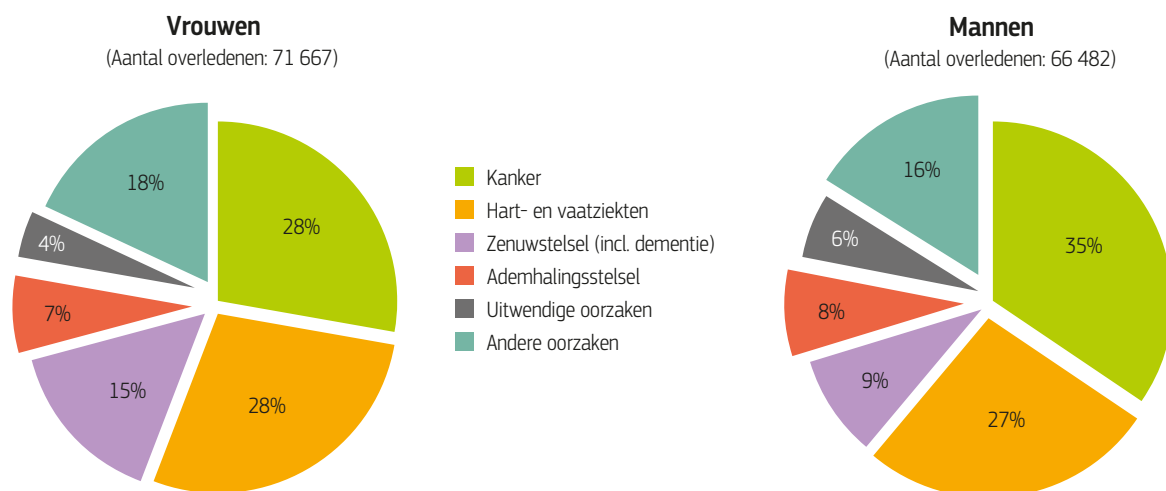


Bron: Eurostat-databank.

Nu hart- en vaatziekten sterk zijn teruggedrongen, zijn longkanker en dementie de belangrijkste doodsoorzaken

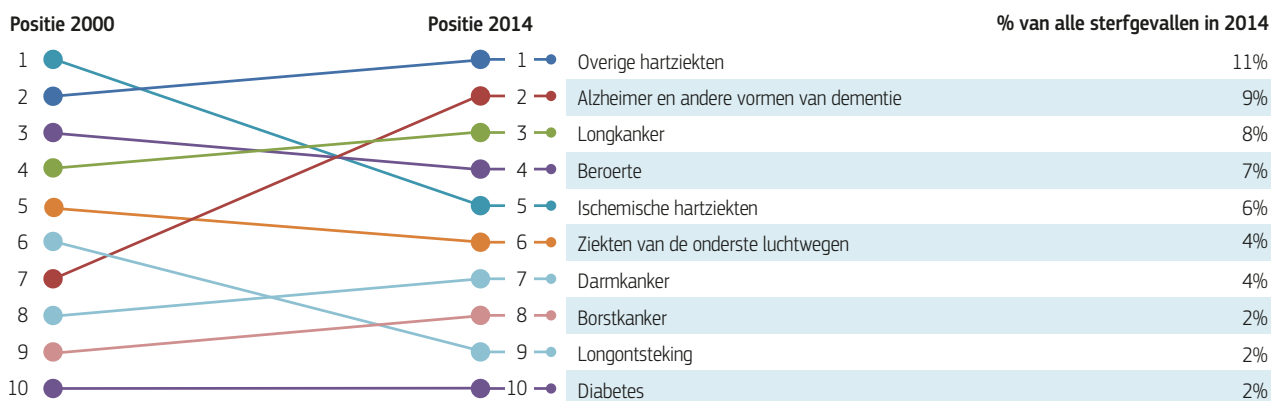
De gestegen levensverwachting is voornamelijk het gevolg van het gestaag terugdringen van de voortijdige sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten, waarmee een van de laagste algemene niveaus in Europa is bereikt. In Nederland is kanker nu de belangrijkste doodsoorzaak voor mannen, terwijl ongeveer evenveel vrouwen aan kanker als aan hart- en vaatziekten overlijden (zie figuur 2). Toch overleden in 2013 nog meer dan 5 000 mensen voor hun 75e jaar aan deze ziekten (op een bevolking van bijna 17 miljoen), wat mogelijk met betere behandeling of preventie voorkomen zou kunnen worden. Voor mannen en vrouwen samen vormen overige hartziekten nu de meest voorkomende doodsoorzaak, gevolgd door de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie alsmede longkanker (zie figuur 3).

Als we de gegevens in meer detail bekijken en uitgaan van gestandaardiseerde sterftecijfers, is longkanker veruit de belangrijkste doodsoorzaak (7 %) (2013). Het is belangrijk om te beseffen dat de meeste slachtoffers van longkanker weliswaar nog altijd mannen zijn, maar dat ook steeds meer vrouwen hieraan overlijden, wat kan worden toegeschreven aan de lange termijn gevolgen van tabaksgebruik in eerdere generaties. Dit moet ook worden gezien in samenhang met de sterfte aan chronische obstructieve longziekte (COPD), een ziekte die ook grotendeels kan worden voorkomen, maar afneemt. De sterfte aan Alzheimer en andere vormen van dementie is inmiddels de tweede doodsoorzaak, wat een gevolg is van enerzijds de vergrijzing en anderzijds betere herkenning van deze doodsoorzaak bij de codering.

Figuur 2. Een op de drie mannen en meer dan een kwart van de vrouwen overlijdt aan kanker

Opmerking: De gegevens worden gepresenteerd volgens de algemene hoofdstukken van de ICD, waarbij dementie aan het hoofdstuk betreffende ziekten van het zenuwstelsel is toegevoegd om dementie en Alzheimer (de belangrijkste vorm van dementie) onder een noemer te brengen.

Bron: Eurostat-databank (gegevens over 2014).

Figuur 3. Meeste mensen overlijden aan hartziekten en Alzheimer en andere vormen van dementie

Bron: Eurostat-databank.

Er bestaan grote verschillen in de prevalentie van chronische ziektes

Volgens de informatie die de respondenten zelf in de Europese gezondheidsenquête (EHIS) hebben verstrekt, heeft in Nederland 1 op de 6 mensen een hoge bloeddruk, 1 op de 18 astma en 1 op de 12 een chronische depressie. Er zijn, afhankelijk van het opleidingsniveau, grote verschillen in aantallen patiënten. Mensen met het laagste onderwijsniveau hebben bijna drie keer zo vaak diabetes als mensen met het hoogste opleidingsniveau en 35 % vaker astma³.

Slechts weinigen zeggen in slechte gezondheid te verkeren, maar er zijn grote verschillen naar inkomen

Nederlanders geven hun algemene gezondheid doorgaans een hoog cijfer en slechts 5 % omschrijft zijn of haar gezondheid als slecht of zeer slecht (het op drie na laagste percentage in de EU). Er zijn echter verschillen, afhankelijk van sociaaleconomische factoren zoals het inkomen: in het hoogste inkomenskwintiel beschrijft maar 2 % van de mensen zijn of haar gezondheid als slecht, tegen 10 % van de mensen in het laagste inkomenskwintiel.

3. De aan het onderwijsniveau gerelateerde ongelijkheden kunnen deels worden toegeschreven aan het grotere percentage ouderen met een laag opleidingsniveau; dit kan echter niet de enige verklaring zijn voor alle sociaaleconomische ongelijkheden.

3 Risicofactoren

Gedrag blijft volksgezondheid schaden

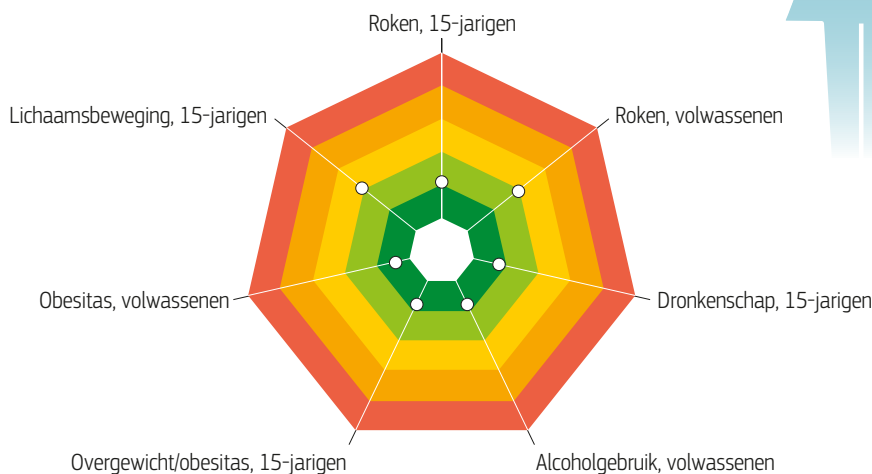
De goede gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking is het gevolg van een aantal factoren, waaronder woon- en werkomstandigheden, leefomgeving en uiteenlopende gedragsgerelateerde risicofactoren. IHME-gegevens wijzen uit dat in Nederland in 2015 meer dan een kwart (26 %) van de totale ziektelast (gemeten in DALY's⁴) verband houdt met gedrag, waaronder roken, slechte voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en alcoholgebruik. Vooral rook- en voedingsgewoonten dragen in Nederland bij tot een slechtere gezondheid (IHME, 2016), waarbij de voeding met name overgewicht en obesitas veroorzaakt.

Aantal rokers daalt en Nederland presteert goed voor verscheidene andere risicofactoren

Hoewel meer dan een kwart van de ziektelast aan gedragsgerelateerde risicofactoren kan worden toegeschreven en in 2015 zo'n 13 % van alle gezondheidsproblemen het gevolg was van rookgedrag (IHME, 2016), is er wel vooruitgang. De laatste 15 jaar is het aantal regelmatige rokers met een derde gedaald en in 2014 rookte nog een op de vijf volwassenen. Deze ontwikkeling valt samen met de invoering van rookvrije werkomgevingen en ander nieuw beleid. Toch blijft – met name door het grote aantal rokers in eerdere generaties – het aantal vrouwen dat aan longkanker sterft nog altijd toenemen, zoals hierboven werd aangegeven. Het alcoholgebruik is gedaald tot een van de laagste niveaus in de EU (zie specifiek beleid in punt 5.1). Voor verscheidene andere risicofactoren scoort Nederland over het algemeen goed in vergelijking met andere landen (figuur 4).

4. DALY staat voor "Disability Adjusted Life Years": een schatting van het aantal verloren jaren door specifieke ziekten en risicofactoren. Een DALY komt overeen met één verloren levensjaar in goede gezondheid (IHME).

Figuur 4. Voor de meeste risicofactoren doet Nederland het beter dan andere EU-landen*



Overgewicht en obesitas komen relatief weinig voor, maar vertonen een stijgende trend

Het aantal mensen dat zelf aangeeft overgewicht of obesitas te hebben is in Nederland kleiner dan in andere EU-landen, maar het percentage mensen met obesitas stijgt net als in veel andere EU-landen. Tussen 2000 en 2014 groeide het aantal zwaarlijvigen van 10 % naar bijna 13 % (tegen 15,9 % in de EU), wat grote gezondheidsgevolgen heeft en bijvoorbeeld diabetes, hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker veroorzaakt. De Nederlandse regering heeft verschillende beleidsmaatregelen genomen om dit aan te pakken (punt 5.1).

Risicofactoren blijven ongelijk verdeeld naar opleidings- en inkomensniveau

Mensen in een achterstandssituatie vertonen meestal meer risicovol gedrag als gevolg van hun lagere opleiding of inkomen. Bijna een kwart van de mensen zonder hoger secundair onderwijs rookte in 2014 dagelijks, tegen 11 % van de hoger opgeleiden. Ook heeft meer dan 15 % van de laagopgeleiden obesitas, tegen 8,6 % van de hoogopgeleiden. Nederland kent sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw beleid om de sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van de gezondheid op individueel en bevolkingsniveau te verkleinen. Recente initiatieven waren erop gericht de ongelijkheden op lokaal niveau aan te pakken, zoals het nationale programma Gezond in de stad (2014).



*Er zijn voor Nederland geen gegevens beschikbaar over lichaamsbeweging bij volwassenen.

Opmerking: Hoe dichter de bolletjes zich bij het midden bevinden, hoe beter het land presteert ten opzichte van andere EU-landen. Er bevindt zich geen enkel land in het witte "streefgebied", aangezien alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren.

Bron: OESO-berekeningen op basis van Eurostat-databank (EHIS in of rond 2014), OESO-gezondheidsstatistiek en HBSC-onderzoek uit 2013–14. (ontwerp grafiek: Laboratorio MeS).

4 Het zorgstelsel

Door twee grote hervormingen is het zorgstelsel ingrijpend veranderd en nog steeds in ontwikkeling

Een grote hervorming in 2006 heeft geleid tot één particuliere verzekeringsmarkt, met gereguleerde marktwerking. Tot 2006 kende het Nederlandse zorgstelsel een systeem van ziekenfondsen, gecombineerd met een particuliere ziektekostenverzekering voor de hogere inkomensgroepen. Nu moeten alle inwoners een verzekering afsluiten voor een basisdekking. Verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren en moeten contracten sluiten met zorgverleners op basis van kwaliteit en prijs.

De regering houdt toezicht op de zorgverzekerings-, zorginkoop- en zorgverlenings-markten, daarbij ondersteund door toezichthouders als de Autoriteit Consument en Markt (eerlijke mededinging), de Nederlandse Zorgautoriteit (toezicht en tariefregulering) en het Zorginstituut Nederland (zorgkwaliteitsstandaarden en advies over verzekeringspakket). Bij zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders zijn er veel fusies geweest, onder meer om een betere marktpositie te verkrijgen, en momenteel is bijna 90 % van de markt in handen van vier verzekeraars, die elk meerdere merken voeren.

De langdurige zorg is in 2015 hervormd om de kosten te beheersen (overeenkomstig een aanbeveling van het Europees semester) en tegelijkertijd deze zorg te deinstitutionaliseren en de patiënt meer centraal te stellen. De gemeenten werden verantwoordelijk voor de sociale zorg, maar kregen daarvoor minder geld – omdat ervan uitgegaan

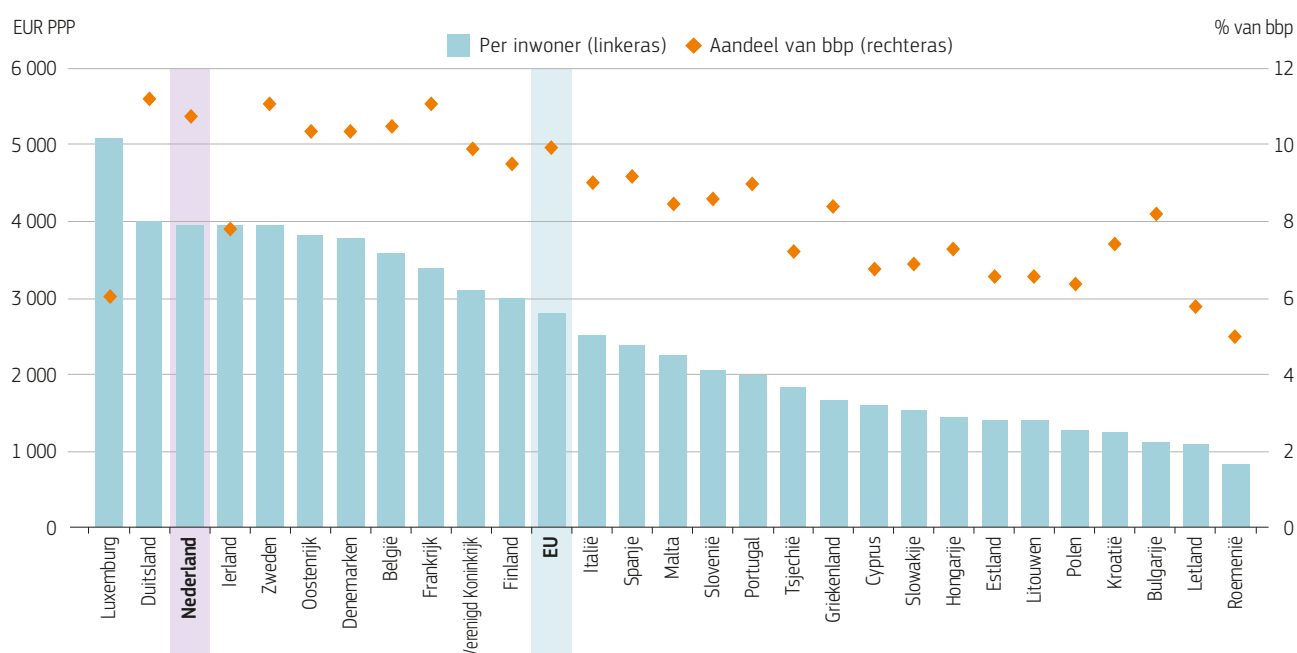
werd dat lokaal georganiseerde zorg efficiënter is. De zorgverzekeraars werden verantwoordelijk voor verpleging en verzorging thuis, waarbij wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen bij de coördinatie van verschillende zorg- en hulpaspecten.

Zorgakkoorden hebben geholpen om de uitgaven te beteugelen

Het Nederlandse zorgstelsel behoort tot de duurste in Europa (zie figuur 5), hoewel de kostenstijging is afgeremd nadat in 2012 zorgakkoorden met de sector over de uitgaven werden ingevoerd. De hoge totale uitgaven zijn met name het gevolg van de relatief grote sector voor langdurige zorg (zie punt 5.3). Na de afschaffing van de particuliere ziektekostenverzekeringsregeling in 2006 zijn de overheidsuitgaven gestegen van ongeveer twee derde van het totaal in 2005 naar 82,7 % in 2006, waarna zij geleidelijk zijn teruggelopen tot 80,7 % in 2015 (EU-gemiddelde: 78,7 %).

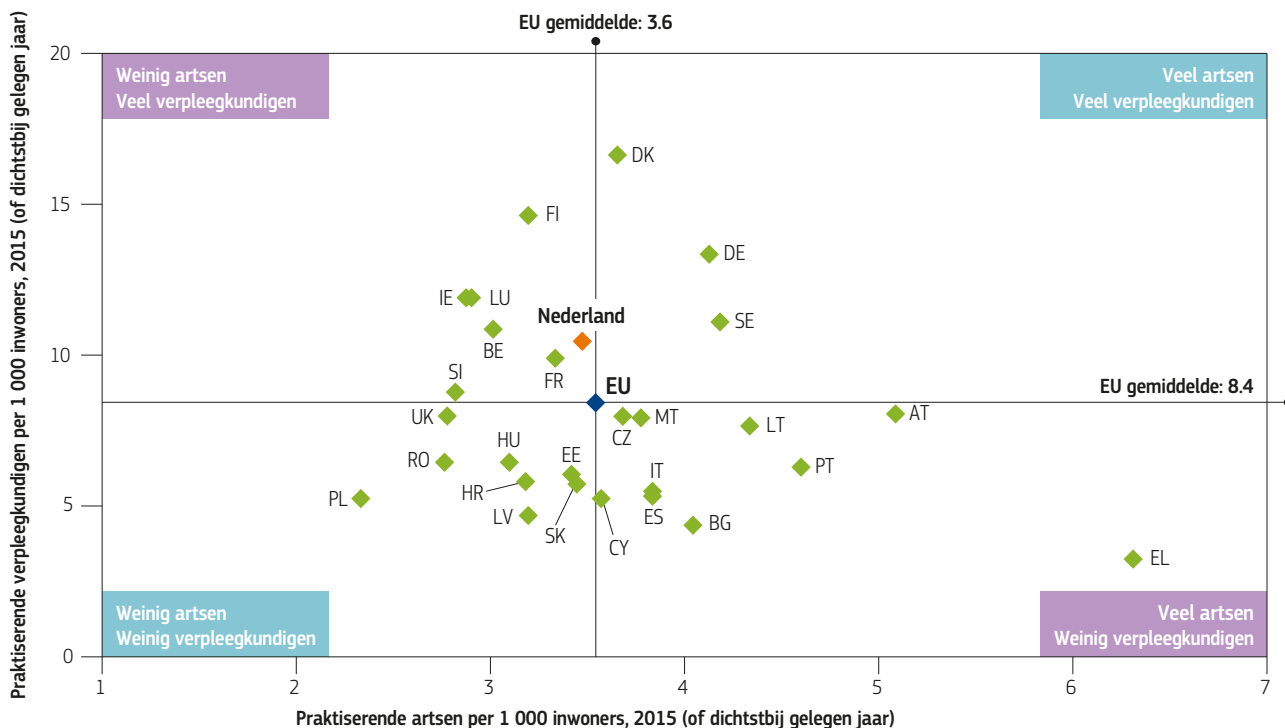
Volwassenen betalen een uniforme nominale premie aan hun verzekeraar (voor alle kinderen betaalt de overheid een bijdrage), die door de werkgever wordt aangevuld met een inkomensafhankelijke bijdrage aan een centraal fonds, dat het geld onder de verzekeraars verdeelt op basis van risicoverevening. Ongeveer 40 % van de verzekerden ontvangt een fiscale zorgtoeslag, die voor de laagste inkomens overeenkomt met 70 % van de premie en de gemiddelde eigen bijdrage (2017). De langdurige zorg wordt gefinancierd met inkomensafhankelijke premies en is op een afzonderlijk systeem gebaseerd (Wlz).

Figuur 5. Nederlandse zorguitgaven per inwoner behoren tot de hoogste in Europa



Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken; Eurostat-databank; WHO-databank over wereldwijde gezondheidsuitgaven (gegevens over 2015).

Figuur 6. Het aantal artsen en verpleegkundigen ligt in Nederland vlak bij het EU-gemiddelde



Opmerking: Voor Portugal en Griekenland is een te hoog aantal praktiserend artsen aangegeven, omdat alle artsen zijn meegeteld die bevoegd zijn een praktijk uit te oefenen (voor Portugal bv. zo'n 30 % te hoog). Voor Oostenrijk en Griekenland is een te laag aantal verpleegkundigen aangegeven, aangezien alleen de verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken zijn meegeteld.

Bron: Eurostat-databank.

De eigen bijdragen zijn gestegen (zie punt 5.2), maar huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg en wijkverpleging zijn hiervan uitgesloten. In 2015 had 84,1 % van alle verzekerden een vrijwillige aanvullende verzekering, die meestal de tandarts- en fysiotherapiekosten dekte (NZA, 2016).

Zorginkopers maken nog weinig gebruik van kwaliteitsindicatoren

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan steeds meer onderhandelen over de prijs, het volume en de kwaliteit van de zorg, hoewel inkoop op basis van kwaliteit nog in de kinderschoenen staat. Ziekenhuizen worden betaald volgens een systeem dat lijkt op het internationaal gangbare DRG (diagnosis related groups) systeem. Voor 30 % van de ziekenhuiszorg, waarbij het vooral gaat om "niet te plannen" zorg zoals eerste hulp en anderzijds om behandelingen waarvoor er te weinig aanbieders zijn om daadwerkelijke concurrentie mogelijk te maken, zoals orgaantransplantaties, stelt de Nederlandse Zorgautoriteit maximumtarieven vast. Huisartsen worden betaald door een combinatie van vergoedingen per zorgactiviteit, vergoedingen per ingeschreven verzekerde, betalingen per zorgbundel voor geïntegreerde zorg en prestatiebeloningen.

Infrastructuur is in grote lijnen toereikend en er zijn nieuwe zelfstandige behandelcentra's geopend

Sinds de afschaffing van de centrale planning in 2008 is het aantal ziekenhuisbedden voor acute zorg gestegen naar 361 per 100 000 inwoners in 2013, wat nog altijd onder het EU-gemiddelde is (424 in 2013). Het aantal ziekenhuislocaties is sinds 2008 gelijk gebleven, terwijl het aantal poliklinisch opererende zelfstandige behandelcentra's (ZBC's) sterk is gestegen (van 61 naar 112) aangezien steeds meer ziekenhuizen dergelijke centra openen om met andere ziekenhuizen te concurreren. De beschikbaarheid van apparatuur voor medische beeldvorming is internationaal gezien ongebruikelijk, want er zijn naar EU-normen betrekkelijk weinig MRI- en CT-scanners en veel PET-scanners.

Er lijkt voldoende medisch personeel te zijn, maar een tekort aan verpleegkundigen dreigt

Er zijn geen tekenen die wijzen op een acuut tekort aan medisch personeel. Dit komt doordat de inkomens hoog genoeg zijn, de arbeidsomstandigheden goed zijn, en mogelijk doordat er een centrale capaciteitsplanning is. De artsendichtheid stijgt en nadert het EU-gemiddelde, terwijl de verpleegkundigendichtheid in 2015 ruim boven het EU-gemiddelde lag (zie figuur 6). Toch moet de onderwijs capaciteit worden verdubbeld om tekorten in de toekomst te voorkomen (Van der Velden en Batenburg, 2016). Recentelijk is er een tekort aan wijkverpleegkundigen en verzorgenden ontstaan, maar dit wordt

aangepakt met nieuw intersectoraal arbeidsmarktbeleid. Er zijn verschillende nieuwe ontwikkelingen in de beroepsgroep en de rol van de professionals (zie kader 1).

KADER 1: TRENDS IN DE BEROEPSGROEP EN IN DE ROL VAN ZORGPROFESSIONALS

In de eerstelijnszorg wordt steeds vaker in een grotere organisatorische context (zoals centra voor eerstelijnsgezondheidszorg) en in multidisciplinaire teams gewerkt. Buurtapotheken werken steeds vaker structureel samen met huisartsen in hun gebied. Als gevolg van taakverschuivingen zijn er nieuwe beroepen ontstaan, zoals praktijkverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (die ook geneesmiddelen kunnen voorschrijven) en physician assistants. Bovendien wordt er sinds 2002 toenemende aandacht besteed aan de overheveling van behandelingen van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg, waarbij het vooral gaat om chronische ziekten en eenvoudige ingrepen met een laag risico, zoals kleine operaties.

Europese landen, wat onder meer blijkt uit het geringe aantal ontslagen uit ziekenhuizen (zie figuur 7). De gemiddelde verblijfsduur in ziekenhuizen van opgenomen patiënten (6,2 dagen in 2015) lijkt op het eerste gezicht veel lager dan het EU-gemiddelde (8,0), maar het cijfer voor Nederland is vertekend doordat het alleen betrekking heeft op acute zorg. Er lopen verschillende proefprojecten naar geïntegreerde zorg voor chronisch zieken en zorg voor mensen met meervoudige aandoeningen, alsook naar een verschuiving van de zorg naar lagere niveaus.

Toenemende bezorgdheid over kwaliteit van langdurige zorg

De kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen staat steeds meer ter discussie maar er wordt extra geld voor deze sector uitgetrokken. Voor langdurige zorg aan huis of in een instelling is een indicatie vereist, zodat eerst wordt nagegaan of patiënten zichzelf kunnen redden en in hun eigen sociale omgeving kunnen blijven. Hoewel wordt gestreefd naar een grotere rol van mantelzorgers bij de verzorging van zieken en gehandicapten, is er slechts een beperkte financiële vergoeding.

De eerstelijnszorg is sterk en geïntegreerde zorg wordt bevorderd

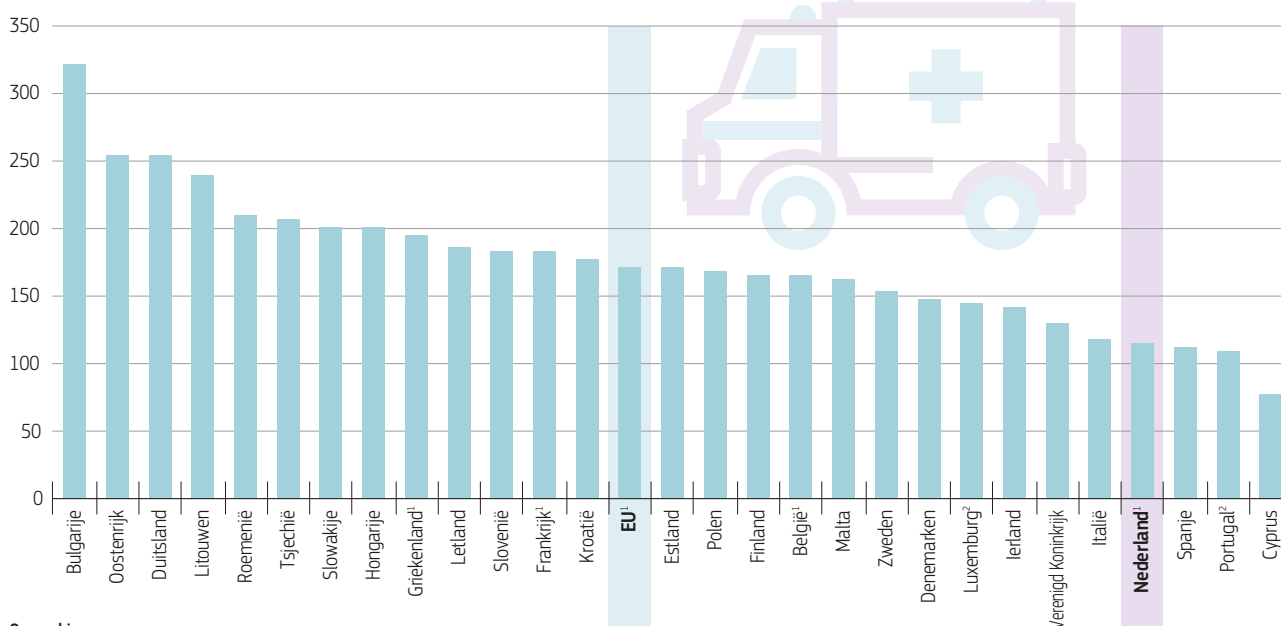
Gezondheidsbevordering, screening en vaccinatie, en jeugdgezondheidszorg, vallen primair onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Er zijn bevolkingsonderzoeksprogramma's voor baarmoederhalskanker, borstkanker en (sinds 2013) darmkanker. Om toegang te krijgen tot ziekenhuiszorg en specialistische zorg is een verwijzing van een huisarts nodig en patiënten hebben een vrije ziekenhuiskeuze. De eerstelijnszorg lijkt sterk ten opzichte van andere

Geestelijke gezondheidszorg: van zorg in instellingen naar ambulante zorg

In de geestelijke gezondheidszorg vindt een proces van deïstitutionalisering plaats onder andere naar aanleiding van cijfers waaruit blijkt dat het aantal ziekenhuisbedden voor psychiatrisch patiënten in Nederland ongeveer twee keer zo hoog is als het EU-gemiddelde (%). Huisartsen hebben een eerstelijnsverantwoordelijkheid voor geestelijke gezondheidszorg en zo'n 80 % van de huisartspraktijken hebben een eigen GGZ-verpleegkundige.

Figuur 7. Een zeer laag aantal ontslagen uit ziekenhuizen wijst op sterke eerstelijnszorg

Ontslagen uit ziekenhuizen per 1 000 inwoners



Opmerking:

- 1. Geschat door de OESO om het gewogen gemiddelde voor de EU28 te berekenen.
- 2. Geschatte waarden.

Bron: Eurostat-databank (gegevens over 2015).

5 Prestaties van het zorgstelsel

5.1 DOELTREFFENDHEID

Lage vermijdbare sterfte wijst op positieve effecten van het zorgstelsel op gezondheid

Het Nederlandse zorgstelsel levert een grote bijdrage aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking, zo blijkt uit de vermijdbare sterfte⁵ onder mannen en vrouwen, die tot de laagste in Europa behoort (met name voor mannen) (figuur 8). Uit de langetermijntrends blijkt dat in Nederland de vermijdbare sterfte voor het 75e jaar tussen 2000 en 2013 gestaag is gedaald en met ongeveer 30 % is afgenomen. Dit wijst op geleidelijke verbeteringen in de toegang tot zorg en de algemene zorgkwaliteit.

Voor mensen bij wie de soorten kanker werden gediagnosticeerd waarvoor er bevolkingsonderzoeken zijn (borst-, baarmoederhals- en darmkanker) is het relatieve overlevingscijfer na vijf jaar tussen 2000 en 2011 gelijk gebleven of licht toegenomen. In een internationale vergelijking behoren de Nederlandse overlevingscijfers voor deze vormen van kanker tot de middenmoot van de landen waarvoor cijfers beschikbaar zijn.

Sterfte met vermijdbare oorzaken geeft gemengd beeld van de doeltreffendheid van de preventie

Als het gaat om de sterfte die door preventie vermijdbaar is, zoals longkanker, overlijden als gevolg van alcoholgebruik en verkeersongevallen, is het beeld minder eenduidig. Hoewel de sterftecijfers zijn gedaald, sterven er nog altijd veel mensen als gevolg van vermijdbare oorzaken (punt 2). Tegelijkertijd is de sterfte die aan alcoholmisbruik kan worden toegeschreven de afgelopen tien jaar stabiel gebleven op een niveau dat, ten minste voor mannen, ruim onder het EU-gemiddelde ligt. Voor vrouwen is er daarentegen de laatste jaren een lichte toename, hoewel de niveaus nog steeds lager zijn dan die voor mannen en dicht bij het EU-gemiddelde liggen.

Effecten van nieuw preventief beleid zullen mogelijk op termijn blijken

Zoals in punt 3 werd opgemerkt, zijn er verschillende beleidsmaatregelen voor gedragsgerelateerde en sociale gezondheidsdeterminanten. Zo zijn er maatregelen om het gebruik van tabak en alcohol terug te dringen, waaronder een rookverbod in kantoren (2004) en cafés en restaurants (2008) en maatregelen om het alcoholgebruik door jongeren te beperken (2013). Momenteel wordt met name prioriteit gegeven aan de bestrijding van het tabaks- en

alcoholgebruik onder kinderen, omdat een veel sterkere toename van deze risicofactoren werd waargenomen dan bij hun leeftijdsgenoten in andere EU-landen.

In de landelijke beleidsnota Gezondheid dichtbij werden overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik in 2011 aangemerkt als de belangrijkste speerpunten en werden maatregelen aangegeven waarmee deze problemen kunnen worden aangepakt door de bevordering van lichaamsbeweging en sport. Het kan enige tijd duren voordat vooruitgang wordt geboekt, maar Nederland pakt op veel belangrijke gebieden de onderliggende problemen aan.

Gering aantal vermijdbare ziekenhuisopnames wijst op doeltreffende eerstelijnszorg

Nederland kent een laag aantal vermijdbare ziekenhuisopnames, wat er – net als de relatief lage vermijdbare sterfte – op wijst dat de eerstelijnszorg en de poliklinische tweedelijnszorg de ontwikkeling van ernstige symptomen helpen vermijden. Het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma, congestief hartfalen, COPD en acute complicaties van diabetes ligt lager dan in de meeste andere EU-landen (Figuur 9). Inspanningen om (de coördinatie van) de verloskundige zorg en kraamzorg te verbeteren hebben sinds 2000 geleid tot een afname van de perinatale en neonatale sterfte. Ook is de sterfte binnen 30 dagen na ziekenhuisopname voor acute hartinfarcten en beroerten over het algemeen gunstiger dan in andere landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn.

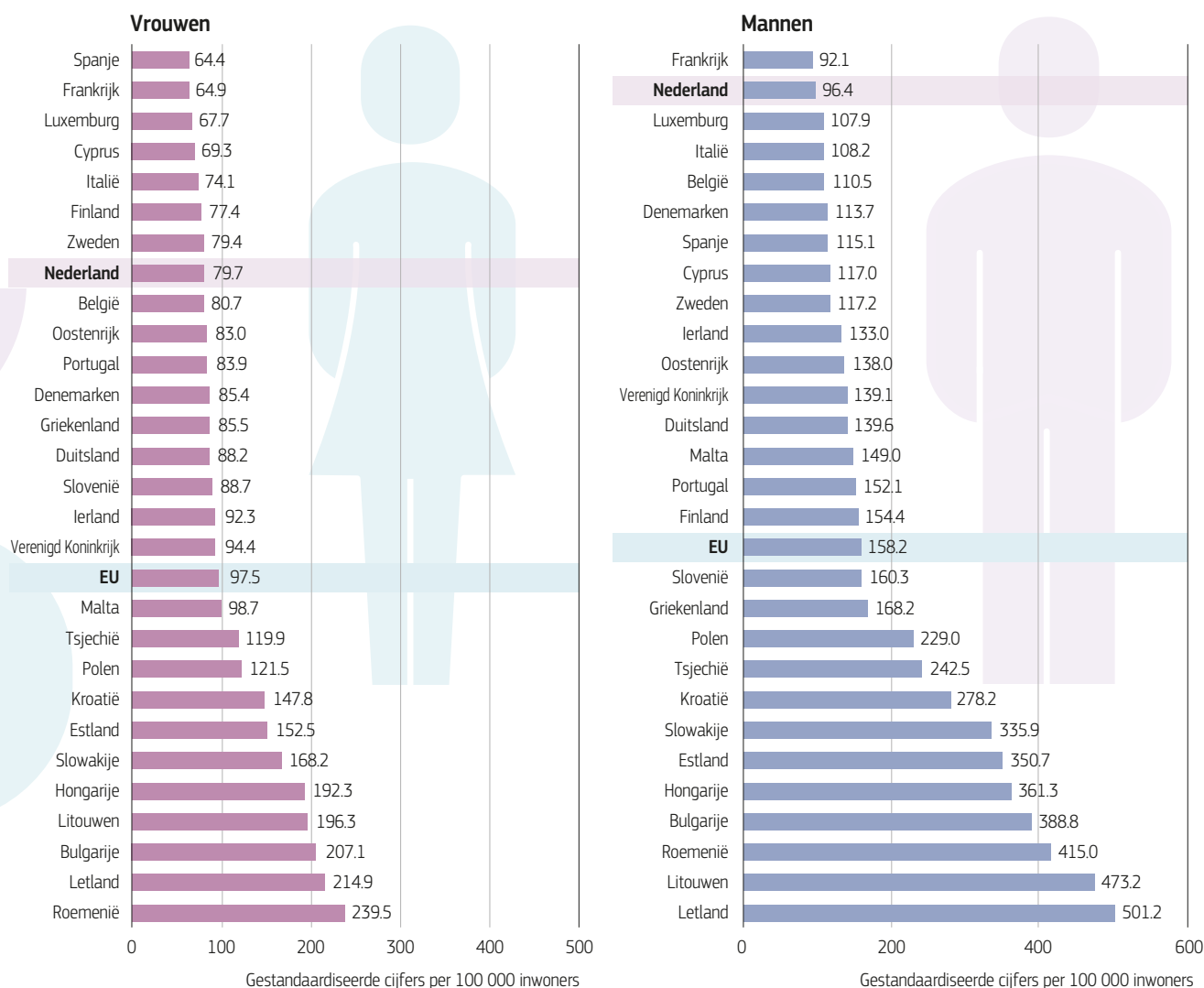
Door beleidsinitiatieven is het Nederlandse zorgstelsel veiliger en beter geworden

De laatste jaren is er in het beleid meer aandacht besteed aan veiligheid. Uit een studie (Langelaan e.a., 2013) is gebleken dat als gevolg van de implementatie van een landelijk veiligheidsprogramma in alle Nederlandse ziekenhuizen de potentieel vermijdbare schade met 45 % en de potentieel vermijdbare ziekenhuissterfte met 53 % was gedaald ten opzichte van 2008.

Momenteel maken consumenten geen keuzes op basis van inzicht in de kwaliteit van hun zorg of verzekeringspolissen. Daarom heeft de ontwikkeling van betrouwbare kwaliteitsindicatoren die voor burgers gemakkelijk te vinden en te begrijpen zijn en tegelijkertijd van praktische waarde zijn voor gezondheidsactoren, hoge prioriteit in het kwaliteitsverbeteringsbeleid. Er zijn talrijke voorbeelden van projecten om de transparantie te vergroten. Zo bevordert het Kwaliteitsinstituut voor de zorg (2014) de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden, een goed gebruik van zorg en de toegang tot betrouwbare patiëntinformatie.

5. Onder "vermijdbare sterfte" wordt verstaan voortijdig overlijden dat met tijdige en doeltreffende gezondheidszorg had kunnen worden voorkomen.

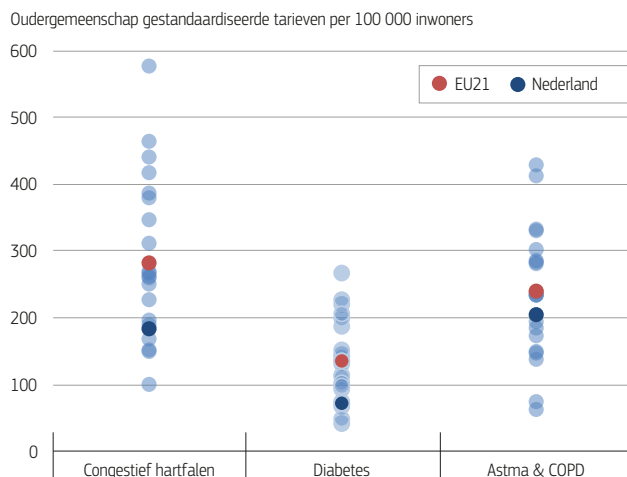
Figuur 8. Vermijdbaresterftecijfers van Nederland behoren tot de beste in Europa



Bron: Eurostat-databank (gegevens over 2014).

Van verzekeraars wordt verwacht dat zij, als inkoopers van zorg, zorgcontracten sluiten op basis van kwaliteit, hoewel dit proces nog in de kinderschoenen staat (punt 4), deels doordat geen kwaliteitsindicatoren zijn overeengekomen. Ten slotte vervult Nederland een pioniersrol als het gaat om de evaluatie van de prestaties van de gezondheidszorg als geheel, doordat regelmatig nationale rapporten worden opgesteld (Van den Berg e.a., 2014) die hebben bijgedragen tot het vinden van verbeterpunten en -mogelijkheden.

Figure 9. Vermijdbare ziekenhuisopnames voor aandoeningen behandelbaar in de eerstelijnszorg zijn lager dan het EU-gemiddelde



Opmerking: Percentages zijn niet gecorrigeerd voor zorgbehoefte of risicofactoren

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken (gegevens over 2015 of het laatst beschikbare jaar)

5.2 TOEGANKELIJKHEID

Aantal onverzekerden is teruggedrongen, maar wanbetalers blijven een probleem

Maar weinig inwoners van Nederland maken melding van onvervulde zorgbehoeften, waarbij de verschillen tussen de inkomenskwintielen kleiner zijn dan in andere EU-landen (zie figuur 10). In 2014 was circa 99,8 % van de bevolking verzekerd voor zorgkosten.

Op drie uitzonderingen na (zie kader 2) zijn alle inwoners van Nederland verplicht een ziektekostenverzekering af te sluiten. Toch is niet iedere burger verzekerd. In 2016 waren er ongeveer 22 500 onverzekerden en 277 000 wanbetalers, dat wil zeggen mensen met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden (CBS, 2017). Het aantal onverzekerden is gedaald sinds de regering in 2011 de onverzekerden actief ging opsporen en verplicht inschrijven, nadat deze groep jarenlang geleidelijk was gegroeid. In 2014 was er een recordaantal van 329 000 wanbetalers. De regering probeert deze mensen tegen het verlies van hun zorgkostendekking te beschermen door hun premies gedwongen te innen na aanmelding bij het CAK.

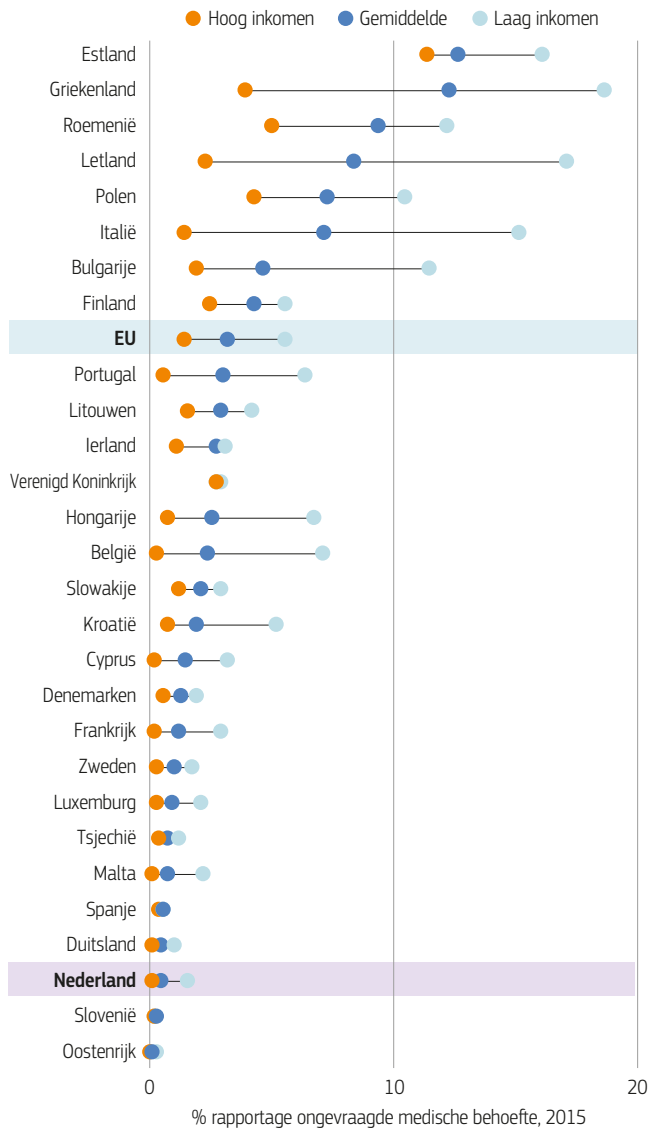
KADER 2: DRIE GROEPEN ZIJN VRIJGESTELD VAN DE VERZEKERINGSPLICHT EN VALLEN ONDER SPECIALE REGELINGEN

Ten eerste moeten personen die zich vanwege hun geloof of levensovertuiging weigeren te verzekeren ("gemoedsbezwaarden") een inkomstenbelasting betalen die op een persoonlijke spaarrekening wordt gestort. Die rekening wordt aangesproken wanneer zij zorgkosten maken. Het betreft ongeveer 12 500 mensen (0,07 % van de bevolking). Hun kinderen worden niet automatisch als gemoedsbezwaarden geregistreerd, maar moeten afzonderlijk worden geregistreerd of worden geacht onverzekerd te zijn.

Ten tweede moeten irreguliere migranten hun ziektekosten uit eigen zak betalen. Als zij dit niet kunnen, kan gebruik worden gemaakt van een speciale regeling om de zorgverleners te vergoeden. Dit kan voor migranten zonder papieren natuurlijk een onoverkomelijke administratieve en financiële belemmering vormen, waardoor zij het *de facto* zonder de nodige zorg moeten stellen.

Ten derde vallen geregistreerde vluchtelingen onder een speciale zorgregeling, waarvoor zij geen premies en eigen risico of eigen bijdragen hoeven te betalen. Deze regeling dekt vrijwel dezelfde zorg als het gewone systeem, al is er geen vrije zorgverlenerskeuze.

Figuur 10. Inwoners van Nederland melden het op twee na laagste niveau van onvervulde zorgbehoeften in de EU



Opmerking: De gegevens betreffen de onvervulde behoeften voor medisch onderzoek vanwege kosten, reisafstand of wachttijden. Bij de vergelijking van de gegevens tussen landen moet voorzichtigheid worden betracht, aangezien de gebruikte onderzoeksinstrumenten enigszins verschillen.

Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens over 2015).

Uitgebreide basisdekking, maar velen nemen aanvullende verzekering voor tandarts- en fysiotherapiekosten

De meest gangbare medische zorg valt onder een uitgebreide basisdekking (zie kader 3). Hiervan uitgesloten zijn met name tandheelkundige zorg (voor volwassenen) en paramedische zorg (zoals fysiotherapie). Daarom nemen veel mensen hiervoor een vrijwillige aanvullende verzekering. Volgens de Wet langdurige zorg hebben alle mensen die 24 uur per dag toezicht nodig hebben recht op institutionele zorg (die ook thuis kan worden verleend).

Eigen bijdragen stijgen, maar leiden niet tot hogere onvervulde zorgbehoeften

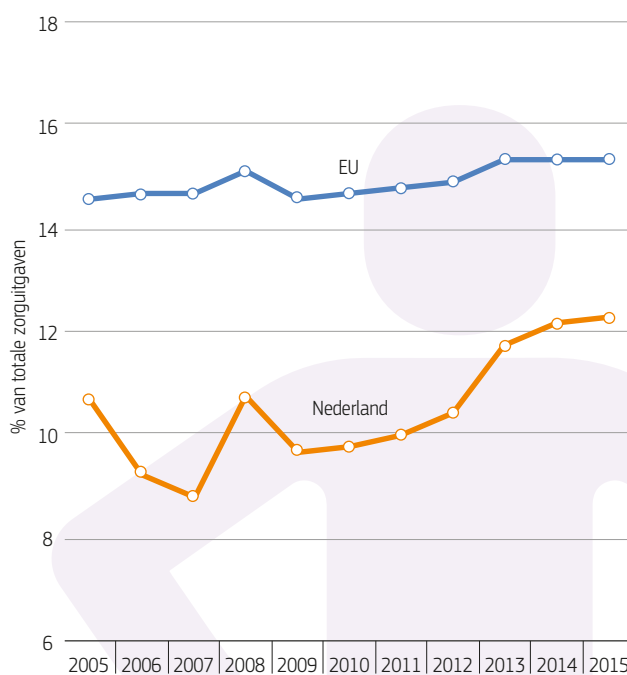
Het verplichte eigen risico is aanzienlijk gestegen, van 150 euro in 2008 tot 385 euro in 2016 en 2017, maar geldt niet voor huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg, wijkverpleging en zorg voor kinderen onder de 18 jaar. Voor de vergoeding van geneesmiddelen wordt uitgegaan van referentieprijzen en verzekeraars mogen een lijst van voorkeursgeneesmiddelen opstellen (preferentiebeleid), waarbij patiënten die een ander geneesmiddel gebruiken het prijsverschil of het totale bedrag zelf moeten betalen. Sommige verzekeraars brengen het eigen risico niet in rekening wanneer de patiënt gebruikmaakt van de voorkeurszorgverleners of voorkeursgeneesmiddelen. Voor langdurige zorg in een instelling wordt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage verlangd, die tussen 0 en 2 312 euro per maand bedraagt (2017).

Door de stijging van het eigen risico vormen de eigen bijdragen een groter aandeel van de totale zorguitgaven dan voorheen, hoewel dit aandeel met 12,3 % in 2015 nog altijd onder het EU-gemiddelde van 15,3 % ligt (figuur 11). Als de eigen bijdragen echter als percentage van het eindverbruik door gezinshuishoudingen worden beschouwd (en langdurige zorg buiten beschouwing wordt gelaten), dan ligt Nederland iets boven het EU-gemiddelde (zie figuur 12). De stijgende eigen bijdragen leiden echter niet tot hogere onvervulde zorgbehoeften om financiële redenen, aangezien dit cijfer op 0,4 % lag, tegen 2,4 % in de EU (2014). De vanwege de kosten onvervulde behoefte aan tandheelkundige zorg (1,5 %) ligt eveneens ruim onder het EU-gemiddelde (5,3 %).

Deze indrukwekkende cijfers kunnen mogelijk worden toegeschreven aan het feit dat het eigen risico niet geldt voor de meeste eerstelijnszorg

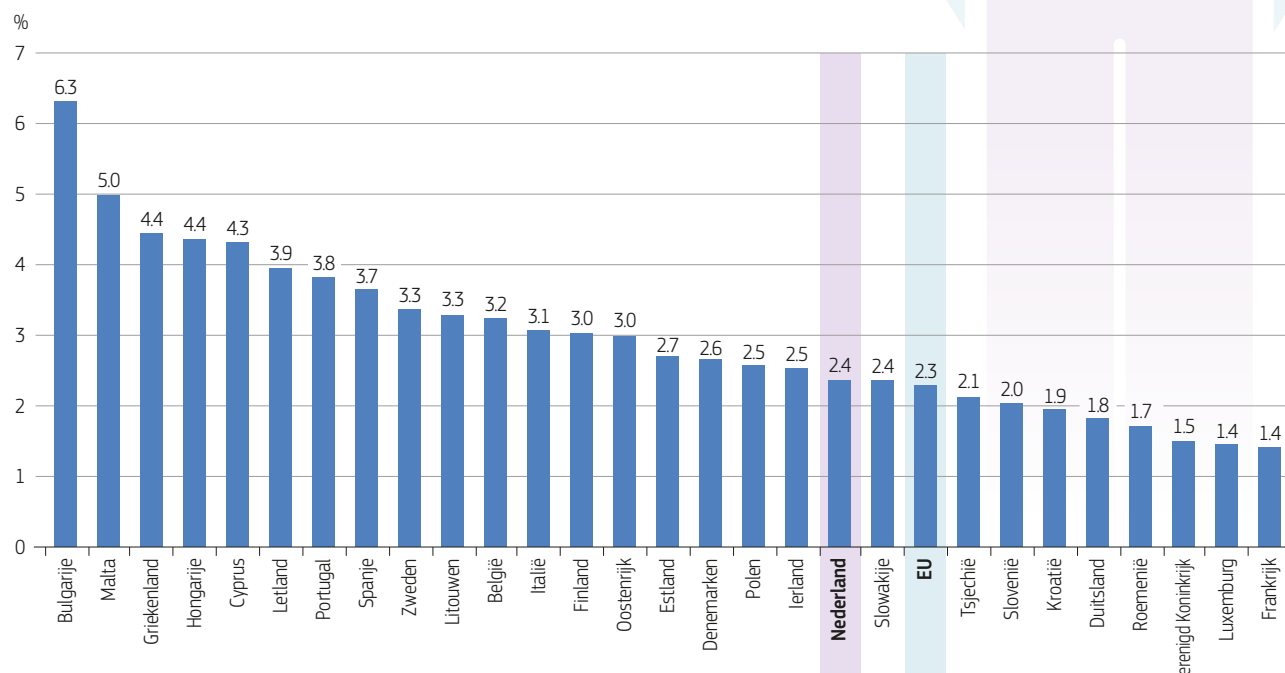
en voor kinderen onder de 18 jaar en dat 73 % van de Nederlandse bevolking een vrijwillige aanvullende verzekering voor tandartskosten heeft (NZA, 2016). Hoewel de financiële toegangsbelemmeringen internationaal gezien laag zijn, hebben de stijgende eigen bijdragen tot een verhit openbaar debat geleid, waarbij verschillende politieke partijen proberen het eigen risico af te schaffen of sterk te verlagen.

Figuur 11. Hoewel het eigen risico stijgt, liggen de eigen bijdragen nog onder het EU-gemiddelde



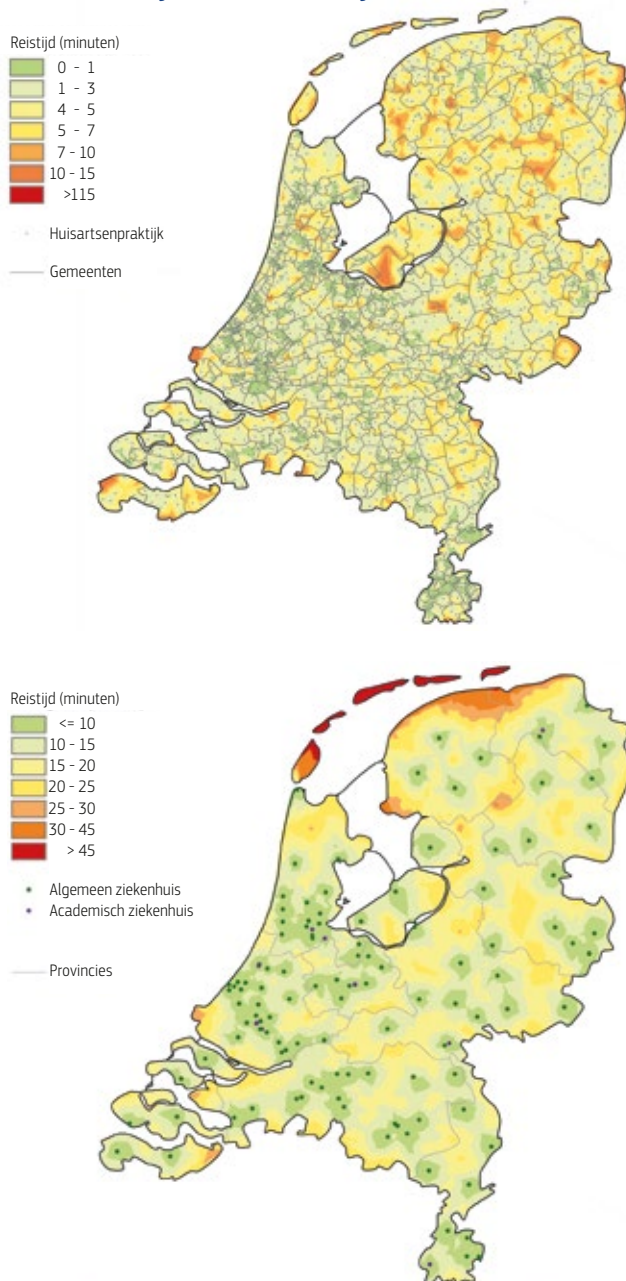
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken, 2016; Eurostat-databank.

Figuur 12. Eigen bijdragen als percentage van het eindverbruik door gezinshuishoudingen liggen in Nederland iets boven het EU-gemiddelde



Bron: OESO-gezondheidsstatistieken, Eurostat-databank, WHO-databank over wereldwijde gezondheidsuitgaven (gegevens over 2015).

Figuur 13. Veruit de meeste mensen kunnen binnen 7 minuten bij een huisartsenpraktijk en binnen 25 minuten bij een ziekenhuis zijn



Bron: www.volksgezondheidszorg.info

Een dicht netwerk van zorgverleners leidt tot goede geografische toegankelijkheid

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gekenmerkt door een goede geografische beschikbaarheid van diensten (zie figuur 13). Er zijn zo'n 122 huisartsenposten die zorg verlenen buiten de normale praktijktijden, waarvan de dichtstbijzijnde (gemiddeld) 6,2 kilometer van de burger verwijderd is. Daarnaast worden op 89 ziekenhuislocaties 24 uur per dag eerstehulpdiensten verleend en die locaties zijn door meer dan 99 % van de bevolking binnen 45 minuten te bereiken. Voor noodsituaties op de Waddeneilanden is er een helikopter beschikbaar. Er zijn nauwelijks mensen in Nederland die melding maken van onvervulde zorgbehoeften vanwege de afstand.

De wachttijden zijn kort, maar de recente toename is zorgwekkend

De wachttijden, die jarenlang hoog op de beleidsagenda stonden, zijn momenteel korter dan ooit. Voor bepaalde poliklinische behandelingen en diagnosesdiensten, en voor de geestelijke gezondheidszorg, lijken zij echter weer toe te nemen. Sinds 2009 bestaan er afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de maximaal aanvaardbare wachttijden (de "Treeknormen"), die vier weken bedragen voor consulten en diagnoses en zeven weken voor behandelingen. Ook moeten alle verleners van specialistische zorg hun wachttijden publiceren en vrijwel alle zorgverzekeraars bieden bemiddelingsdiensten voor wachttijden. Hierdoor zijn de wachttijden sterk gedaald en zij lijken nu lager dan in andere landen (Siciliani, Moran en Borowitz, 2014). Dit wordt bevestigd door het percentage van de mensen dat melding maakt van onvervulde zorgbehoeften als gevolg van wachtlijsten (0,1 %), dat onder het EU-gemiddelde van 1,1 % ligt (2014).

Beperkt gecontracteerd netwerk van verzekeringspolis kan toegankelijkheid schaden

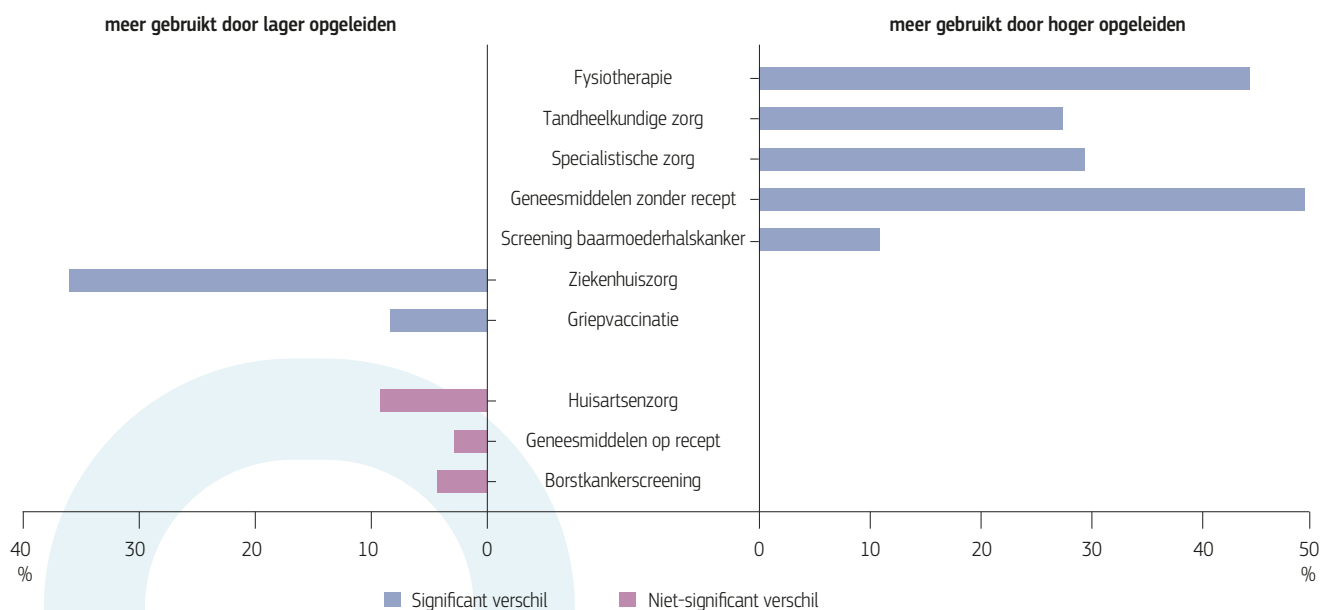
Afhankelijk van de gekozen polis kan de toegang tot zorgaanbieders beperkt zijn. Verzekeraars mogen zelf de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg (die verleend wordt door een aanbieder waarmee zij geen contract hebben gesloten) bepalen, die echter minimaal 75 % van de hoogte van de normale vergoeding moet bedragen. In 2014 heeft de regering geprobeerd een meer selectief contractbeleid aan te moedigen door toe te staan dat verzekeraars "budgetpolissen" aanbieden waarbij de keuze beperkt zou worden tot gecontracteerde zorgaanbieders. Het wetsvoorstel strandde in de Eerste Kamer na kritiek dat daarmee de solidariteit zou worden ondermijnd en verzekeraars te veel macht kregen om te beslissen welke zorg goed genoeg is. Toch zijn er grote verschillen in de wijze waarop groepen met een verschillend onderwijsniveau gebruikmaken van de zorg, waarbij er aanwijzingen zijn dat het daarbij een rol speelt of men over voldoende geld beschikt (zie figuur 14). De verschillen tussen de ziekte- en verzorgingspatronen van deze groepen zullen echter waarschijnlijk ook van invloed zijn.

5.3 AANPASSINGSVERMOGEN⁶

Het zorgstelsel is langdurig stabiel, maar hoge kosten nopen tot kostenbeheersingsmaatregelen

In de vorige punten is al gewezen op de goede zorgfinanciering, het dichte netwerk van zorgaanbieders, de korte wachttijden en het ontbreken van acute personeelstekorten. Sinds 2008 moeten kapitaalinvesteringen worden gefinancierd uit de vergoedingen voor dienstverlening, maar dit heeft niet geleid tot onnodige belemmeringen voor de ontwikkeling van infrastructuur. De bruto-investeringen in vaste activa in de zorgsector als aandeel van het bbp lagen in Nederland boven het EU-gemiddelde (2014).

⁶Met aanpassingsvermogen wordt bedoeld het vermogen van de zorgstelsels om zich doeltreffend aan te passen aan veranderende omstandigheden, plotselinge gebeurtenissen of crisissen.

Figuur 14. Verschillen in zorggebruik tussen hoog- en laagopgeleiden**Opmerkingen:**

Met specialistische zorg wordt de consultatie van medisch specialisten bedoeld; met ziekenhuiszorg wordt intramurale zorg bedoeld. Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand.

Bron: Van den Berg e.a., 2014. (gegevens over 2012).

De hoge zorguitgaven, die de houdbaarheid van het stelsel op lange termijn in gevaar kunnen brengen, kunnen een groot beroep doen op het aanpassingsvermogen van het zorgstelsel. Dit zal naar verwachting nog "verslechteren" door de voortgaande introductie van dure technologieën, de vergrijzing en de waarschijnlijke toename van het aantal chronisch zieken. Er wordt al lang gestreefd naar kostenbeheersing, een van de redenen voor de zorgstelselhervorming in 2006. De financiële crisis van 2009 en de overschrijding van de criteria van het stabiliteits- en groeipact in 2010 hebben dit streven nog versterkt. Sinds 2012 zijn allerlei bezuinigingsmaatregelen genomen, waaronder de hervorming van de langdurige zorg in 2015 (zie kader 3).

Beleidsinstrumenten zijn gericht op concurrentie, maar met overheidsregulering

In het algemeen beschouwt de regering concurrentie en selectieve zorginkoop door verzekeraars als de belangrijkste instrumenten om de zorg doelmatiger te maken⁷. Het Ministerie van Volksgezondheid kan echter ingrijpen indien dat nodig wordt geacht. Zo heeft het in 2013 opgetreden door met de belanghebbenden afspraken te maken over de maximale jaarlijkse groei van de uitgaven in verschillende deelsectoren van de zorg, die nagekomen moesten worden door kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen. Daarbij werd specifiek afgesproken minder vaak door te verwijzen naar ziekenhuizen, hoogcomplex klinische zorg te concentreren en de richtlijnen strenger na te leven.

Ook het risicovereveningssysteem blijft voortdurend aandacht vragen. Hoewel het internationaal gezien een van de meest geavanceerde

7. De allocatieve efficiëntie geeft de mate aan waarin beperkte middelen worden gebruikt om een juiste mix van gezondheidsdiensten in te kopen, terwijl de technische efficiëntie gericht is op de mate waarin een zorgstelsel een zo hoog mogelijk outputniveau creëert met een gegeven input.

systemen is, kan het nog altijd worden verbeterd. Voor bepaalde groepen patiënten, die eenvoudig identificeerbaar zijn, wordt te weinig of te veel compensatie verstrekt, waardoor het een voordelige strategie kan zijn om risicoselectie toe te passen. Dit kan een negatief effect hebben op de doelmatigheid van het systeem.

KADER 3: MAATREGELEN SINDS 2012 OM DE OVERHEIDSUITGAVEN IN TE DAMMEN

Sinds 2012 zijn de bezuinigingen vooral gericht op:

- kostenverschuiving van publieke naar particuliere middelen (bv. door het verplichte eigen risico te verhogen);
- kostenverschuiving tussen verschillende bronnen, in combinatie met aanzienlijke bezuinigingen (vooral bij de huidige hervorming van de langdurige zorg);
- vervanging van zorg door andere soorten zorg: thuiszorg i.p.v. institutionele zorg, eerstelijnszorg i.p.v. tweedelijnszorg (bij geestelijke gezondheidszorg en langdurige zorg);
- toegenomen aandacht voor efficiëntieverbetering (bv. aanbestedingen van generieke geneesmiddelen) en het tegengaan van fraude; en
- brede zorgakkoorden (met verzekeraars en zorgaanbieders) om kosten om te buigen.

Al deze inspanningen hebben de afgelopen jaren geleid tot een afname van de groei van de zorguitgaven, hoewel zij nog steeds tot de hoogste in Europa behoren.

De efficiëntie kan nog worden verbeterd

De doelmatigheid van het Nederlandse stelsel kan op verschillende manieren worden beoordeeld. Deze wijzen uit dat de efficiëntie nog beter kan. Een belangrijk inzicht krijgt men bijvoorbeeld door de vermijdbare sterfte af te zetten tegen de zorguitgaven (zie figuur 15), waarbij blijkt dat vele landen een soortgelijke of lagere vermijdbare sterfte bereiken met minder kosten per inwoner. De relatief slechte positie van Nederland wordt echter beïnvloed door de betrekkelijk grote sector voor langdurige zorg, waardoor de uitgaven per inwoner hoger uitvallen.

Een andere efficiëntie-indicator zijn de vermijdbare ziekenhuisopnames (punt 5.1). Hoewel de beschikbare indicatoren uitwijzen dat Nederland op dit punt steeds onder het EU-gemiddelde ligt, laten enkele landen zien dat het nog beter kan. De grote verschillen tussen ziekenhuizen in de gemiddelde verblijfsduur voor een en dezelfde diagnose wijzen er ook op dat efficiëntiewinst mogelijk is (Van de Vijzel, Heijink en Schipper, 2015). Voorts ligt in Nederland het percentage van de cataractoperaties en tonsillectomieën dat ambulant wordt uitgevoerd tot de hoogste in de EU (respectievelijk 99 % en 68 %).

Het relatieve gebruik van generieke geneesmiddelen ligt hoog (72 %, tegen 48 % voor de 19 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn) en het Nederlandse geneesmiddelenbeleid (met name de Wet geneesmiddelenprijzen en het preferentiebeleid) heeft al opmerkelijke efficiëntiewinst opgeleverd (CVZ, 2013).

Langdurige zorg drijft uitgaven op

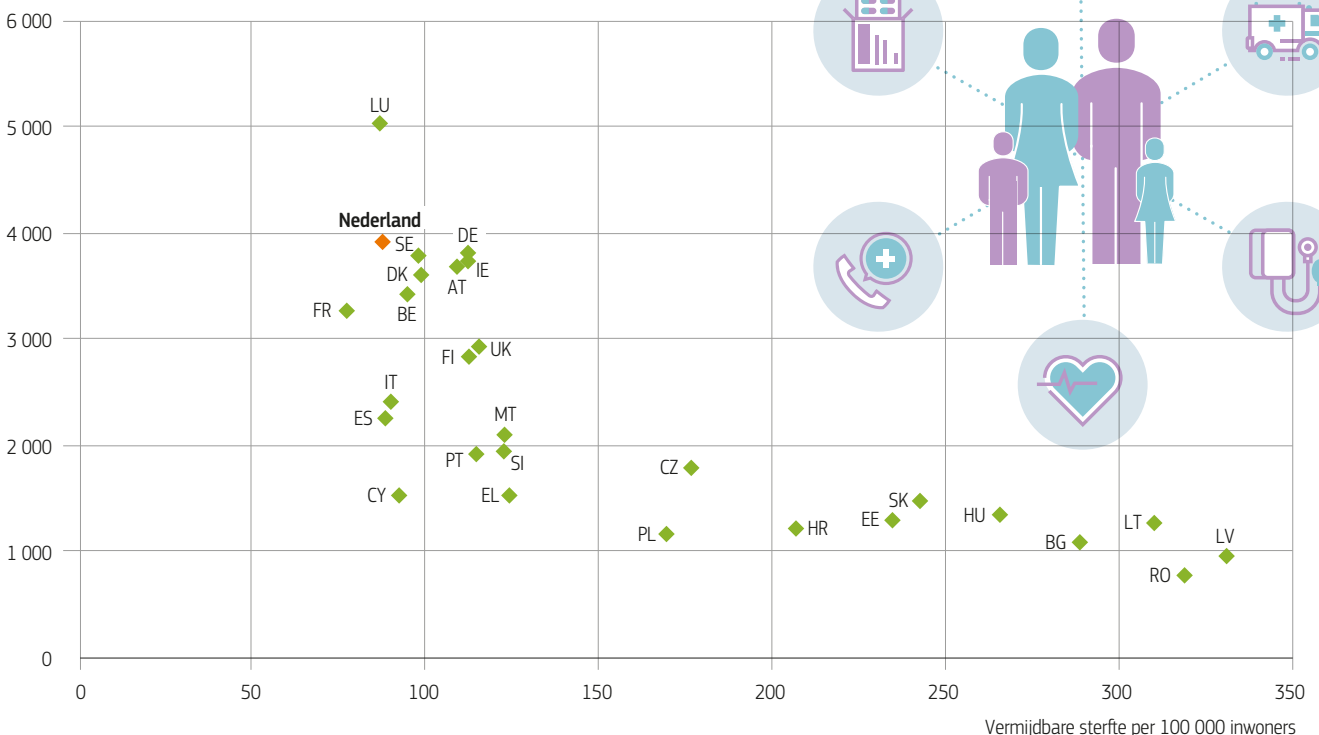
In vergelijking met andere landen is er geen enkele zorgsector waarvoor duidelijk minder wordt uitgegeven, maar de Nederlandse sector voor langdurige zorg is de grootste in de EU (zie figuur 16). Met de hervorming van de langdurige zorg in 2015 is geprobeerd de groei te beteugelen, maar er is een debat opgelaaid over de vraag of er genoeg middelen beschikbaar zullen zijn om aan de huidige behoeften en de hoge verwachtingen van de bevolking te voldoen. Er werden grote bezuinigingen doorgevoerd, hoewel sommige inmiddels zijn teruggedraaid, en de implementatie verliep snel. Bij de nieuwe toewijzing van de verantwoordelijkheden voor het beheer van de langdurige zorg, met name aan gemeenten en zorgverzekeraars, bestaat het risico dat de verschillende partijen de zorg naar elkaar gaan doorschuiven, wat schadelijk is voor de doelmatigheid.

Bestuursstructuur lijkt doeltreffend

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gekenmerkt door een omvangrijke beleids capaciteit en verschillende toezicht- en adviesorganen. Deze capaciteit is gunstig voor het aanpassingsvermogen, zo bleek in de afgelopen tien jaar bij de complexe hervormingen van 2006 en 2015, waarbij verschillende problemen op korte en middellange termijn ontstonden (en nog steeds ontstaan). Hoewel alle betrokkenen hierbij op de proef werden gesteld, werden verschillende aanpassingen aangebracht en maatregelen genomen, waardoor de situatie uiteindelijk goed werd opgelost en er geen moment langdurige chaos was. Een sterke bestuursstructuur leidt echter niet automatisch tot goede

Figuur 15. Nederland presteert goed op het gebied van vermijdbare sterfte, maar de prijs is hoog

Zorguitgaven per hoofd van de bevolking, EUR PPP



Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken; Eurostat-databank; WHO-databank over wereldwijde gezondheidsuitgaven (gegevens over 2014).

beleidsbeslissingen en op vele niveaus zijn de meningen nog verdeeld over de vraag of de grote hervormingen – en de daaropvolgende aanpassingen en maatregelen – uiteindelijk het gewenste resultaat zullen opleveren.

Nederland loopt achter bij de ontwikkelingen op het gebied van eHealth en het gegevensbeheer, die nodig zijn om te komen tot een betere integratie en invoering van arbeidsbesparende technologieën. Nadat pogingen om een nationaal elektronisch patiëntendossier in te voeren mislukten (met name vanwege privacyaspecten), worden de gegevens nu hoofdzakelijk op vrijwillige basis gedeeld, maar uitsluitend op regionaal niveau. In een onlangs (in 2017) gesloten akkoord tussen zorgaanbieders, patiënten, verzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid werd de uitwisseling van informatie aangemerkt als cruciaal voor een verdere toepassing van eHealth innovaties en er zijn enkele akkoorden gesloten om op dit punt vooruitgang te boeken.

Nog altijd meningsverschillen over de wenselijkheid van marktwerking in de zorg

Sinds 2006 stelt de regering niet meer zelf de volumes en prijzen vast, maar beperkt haar rol zich tot het vaststellen van regels en het houden van toezicht op de goede werking van de markt. Wel bleef de regering verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, drie traditionele doelen van het stelsel. Hoewel hierover brede consensus bestaat, wordt verschillend gedacht over de wijze waarop deze doelen het beste bereikt kunnen worden. Momenteel wordt uitgegaan van marktwerking, maar verschillende

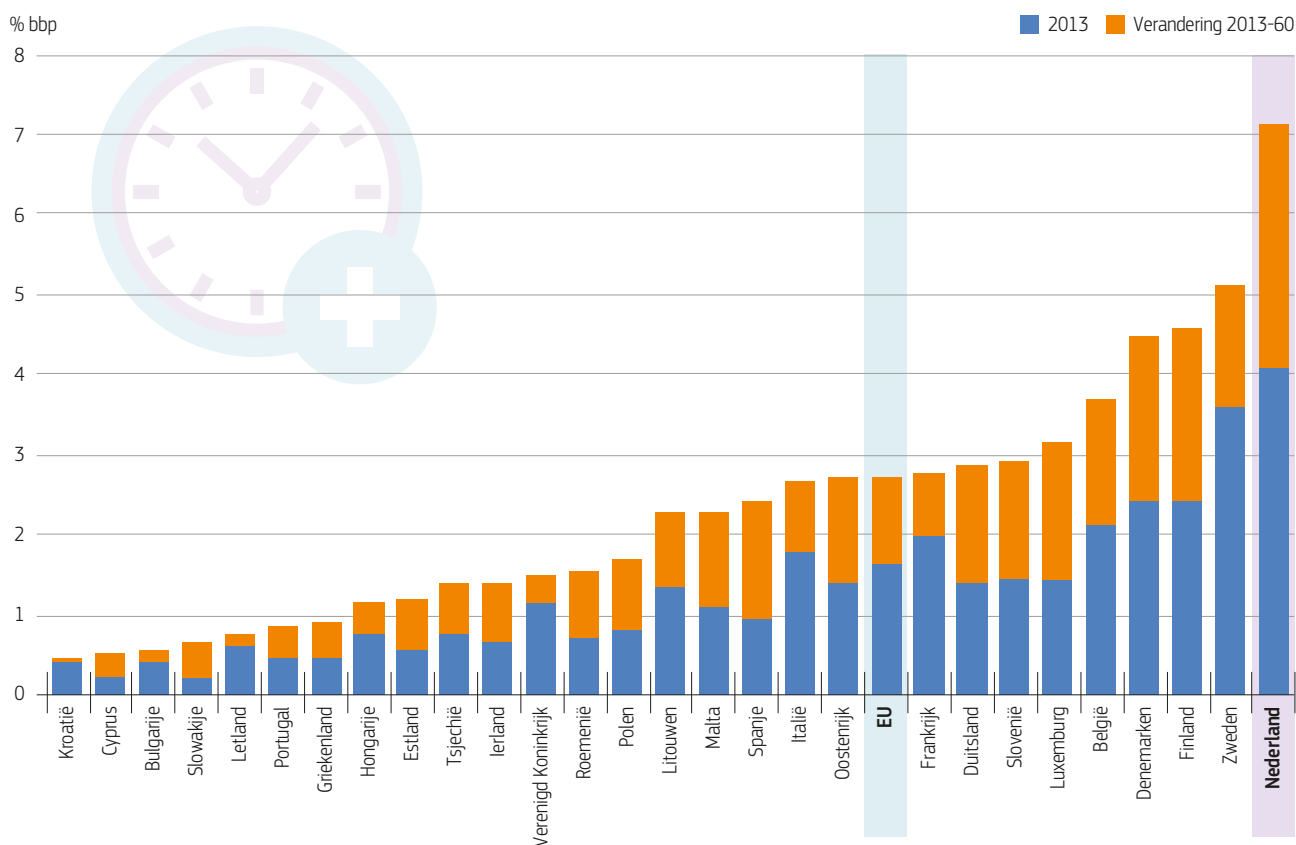
politieke partijen streven naar een kleinere rol voor marktmechanismen en het is mogelijk dat het beleid zal worden gewijzigd.

Er lijkt ook een toenemend spanningsveld te ontstaan tussen concurrentie als basis van het zorgstelsel en hervormingen waarvoor verschillende spelers moeten samenwerken en de krachten moeten bundelen. Ontegengesteld moet er sprake zijn van onderling vertrouwen en harmonieuze samenwerking om te kunnen beantwoorden aan de verwachtingen op het gebied van ziekenhuisspecialisatie, vervanging van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg en geïntegreerde zorg, wat niet gemakkelijk samengaat met marktmechanismen. Het zou lastig kunnen worden om in een stelsel dat op marktwerking berust, de voorwaarden te creëren voor betere coördinatie en integratie.

Grotere medezeggenschap van patiënten, meer transparantie

Bij de hervorming van het zorgstelsel in 2006 werden patiënten een belangrijke marktspeeler. Van patiënten wordt verwacht dat zij afgewogen beslissingen nemen en daardoor de kwaliteit van de zorg beïnvloeden. Daarom kregen patiëntenparticipatie en de keuzemogelijkheden van patiënten een belangrijke plaats in het beleid. Sinds 1996 zijn publiek gefinancierde zorginstellingen verplicht een representatieve cliëntenraad in te stellen. Ook moeten zorgverzekeraars patiënten betrekken bij hun inkoopbesluiten. Meer recentelijk heeft het Ministerie van Volksgezondheid (samen met verzekeraars) geprobeerd de keuze van verzekeringspolissen te vereenvoudigen en de beschikbaarheid van goede informatie te verbeteren.

Figuur 16. Nederlandse sector voor langdurige zorg is de grootste in de EU en zal naar verwachting nog verder groeien



Bron: Europese Commissie en Comité voor economische politiek, 2015.

6 Belangrijkste bevindingen

- Het Nederlandse zorgstelsel heeft bijgedragen tot een betere gezondheidstoestand van de bevolking, met een vermijdbare sterfte onder het EU-gemiddelde en verschillende andere gunstige indicatoren. Het geringe aantal vermijdbare ziekenhuisopnames en de goede overlevingscijfers wijzen op doeltreffende eerstelijns- en tweedelijnszorg. Als het gaat om de sterfte die door preventie vermijdbaar is, is het beeld minder eenduidig, met name door de langetermijengevolgen van tabaksgebruik in eerdere generaties: ondanks alle maatregelen die inmiddels zijn genomen tegen roken, drankgebruik en overgewicht, blijft het aantal vrouwen dat aan longkanker sterft toenemen. Er blijven grote gezondheidsongelijkheden naar opleidings- en inkomensniveau. Positief is dat er nu overheidsbeleid is om dit aan te pakken, maar het kan enige tijd duren voordat de resultaten daarvan merkbaar zullen zijn.
- De toegankelijkheid van de zorg is goed, met korte wachttijden en weinig geografische of financiële belemmeringen. Toch zijn er zorgen over oplopende wachttijden en een tekort aan met name verpleegkundigen. De huisartsenzorg blijft uitgesloten van het eigen risico, maar er is een levendig openbaar debat over de stijgende eigen bijdragen, vooral door de stijging van het verplichte eigen risico. Toch zijn de eigen bijdragen nog relatief laag.
- De hoge zorguitgaven zijn al lang een punt van zorg in Nederland. Onder andere om de kosten te drukken is er meer marktwerking ingevoerd, maar dit heeft nog niet de gewenste resultaten opgeleverd. Daarom waren er brede zorgakkoorden nodig, die ertoe bijgedragen hebben dat de kostenstijging is afgevlakt. Toch blijft het stelsel duur, wat zorgen baart voor de toekomstige groei en houdbaarheid.
- De behoeften aan langdurige zorg worden een bedreiging voor de houdbaarheid van het stelsel geacht. Met de hervorming van 2015 is getracht de relatief grote en royale sector voor langdurige zorg aan te pakken door burgers meer verantwoordelijkheid te geven. Hiermee wordt een beroep gedaan op de bevolking en andere betrokkenen en wordt het aanpassingsvermogen van het stelsel op de proef gesteld. Het kan ook schadelijk zijn voor de doelmatigheid, omdat bij de nieuwe beheersregelingen het risico ontstaat dat gemeenten en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg op elkaar proberen af te schuiven. Er moet zorgvuldig toezicht worden gehouden op de toegankelijkheid en de kwaliteit en het mag worden verwacht dat correcties regelmatig nodig zullen zijn.
- Op het gebied van gegevensbeheer valt veel winst te behalen. De patiëntengegevens worden nu op vrijwillige basis gedeeld, maar uitsluitend op regionaal niveau. Een betere gegevensuitwisseling zou de verlening van geïntegreerde zorg en de toepassing van nieuwe eHealth technologieën vergemakkelijken. Dit is in het kader van een breed zorgakkoord op de agenda geplaatst, maar zal zorgvuldig moeten worden opgevolgd om daadwerkelijk vooruitgang te boeken.
- De regering beschouwt concurrentie en actieve zorginkoop door verzekeraars als de belangrijkste instrumenten om de zorg doelmatiger te maken. Hoewel de verzekeraars steeds meer over prijs en volume onderhandelen, wordt er nog weinig over kwaliteit onderhandeld. Dit wordt nu, ten minste gedeeltelijk, aangepakt door de oprichting van een nieuw kwaliteitsinstituut en de vaststelling van een nieuw beleidsdoel om binnen vijf jaar voor 50 % van de ziektelast inzicht in uitkomsten te geven door middel van indicatoren.
- Deze pogingen om meer inzicht in de kosten en de kwaliteit te geven zullen cruciaal zijn om de concurrentie op de beoogde wijze te doen functioneren en verzekeraars en consumenten in staat te stellen alle voordelen van hun respectieve rollen te behalen. Het is echter waarschijnlijk dat de verschillen van mening over de wenselijke rol van marktwerking in de zorg en de spanningen over de wijze waarop concurrentie moet worden verenigd met de noodzaak van meer geïntegreerde zorg en de concentratie van specialistische vaardigheden zullen voortduren.



Belangrijkste bronnen

M. Kroneman, e.a. (2016), "Netherlands: Health System Review", *Health Systems in Transition*, Vol. 18(2), pp 1-240.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Verwijzingen

CVZ (2013), *GIPeilingen (2012). Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik*, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (2012), College voor Zorgverzekeringen, Diemen.

CBS (2017), "StatLine [onlinedatabank]", Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, beschikbaar op <http://statline.cbs.nl/Statweb/?LA=nl>.

Europese Commissie (DG ECFIN) en Comité voor economische politiek (AWG) (2015), "The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)", *European Economy* 3, Brussel, mei.

M.J. van den Berg e.a. (2014), *Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*, rapportnummer 2014-0038, RIVM, Bilthoven.

IHME (2016), "Global Health Data Exchange", Institute for Health Metrics and Evaluation, beschikbaar op <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

L. van der Velden, en R. Batenburg (2016), *FZO-onderzoek 2016: Ramingsrapport*, NIVEL, Utrecht, 31 augustus.

M. Langelaan e.a. (2013), *Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*, NIVEL/EMGO+ Instituut, Utrecht/Amsterdam.

A.R. van de Vijssel, R. Heijink en M. Schipper (2015), "Has variation in length of stay in acute hospitals decreased? Analysing trends in the variation in LOS between and within Dutch hospitals", *BMC Health Services Research*, Vol. 15:438.

NZA (2016), *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015*, Nederlandse Zorgautoriteit, update mei 2016, https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt_2015_update_mei_2016.pdf

L. Siciliani, V. Moran en M. Borowitz (2014), "Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries", *Health Policy*, Vol. 118, blz. 292-303.

Lijst van landenafkortingen

België	BE	Finland	FI	Kroatië	HR	Oostenrijk	AT	Spanje	ES
Bulgarije	BG	Frankrijk	FR	Letland	LV	Polen	PL	Tsjechië	CZ
Cyprus	CY	Griekenland	EL	Litouwen	LT	Portugal	PT	Verenigd Koninkrijk	UK
Denemarken	DK	Hongarije	HU	Luxemburg	LU	Roemenië	RO	Zweden	SE
Duitsland	DE	Ierland	IE	Malta	MT	Slovenië	SI		
Estland	EE	Italië	IT	Nederland	NL	Slowakije	SK		

State of Health in the EU

Landenprofiel Gezondheid 2017

De landenprofielen zijn een belangrijke stap in de tweejaarlijkse cyclus van de Europese Commissie *De gezondheidstoestand in de EU* en zijn het resultaat van samenwerking tussen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en het European Observatory on Health Systems and Policies. De reeks is gecoördineerd door de Commissie en tot stand gekomen met financiële ondersteuning van de Europese Unie.

De beknopte beleidsgerelateerde landenprofielen zijn gebaseerd op een transparante en consistente methode waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens worden gebruikt, die op flexibele wijze aan de context van elke EU-lidstaat is aangepast. Zij dienen als middel om van elkaar te leren en vrijwillig informatie uit te wisselen en zo de lidstaten te ondersteunen bij hun op feiten gebaseerde beleidsvorming.

Elk landenprofiel bevat een korte samenvatting van:

- de gezondheidstoestand in het land;
- de gezondheidsdeterminanten, met bijzondere aandacht voor gedragsgerelateerde risicofactoren;
- de organisatie van het zorgstelsel;
- de doeltreffendheid, de toegankelijkheid en het aanpassingsvermogen van het zorgstelsel.

Deze eerste reeks tweejaarlijkse landenprofielen is gepubliceerd in november 2017. De Commissie licht de belangrijkste bevindingen van deze landenprofielen toe in een begeleidend verslag.

Zie voor meer informatie: ec.europa.eu/health/state/summary

Gelieve deze publicatie te citeren als:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285330-nl>

ISBN 9789264285330 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.