



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

# De prestaties van de Nederlandse zorg

Zorgbalans 2010

*De prestaties van de Nederlandse zorg*



# Zorgbalans 2010

## *De prestaties van de Nederlandse zorg*

Redactie: GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals, R Heijink, JD de Jong, H Verkleij

Een publicatie van het  
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu**  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden  
© 2010 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven



Bohn Stafleu Van Loghum  
Het Spoor 2  
3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 260602005  
ISBN: 978 90 313 8353 5

# Voorwoord

De Nederlandse gezondheidszorg is volop in beweging. Er zijn in de afgelopen periode belangrijke wijzigingen in het stelsel doorgevoerd. In veel opzichten is er sprake van 'werk in uitvoering'. Daarnaast speelt de economische crisis die gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. De ambitie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op het terrein van volksgezondheid en zorg is en blijft onveranderd hoog, ondanks de crisis. We willen een zorgsysteem van hoge kwaliteit, een goede toegankelijkheid, dat doelmatig is en ook in de toekomst betaalbaar blijft.

Het is daarom belangrijk dat het RIVM op enige afstand van beleid en zorgveld periodiek de vinger aan de pols van het zorgsysteem houdt en vanuit een onafhankelijke positie onderzoekt hoe het er voor staat met de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg. Deze derde Zorgbalans die nu voor u ligt, beschrijft de situatie in 2008 en 2009 op basis van ruim 120 indicatoren. De Zorgbalans laat zien hoe Nederland het internationaal doet en of er sprake is van gunstige ontwikkelingen.

Ik ben blij met de uitkomsten van de derde Zorgbalans. Het gaat goed met de Nederlandse gezondheidszorg, constateert het RIVM. De toegankelijkheid is uitstekend; de kwaliteit op veel onderdelen bovengemiddeld en de zorgkosten wijken al jaren niet sterk af van de ons omringende landen. Dat is echter geen reden om achterover te leunen. Ondanks die mooie resultaten staan we voor een enorme uitdaging voor de nabije toekomst. De scherpe toename van het aantal ouderen brengt een veranderende en vaak complexere zorgvraag met zich mee. Ook het aantal chronisch zieken groeit explosief. De tekorten op de arbeidsmarkt nemen steeds verder toe, waardoor het steeds schaarser wordende personeel in de zorg zo goed mogelijk moet worden ingezet. Innovatie kan een belangrijke bijdrage leveren aan de verlichting van de werkdruk. Innovatieve nieuwe behandelmogelijkheden nemen verder toe, maar daar hangt wel een prijskaartje aan. En dat allemaal in een periode waarin ingrijpende bezuinigingen onvermijdelijk zijn.

Hoe kunnen we onze uitstekende positie in de komende jaren overeind houden? Doelmatiger werken is de beste manier om te besparen. "Saving lives and costs", zoals president Obama zei, oftewel betere zorg tegen lagere kosten. Kwaliteit belonen, veiliger werken in de zorg, over- en onderbehandeling tegengaan.

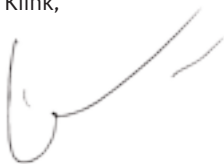
De Zorgbalans wijst ons op punten die niet of minder goed gaan. De verhouding tussen kosten en baten in de gezondheidszorg is in 2008 en 2009 niet overtuigend gunstig. Dat is begrijpelijk, want de ingezette stelselwijziging is nog niet voltooid. Dat kost tijd. Meer inspanningen zijn nodig om concurrentie op kwaliteit te realiseren in de Nederlandse zorg.

De Zorgbalans biedt een schat aan empirisch materiaal over het functioneren van preventie, curatieve zorg en langdurige zorg in Nederland. Daarmee is het niet alleen bruikbaar voor het ministerie van VWS en de Tweede Kamer, maar ook voor iedereen die meedenkt over de toekomst van de zorg.

Naast de Zorgbalans verscheen onlangs de vijfde editie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) *Van Gezond naar Beter*. Waar de Zorgbalans vooral een overzicht geeft van de prestaties van de zorg en de ontwikkelingen daarin, beschrijft de VTV de volksgezondheid in de volle breedte met een blik op de toekomst. Gezamenlijk geven Zorgbalans en VTV een goed beeld van de volksgezondheid en zorg in Nederland.

Bij de totstandkoming van de derde Zorgbalans zijn velen betrokken geweest. De Zorgbalans biedt een stevig empirisch fundament voor de beleidsagenda van het ministerie van VWS voor de komende spannende periode. Ik dank iedereen hartelijk die heeft bijgedragen aan het leggen van dit noodzakelijke fundament.

Ab Klink,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Ab Klink', written in a cursive style.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport







# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Op hoofdlijnen</b>	<b>9</b>
<b>1 Achtergrond en aanpak</b>	<b>15</b>
<b>2 Kwaliteit van zorg</b>	<b>21</b>
2.1 Wat verstaan we onder kwaliteit van zorg?	21
2.2 Effectiviteit van preventie	23
2.3 Effectiviteit van curatieve zorg	36
2.4 Effectiviteit van langdurige zorg	49
2.5 Patiëntveiligheid	59
2.6 Vraaggerichtheid	73
2.7 Coördinatie en afstemming	82
2.8 Palliatieve zorg	90
<b>3 Toegankelijkheid van zorg</b>	<b>97</b>
3.1 Wat verstaan we onder toegankelijkheid van zorg?	97
3.2 Financiële toegankelijkheid	98
3.3 Geografische toegankelijkheid	107
3.4 Tijdigheid van acute zorg	112
3.5 Tijdigheid van reguliere zorg	117
3.6 Toegankelijkheid naar behoefte	126
3.7 Personeelsaanbod	132
3.8 Keuzevrijheid	140
<b>4 Zorguitgaven en doelmatigheid</b>	<b>147</b>
4.1 Hoe beoordelen we de zorguitgaven?	147
4.2 Ontwikkeling van de zorguitgaven	149
4.3 Doelmatigheid	165
4.4 Financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars	194
<b>5 Effecten van de stelselwijziging</b>	<b>201</b>
5.1 Inleiding	201
5.2 Gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg	202
5.3 Effecten van gereguleerde concurrentie	206
5.4 Oorzaken van de beperkte zichtbaarheid van effecten	209

5.5	Mogelijke risico's van onvoldoende transparante kwaliteitsinformatie	212
5.6	Conclusie en discussie	214
	Bijlage 5.1 De mate waarin wordt voldaan aan de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie	218
<b>6</b>	<b>Op weg naar de volgende Zorgbalans</b>	<b>227</b>
6.1	Inleiding	227
6.2	Verbeteringen en lacunes in deze Zorgbalans	228
6.3	Bruikbaarheid van de Zorgbalans	235
6.4	Hoe gaat de Zorgbalans verder?	236
	<b>Referenties</b>	<b>238</b>
	<b>Bijlage 1 Leden projectgroepen, Leden wetenschappelijke adviesgroep</b>	<b>255</b>
	<b>Bijlage 2 Indicatoren</b>	<b>258</b>
	<b>Bijlage 3 Bronnen</b>	<b>263</b>
	<b>Bijlage 4 Afkortingen</b>	<b>267</b>

# Op hoofdlijnen

Vanuit het perspectief van de overheid is het van belang te weten hoe goed de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg functioneren en of iedereen in Nederland in gelijke mate van de ingezette middelen profiteert. Gezien de toenemende uitgaven aan de gezondheidszorg is de vraag naar de relatie tussen de ingezette middelen en de opbrengsten die er mee worden bereikt relevant: hoe doelmatig is de Nederlandse gezondheidszorg? Om de ontwikkelingen in de kwaliteit, de toegankelijkheid en de kosten van de gezondheidszorg te monitoren, heeft het ministerie van VWS het RIVM gevraagd de Zorgbalans tweejaarlijks uit te brengen. Deze derde Zorgbalans beschrijft op basis van een beperkte set van indicatoren de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2008 en 2009 en vergelijkt deze met eerdere jaren en internationaal.

Wat valt op in de bevindingen van de Zorgbalans 2010? Allereerst een aantal gunstige ontwikkelingen. De toegankelijkheid van de Nederlandse zorg blijkt op veel onderdelen uitstekend. Ook de kwaliteit van de zorg is op veel onderdelen goed en er zijn aantoonbare verbeteringen. De meeste zorggebruikers zijn onveranderd positief over de zorg. De kostengroei in de zorg wordt vooral veroorzaakt doordat meer zorg wordt verleend. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 meldt dat Nederlanders steeds langer leven en dat de twee extra levensjaren die er recent zijn bijgekomen in goede gezondheid worden doorgebracht (Van der Lucht en Polder, 2010). Preventie en zorg dragen in belangrijke mate bij aan deze gezondheidswinst.

Tegenover deze gunstige bevindingen staat dat de gezondheidszorg niet op alle punten aan alle hoge ambities en verwachtingen voldoet. Het kan beter. Toegankelijkheid laat op enkele punten nog te wensen over, zoals de wachttijden in sommige onderdelen van de zorg en de matige telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken. Er bestaan grote verschillen in prijs en kwaliteit tussen zorgverleners. De afstemming en coördinatie van de zorg tussen zorgverleners is niet optimaal. Hoewel er voorbeelden zijn dat kwaliteitsverbetering gepaard kan gaan met kostenverlaging, is dat voor het totale pakket van geleverde zorg niet duidelijk aantoonbaar. De totale kosten voor de zorg stijgen snel; de kwaliteit verbetert langzaam. Een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van het zorgstelsel is de beschikbaarheid en vervolgens het gebruik van goede kwaliteitsinformatie. Ondanks de toename van informatie is het nog onvoldoende mogelijk zorgaanbieders te vergelijken op kwaliteit en de uitkomsten van zorg.

# De Nederlandse gezondheidszorg functioneert op veel onderdelen uitstekend ...

## Toegankelijkheid van de gezondheidszorg is een sterk punt

Nederland kent een breed basispakket, bijna iedereen is verzekerd tegen ziektekosten, de eigen bijdragen behoren tot het laagste niveau binnen de groep van OECD-landen. Nederland heeft in vergelijking met een zestal andere rijke landen het kleinste percentage burgers (1%) en chronisch zieken (3%) dat wel eens afziet van een bezoek aan een arts vanwege de kosten. De belangrijkste zorgvoorzieningen zijn dichtbij huis beschikbaar. Over het algemeen worden er geen problemen ervaren met de toegankelijkheid (85%). 90% van respondenten die gevraagd worden naar hun ervaringen, geeft aan dat ze (bijna) altijd de hulp kregen die ze nodig hebben. Deze cijfers zijn de laatste jaren tamelijk stabiel. Er is weinig verschil in zorggebruik tussen lage en hoge inkomensgroepen en tussen allochtone en autochtone bevolkingsgroepen. Het gebruik van tandartsenzorg vormt hierop een uitzondering.

## Kwaliteit van de zorg op veel onderdelen onderscheidend

Het totaalbeeld van de kwaliteit van zorg in 2008 is sterk vergelijkbaar met de situatie in 2004 en 2006. Nederland kan zich op veel indicatoren meten met vergelijkbare rijke, westerse landen. De deelname aan preventieve screenings is hoog. Nederland heeft een sterke eerste lijn en poliklinische zorg, waardoor vergeleken met andere landen het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen laag is. Huisartsen schrijven in bijna tweederde van de gevallen een medicijn voor volgens de professionele richtlijn. De zuigelingensterfte is verder gedaald naar 3,8 per 1.000 levendgeborenen in 2008, waardoor de Nederlandse positie op deze indicator duidelijk is verbeterd. De vijfjaarsoverleving bij kanker is internationaal gezien hoog.

## Burgers onveranderd positief over de zorg

Negentig procent van de Nederlanders geeft de gezondheidszorg een ruime voldoende. Meer dan 90% van de ondervraagden vindt dat zij prettig worden bejegend in de zorg. Dit percentage is over de jaren weinig veranderd. Dit cijfer is gebaseerd op vragen over de mate waarin zorgverleners beleefd en respectvol zijn, patiënten serieus nemen, aandachtig luisteren, voldoende tijd nemen en dingen begrijpelijk uitleggen. Cliënten van instellingen voor verpleging en verzorging, cliënten die thuiszorg ontvangen en vertegenwoordigers van cliënten in de psychogeriatric ervaren de zorg doorgaans als professioneel en veilig.

## Veiligheid staat stevig op de agenda

De afgelopen jaren zijn er verschillende positieve trends waar te nemen met betrekking tot de veiligheid in de zorg. Het percentage patiënten met doorligwonden halveerde in de afgelopen zes tot tien jaar in verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen. Het aantal ondervoede patiënten daalde licht. Het aantal gestructureerde overleggroepen tussen apothekers en (huis)artsen over de veiligheid van de medicatieverstrekking neemt gestaag toe. De gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen daalde in Nederland in de periode 2003-2008. Het percentage chronisch zieke patiënten dat van mening is dat er bij hun behandeling een fout is gemaakt, ligt met 17% op het laagste niveau in een internationale vergelijking met zes andere rijke landen.

## Uitgavengroei in de zorg zit vooral in meer volume

De uitgavengroei was tussen 2007 en 2009 hoger dan in de voorgaande jaren. De meest recente tijdreeks (2000-2007) die internationaal beschikbaar is, laat zien dat de reële uitgavengroei in Nederland gemiddeld is ten opzichte van de andere OECD-landen. De uitgavengroei wordt vooral veroorzaakt door een groei van het zorgvolume: er is meer zorg geleverd. Sinds 2002 is in de ziekenhuiszorg een substantiële volumegroei zichtbaar van 4,2% tegen een gemiddelde prijsstijging van 1,6%. Jaarlijks stijgt het aantal klinische opnames met 3% en de dagopnames met 10%. Hier staat tegenover dat internationaal gezien het volume van ziekenhuiszorg in Nederland relatief laag is. Opvallend is dat in recente jaren de prijzen van geneesmiddelen drastisch zijn gedaald, maar dat het volume – het aantal afgeleverde recepten – in 2008 met bijna 15% toenam. Verder groeide het zorgvolume in de ouderenzorg met gemiddeld 5,5% per jaar voor de extramurale zorg en met gemiddeld 3,4% per jaar voor de verpleeg- en verzorgingshuizen. In de geestelijke gezondheidszorg groeide het aantal ambulante contacten met ongeveer 8% per jaar. In de gehandicaptenzorg groeide vooral de ambulante zorg; na 2004 bedroeg deze groei 9% per jaar.

## ... maar de ambities zijn hoog en het kan beter

### Hoge ambities en verwachtingen

“De Nederlandse regering is van mening dat het stelsel van gezondheidszorg aanzienlijk aan presterend vermogen kan winnen door het systeem van centrale overheidssturing waar mogelijk plaats te laten maken voor een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie.” (VWS, 2004a). Het Nederlandse overheidsbeleid getuigt van ambitie. Dit blijkt ondermeer uit de omvangrijke systeemwijzigingen van de afgelopen jaren, die als hoofddoel hebben een betere balans te realiseren tussen wat de zorg kost en wat de zorg opbrengt, zodat ook voor komende generaties de gezondheidszorg betaalbaar en toegankelijk blijft. Ook de verwachtingen van de burgers zijn hoog. Iedereen wil graag een zo goed mogelijke gezondheidszorg voor zichzelf en zijn of haar naasten tegen een redelijke prijs. Het is daarom ook van belang om naar de signalen te kijken die wijzen op onderdelen van de zorg, waarin het minder goed gaat en waar het beter kan.

## Wachttijden en bereik niet op alle onderdelen optimaal

In dit rapport wijst een aantal indicatoren op een minder goede toegankelijkheid. De wachttijd voor behandeling in de geestelijke gezondheidszorg is voor 25% tot 33% van de cliënten langer dan de wachttijdnorm. Een kwart van de poliklinieken van ziekenhuizen geeft aan dat de wachttijd de hiervoor afgesproken norm (Treeknorm) overschrijdt. Het aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg bedraagt 4.500 personen, en is de afgelopen jaren onveranderd. De telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken, vooral tijdens kantooruren, wordt door velen als een probleem ervaren; in het geval van spoedoproepen naar de huisartsenpraktijken wordt een derde van de oproepen niet binnen de 30-secondennorm beantwoord. Het bereik van een geïndiceerde preventieve interventie voor depressie is toegenomen, maar blijft laag (2%). Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker scoort internationaal gezien goed, maar blijft hangen op 66%. Er is een gestage toename van moeilijk vervulbare vacatures in de zorg, wat uiteindelijk kan resulteren in serieuze toegankelijkheidsproblemen voor patiënten en cliënten.

## Kwaliteit niet altijd optimaal

Een aantal indicatoren laat zien dat ook de kwaliteit van zorg voor verbetering vatbaar is. De sterfte binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acute aandoening (hartinfarct, hersenbloeding, herseninfarct) is in Nederland ongeveer twee maal zo hoog als in de Europese landen met de laagste sterfte. Patiënten die chirurgische ingrepen ondergaan aan staar, spataderen, rughernia, heup of knie, ervaren niet altijd verbetering na de operatie. Heupingrepen en staaroperaties scoren het best: 65% van de vermogens gaat er op vooruit.

Ondanks dat in de sector voor de langdurige zorg hard gewerkt wordt aan verantwoorde zorg, staan in de instellingen voor verpleging en verzorging de kwaliteit en de veiligheid van de geleverde zorg onder druk door een combinatie van factoren: moeilijk vervulbare vacatures, toename van de zorgzwaarte en een hoge werkdruk voor het verplegend personeel. De veelal sterk afhankelijke bewoners zijn weliswaar over het algemeen tevreden over de zorg, maar een kwart van de vertegenwoordigers van psychogeriatrisch patiënten zegt dat er nooit genoeg tijd is voor de cliënt, slechts 22% antwoordt 'altijd'. Onderzoek naar morele dilemma's laat zien dat veel van de zorgverleners het gevoel hebben niet de zorg te kunnen bieden die nodig is en dat zij voortdurend worstelen met onderbezetting en werkdruk.

Van de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten noemt slechts een derde de lichamelijke verzorging altijd goed. Bij mensen die vallen worden te weinig preventieve maatregelen genomen om herhaling te voorkomen.

Ook de coördinatie van zorg kan beter. Vier op de tien reumapatiënten moeten meerdere keren hetzelfde verhaal vertellen aan verschillende zorgverleners, bij diabetespatiënten is dat aandeel 10%. Op het punt van ervaren veiligheid scoort de zorg internationaal gezien gunstig, maar is er nog wel degelijk sprake van onveilige situaties die om verbetering vragen: één op de zes patiënten ervaart een kleinere of grotere medische fout in hun behandeling, en ten minste 7% van de bewoners van instellingen voor verpleging en verzorging krijgt in één maand te maken met een medicijnincident.

## Verschillen in prijs en kwaliteit groot

Het hoogste consulttarief van een huisartsenpost (184 euro) was in 2008 ruim vijf keer zo hoog als het laagste tarief (35 euro). Ook de gemiddelde prijs voor een behandeling in het ziekenhuis loopt sterk uiteen; de gemiddelde prijs van een liesbreukoperatie ligt tussen de 1000 en 2500 euro.

Het percentage medicatievoorschriften volgens de richtlijnen is bij sommige huisartsen 30% hoger dan bij andere (49% vs. 77%). Het percentage patiënten dat binnen 24 uur geopereerd wordt aan een heupfractuur, loopt tussen ziekenhuizen uiteen van 67,5% tot 100%. Het percentage ongeplande sectio's bij zwangere vrouwen in de laagrisicogroep varieert sterk tussen ziekenhuizen; van 7% tot 30%. Voor een aantal aandoeningen die worden behandeld binnen de geestelijke gezondheidszorg, loopt het percentage onvoltooide behandelingen dat door de cliënt zelf wordt afgebroken of beëindigd ('drop-outs') uiteen van minder dan 5% tot 28%. Het aantal valincidenten in instellingen voor verpleging en verzorging verschilt tussen instellingen: 15% van de instellingen wijkt sterk af van het gemiddelde.

## Balans tussen kosten en kwaliteit niet overtuigend gunstig

De opbrengsten van de gezondheidszorg, voor zover we die hebben kunnen meten en vergelijken met andere landen, tonen over het geheel genomen een gemiddeld beeld voor Nederland. Dit hebben we ook geconstateerd in de vorige twee uitgaven van de Zorgbalans. Op een aantal gebieden zien we duidelijk vooruitgang. De kwaliteit neemt op onderdelen toe, maar sinds 2006 is er tevens een duidelijke toename van de stijging in zorguitgaven; een gemiddelde groei van 6% à 7% tussen 2007 en 2009. In termen van doelmatigheid is dat niet gunstig.

Kijken we ter illustratie naar een directe vergelijking van kosten en baten – bijvoorbeeld tussen de zorguitgaven en de vermijdbare sterfte – dan is Nederland niet onderscheidend. We zien in de meeste landen dat de vermijdbare sterfte vrij snel daalde in de periode van 1995 tot 2008 (zie *figuur 4.3.4*) en dat de kosten in een vergelijkbaar tempo toenemen. De indicator vermijdbare sterfte geeft inzicht in de sterfte aan ziekten die effectief behandeld (hadden) kunnen worden in een adequaat functionerend zorgsysteem (bijvoorbeeld astma, influenza en appendicitis). Vermijdbare sterfte is dus een indicator voor de unieke bijdrage van de gezondheidszorg aan de volksgezondheid.

Een vraag die momenteel speelt, is of de doelmatigheid in het deel van de ziekenhuiszorg waarin sinds 2005 verzekeraars en zorgaanbieders vrij over de prijzen mogen onderhandelen (het B-segment) anders en beter is dan in het andere deel van de ziekenhuiszorg (het A-segment). Deze Zorgbalans constateert dat de prijsontwikkeling in het B-segment weliswaar gematigd is, maar dat door een groei van het volume de totale uitgaven toenemen. In termen van kostenbeheersing is dat geen goed signaal, ook al is het complex om met het beperkte gegevensmateriaal dat er is, deze cijfers eenduidig te interpreteren en definitieve conclusies te trekken (zie ook *box 5.6.1*).

## Kwaliteit van zorg onvoldoende transparant en nog geen sturende factor

De in recente jaren doorgevoerde systeemwijziging beoogt een stelsel van gereguleerde competitie tot stand te brengen. Achterliggend doel is dat de zorgvrager meer centraal staat en dat hierdoor voor

iedereen betaalbare en goede zorg wordt gerealiseerd. Dit is een proces van lange adem. Op dit moment concurreren zorgverzekeraars onderling vooral op de premie en de prijs en speelt de kwaliteit van de zorg bij inkoop nog een beperkte rol. Dit geldt voor de curatieve, maar ook voor de langdurige zorg. Gereguleerde concurrentie veronderstelt dat zorgverzekeraars én zorgvragers beschikken over goede en transparante informatie over zowel de kwaliteit als de prijs van zorgproducten. Vooral adequate en bruikbare informatie over de kwaliteit van de zorg – en dan vooral de uitkomsten ervan – is nog onvoldoende beschikbaar.

## Zorgen over de nationale informatievoorziening volksgezondheid en zorg

De beschikbare informatie over veel gebruikte indicatoren is niet goed uit te splitsen naar achtergrondkenmerken van burgers (zoals sociaal-economische status en etnische achtergrond), waardoor de vraag of alle burgers even goed af zijn, moeilijk is te beantwoorden. Veel van de informatie over zorgaanbieders is gebaseerd op zelfrapportage; de kwaliteit van deze informatie is niet onomstreden. Verder zijn er zorgen over de continuïteit van informatievoorziening op basis waarvan de overheid de vinger aan de pols van het gezondheidszorgsysteem kan houden. In volgende edities van de Zorgbalans zullen de trends worden vervolgd en kan er een betere analyse worden gegeven over de effecten van de stelselwijziging. Juist een overheid op afstand kan niet zonder deugdelijke informatie; *hoofdstuk 6* beschrijft de hiaten in kennis en informatievoorziening.

### **VTV en Zorgbalans: verschillend, maar complementair in functie**

De Zorgbalans is opgezet om tweejaarlijks de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg te monitoren. Daarmee heeft de overheid een instrument om op afstand van de dagelijkse praktijk de ontwikkelingen in de zorg te volgen en zicht te krijgen op de effecten van strategische beleidswijzigingen in het zorgsysteem, zoals de stelselwijziging. Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om met behulp van een beperkt aantal indicatoren op gezette tijden de ‘vinger aan de pols’ van het Nederlandse zorgsysteem te leggen. Op basis van ruim 120 indicatoren wordt de ‘gezondheidstoestand’ van ons zorgsysteem onderzocht, met als doel “potential areas of improvement” (OECD, 2009) te benoemen.

De Zorgbalans sluit aan op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), maar vervult een andere functie. De meest recente VTV (Van der Lucht en Polder, 2010) verscheen in maart 2010. De VTV beschrijft de stand van de volksgezondheid in Nederland en welke determinanten hierop van invloed zijn, en kijkt vooruit. Uit de VTV 2006 weten we dat preventie en zorg in belangrijke mate bijdragen aan de volksgezondheid. Een substantieel deel van de verbeteringen in de volksgezondheid kunnen op het conto van de gezondheidszorg worden geschreven. Daarom is het van belang goed te monitoren hoe de gezondheidszorg functioneert en presteert. De VTV vervult deze taak niet, de Zorgbalans wel.



# 1

## Achtergrond en aanpak

### De opdracht

De Zorgbalans is in opdracht van het ministerie van VWS door het RIVM gemaakt.

De Zorgbalans bestaat uit twee informatieve producten:

- Het samenvattende rapport de 'Zorgbalans', waarin de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg is beschreven aan de hand van ongeveer 125 indicatoren;
- De website <http://www.gezondheidszorgbalans.nl>, die naast de bevindingen over de prestaties van de Nederlandse zorg per gebruikte indicator ook een wetenschappelijke verantwoording bevat.

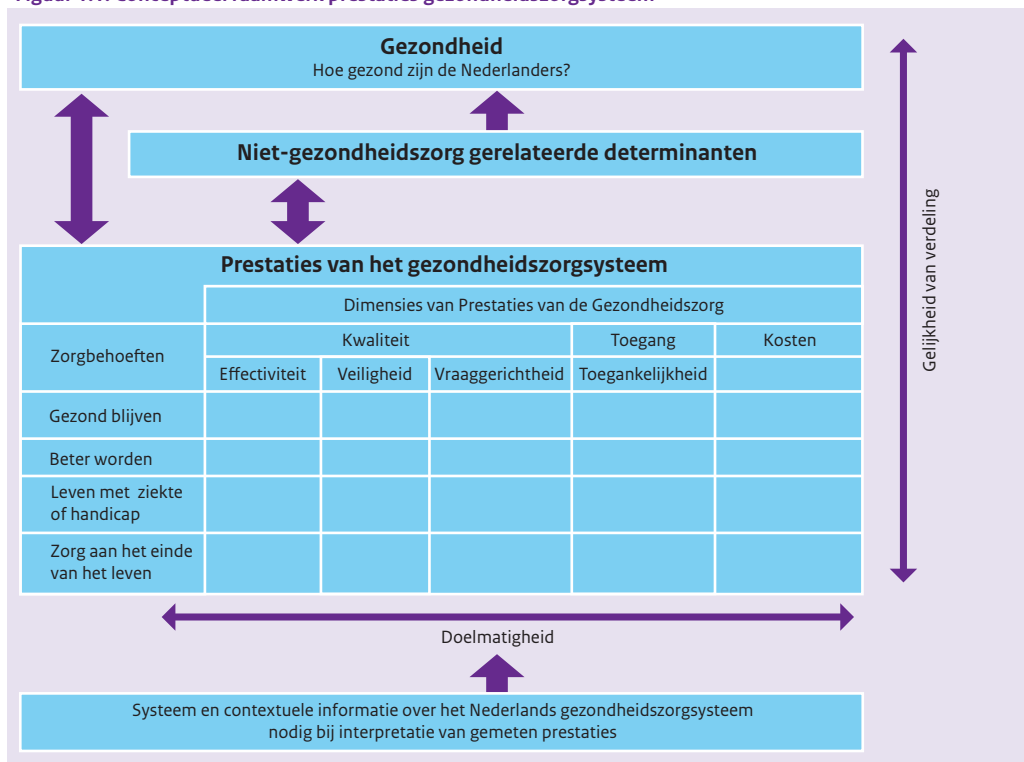
### De aanpak

Het ministerie van VWS heeft ten behoeve van de Zorgbalans (2006) de indicator domeinen voor de Nederlandse gezondheidszorg benoemd die cruciaal zijn bij het beoordelen van de behaalde prestaties en de feitelijke staat van de gezondheidszorg. Het RIVM heeft de set van indicator domeinen gerangschikt onder de drie doelen, waarvoor de minister van VWS systeemverantwoordelijkheid draagt: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (Westert, 2004).

Onder *gezondheidszorg* worden de activiteiten verstaan die er op gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen op te heffen, te reduceren, te compenseren en/of te voorkomen (Van der Meer en Schouten, 1997). In dit rapport vatten we onder zorg zowel preventieve, curatieve als verzorgende taken, bij somatische en bij psychische klachten en aandoeningen. Maatschappelijke ondersteuning wordt in de Zorgbalans niet behandeld.

We gebruiken een conceptueel raamwerk voor prestatie-indicatoren (zie *figuur 1.1*) dat is gebaseerd op het rapport *Bakens zetten* (Delnoij et al., 2002) en een uitgebreide internationale literatuurstudie (Arah, 2005; Arah et al., 2006). In dit raamwerk is de gezondheidszorg verdeeld in vier specifieke zorgbehoeften: gezond blijven (preventie), beter worden (*cure*), zelfstandig leven met een handicap of chronische ziekte (langdurige zorg en *care*) en zorg in de laatste levensfase. Per onderscheiden zorgbehoefte worden de prestaties van de zorg gepresenteerd en geanalyseerd op de onderdelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het raamwerk van de Zorgbalans is internationaal goed verankerd en tot voorbeeld gesteld voor andere landen (WHO, 2009a; OECD, 2009). De OECD heeft dit raamwerk overgenomen voor de verdere ontwikkeling van de internationale vergelijking van prestaties van zorgsystemen (OECD, 2009).

**Figuur 1.1: Conceptueel raamwerk prestaties gezondheidszorgsysteem**



(Bron: Arah et al., 2006)

## De structuur van de Zorgbalans

Zorgbalans → Systeendoelen (3) → Indicator domeinen (13) → Indicatoren (125) → Kernbevindingen

De Zorgbalans bestaat uit drie lagen. De eerste laag bestaat uit de drie systeendoelen kwaliteit, toegankelijkheid en een beheerste uitgavenontwikkeling en doelmatigheid. Op basis van (internationale) literatuur zijn deze drie systeendoelen uitgesplitst naar dertien indicator domeinen.

### Indicator domeinen

#### *Kwaliteit*

- Effectiviteit, Veiligheid, Coördinatie, Vraaggerichtheid

#### *Toegankelijkheid*

- Financiële toegankelijkheid, Geografische toegankelijkheid, Tijdigheid, Toegankelijkheid naar behoefte, Personeelsaanbod, Keuzevrijheid

#### *Zorguitgaven en doelmatigheid*

- Zorguitgaven, Doelmatigheid, Financiële positie zorgaanbieders en verzekeraars

## Systeendoelen

Een toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare gezondheidszorg wordt als erg waardevol gezien in het stelsel. Idee is om dit te bereiken via gereguleerde marktwerking. Het ministerie van VWS draagt daarbij de systeemverantwoordelijkheid voor drie belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

### *Kwaliteit*

De overheid heeft de plicht het publieke belang van een kwalitatief goede gezondheidszorg te waarborgen en heeft daar ook instrumentarium voor. De wetgever legt in de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwaliteitswet) en de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) aan zorgaanbieders/beroepsbeoefenaren een aantal verplichtingen op. Ze moeten verantwoorde zorg leveren, dat wil zeggen hun werk zo organiseren, zo van personeel en materieel voorzien en zo de verantwoordelijkheden toedelen, dat een en ander leidt of moet leiden tot verantwoorde zorg. Ze moeten systematisch de kwaliteit van de zorgverlening bewaken, beheersen en verbeteren. En, ze moeten zich daarover verantwoorden. Het is dus in eerste instantie de verantwoordelijkheid van zorgverleners om kwalitatief goede zorg te leveren. Daarop wordt aan de hand van de Kwaliteitswet en de Wet BIG door de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) toegezien. Bij kwaliteit gaat het om:

- Effectiviteit (=doeltreffendheid)
- Veiligheid

- Coördinatie
- Vraaggerichtheid.

#### *Toegankelijkheid*

Het kabinet hecht waarde aan een gelijke toegang tot gezondheidszorg zowel voor mensen met een gezonde als voor mensen met een ongezonde leefstijl (VWS, 2005a). De Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt instrumenten voor het borgen van de toegankelijkheid. Bij toegankelijkheid gaat het om:

- Financiële toegankelijkheid
- Geografische toegankelijkheid
- Tijdigheid
- Toegankelijkheid naar behoefte
- Personeelsaanbod
- Keuzevrijheid.

#### *Zorguitgaven en doelmatigheid*

Een beheerste kostenontwikkeling en een doelmatig zorgstelsel staan centraal in de in 2006 ingevoerde Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). In het kader van de stelselwijziging zijn in de Wmg spelregels vastgelegd voor de ordening van de markt en het toezicht daarop. Een verantwoorde uitgavenontwikkeling zorgt ervoor dat de zorg voor de samenleving betaalbaar blijft en niet een te grote druk legt op de collectieve middelen.

Een betere doelmatigheid kan de beheersing van de uitgaven ondersteunen, maar gaat verder dan dat. Doelmatigheid gaat over de verhouding tussen de kosten en de opbrengsten van de geleverde zorg. Ook een verdere uitgavenstijging kan doelmatig zijn, zolang de zorg voldoende oplevert. In het nieuwe zorgstelsel hebben verzekerden en verzekeraars een belangrijke rol op het gebied van doelmatigheid: zij moeten kiezen voor de zorg met de meest gunstige prijs-kwaliteit verhouding.

Bij zorguitgaven en doelmatigheid gaat het om:

- Zorguitgaven
- Doelmatigheid
- Financiële positie zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

### **Spanningen tussen systeemdoelen**

Tussen de verschillende systeemdoelen kunnen spanningen bestaan, bijvoorbeeld tussen een beheerste kostenontwikkeling en noodzakelijke, kwalitatief goede en voor iedereen toegankelijke zorg en tussen risicosolidariteit en keuzevrijheid (VWS, 2001). Ten aanzien van de eerste genoemde spanning wordt gesteld dat kwaliteitseisen de prijs niet zo mogen opdrijven dat de betaalbaarheid van de zorgverlening onder druk komt te staan. De zorgverzekeraar zal de redelijkheid van de gewenste kwaliteitsverbetering moeten beoordelen. De toezichthouder op de verzekeraars ziet hierop toe (VWS, 2002a).

Meer in zijn algemeenheid wordt gekozen voor ondergrenzen. Kwaliteit en toegankelijkheid moeten op een toereikend niveau zijn en in overeenstemming met de gedane uitgaven. Kwaliteit wordt boven bereikbaarheid gesteld (VWS, 2008a).

Om negatieve effecten van marktwerking te voorkomen en de systeemdoelen van toegankelijkheid en betaalbaarheid te bereiken zijn voorwaarden noodzakelijk inzake acceptatieplicht, verevening van risico's, premiestelling en de omvang van het pakket (VWS, 2004b). De Zvw biedt hiervoor instrumentarium.

## Indicatoren

Per indicator domein zijn vervolgens indicatoren gekozen die een signaalfunctie vervullen. Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over een bepaald prestatieaspect, zoals de kwaliteit van zorg (Colsen en Casparie, 1995). De keuze van de indicatoren is steeds gebaseerd op voornamelijk (de combinatie van) twee criteria:

- de inhoudelijke relatie met het te behandelen aspect van de gezondheidszorg,
- de beschikbaarheid van de gegevens.

Elke indicator leidt uiteindelijk tot een kernbevinding.

## Verbindende thema's

In deze derde Zorgbalans wordt opnieuw gewerkt met verbindende thema's: doelmatigheid en effecten van de stelselwijziging. De thema's verbinden verschillende systeemdoelen en indicator domeinen met elkaar.

Binnen het thema doelmatigheid behandelen we de vraag of met de ingezette middelen een optimale opbrengst wordt geproduceerd. Daarmee worden de publieke doelen 'betaalbaarheid' en 'kwaliteit' met elkaar verbonden. Krijgt de Nederlander *waar voor zijn euro's*? Het thema is ondergebracht in *paragraaf 4.3*, als onderdeel van het hoofdstuk Zorguitgaven.

Binnen het tweede thema gaan we in op de stelselwijziging. In deze Zorgbalans kunnen de effecten van de stelselwijziging die per 1 januari 2006 in het zorgverzekeringsstelsel is ingevoerd, worden gemeten. In de eerste Zorgbalans (2006) is immers de situatie in 2004 beschreven en in de tweede Zorgbalans (2008) de situatie in 2006/2007. Daardoor kunnen we in deze Zorgbalans een antwoord geven op de vraag welke effecten deze stelselwijziging tot nu toe heeft gehad op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het *gehele* zorgsysteem gezien vanuit macroperspectief.

## De functie van de Zorgbalans

De Zorgbalans beoogt een bijdrage te leveren aan de strategische besluitvorming van het ministerie van VWS over de hoofdlijnen van het beleid op het terrein van de gezondheidszorg. Om die functie te kunnen vervullen streeft de Zorgbalans er overeenkomstig de opdracht naar om een breed beeld te schetsen, ontwikkelingen in de tijd weer te geven, Nederland internationaal te vergelijken en waar mogelijk bestaande (beleids)normen en benchmark gegevens te vermelden, zodat beleidsmakers de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem aan de hand van deze gegevens kunnen beoordelen.

Een belangrijke eis aan de Zorgbalans is om het aantal indicatoren zo beperkt mogelijk te houden. Bij de selectie van indicatoren is hiermee rekening gehouden door niet alle beschikbare gegevens in Nederland op te nemen. De Zorgbalans heeft dus vooral een *signaalfunctie* op hoofdlijnen, zonder volledig op alle specifieke onderdelen van het zorgsysteem in te gaan. Het doel van de presentatie is dat een representatief totaalbeeld ontstaat over de algemene systeemprestaties van het Nederlandse zorgsysteem, dat aansluit bij de systeemdoelen van het VWS-beleid.

## Indeling van de Zorgbalans

In de *hoofdstukken 2, 3 en 4* beschrijven we de drie systeemdoelen, achtereenvolgens kwaliteit, toegankelijkheid en zorguitgaven en doelmatigheid. Ieder van de drie hoofdstukken start met een ‘wat is’ paragraaf (2.1; 3.1; 4.1), waarin we kwaliteit, toegankelijkheid en uitgaven aan de zorg definiëren en de indicator domeinen toelichten. De vaste indeling van de paragrafen over de indicator domeinen in deze drie hoofdstukken is:

- Kernbevindingen
- Hoe we (de vraag) dit aspect met welke indicatoren meten
- De stand van zaken in maat en getal
- Conclusie (het antwoord)

De dertien indicator domeinen worden uiteindelijk behandeld in negentien paragrafen. In enkele gevallen is een bepaald indicator domein namelijk verder uitgesplitst, zoals bij bijvoorbeeld voor effectiviteit en tijdigheid.

*Hoofdstuk 5* bevat het verbindende thema ‘de effecten van de stelselwijziging’. *Hoofdstuk 6* gaat in op verbeteringen en lacunes in de informatievoorziening, de bruikbaarheid van de Zorgbalans en ideeën over de volgende Zorgbalans.

# 2

## Kwaliteit van zorg

### 2.1 Wat verstaan we onder kwaliteit van zorg?

Een hoge kwaliteit van zorg is naast toegankelijkheid en betaalbaarheid één van de drie systeemdoelen. Er bestaan verschillende omschrijvingen van het begrip kwaliteit, zo spreekt het Institute of Medicine (IOM) van “doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results” (IOM, 2001). Deze omschrijving verwijst naar een aantal begrippen die in de literatuur worden beschouwd als essentieel voor kwaliteit: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid (Arah, 2005). In de Kwaliteitswet zorginstellingen komen ook de begrippen doeltreffendheid (effectiviteit) en patiëntgerichtheid terug.

Het kabinet heeft drie prioriteiten benoemd voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg: het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit, het vergroten van de invloed van patiënten en cliënten en het veiliger maken van de zorg. Deze zaken zullen in deze Zorgbalans dan ook uitvoerig aan de orde komen. Op het gebied van het zichtbaar en meetbaar maken van kwaliteit zijn in de afgelopen jaren verschillende belangrijke initiatieven ontplooid. De indicatoren die we in de Zorgbalans gebruiken sluiten hierop aan. Voorbeelden daarvan zijn de indicatoren die door instellingen in de verpleging en verzorging en zorg thuis worden aangeleverd in het kader van de normen voor verantwoorde zorg, de OECD health indicators en informatie over klantervaringen in de zorg die worden verzameld aan de hand van zogenaamde CQ-index vragenlijsten.

Zoals in hoofdstuk ook aan de orde komt, is het zichtbaar maken van kwaliteit een cruciale voorwaarde voor het goed functioneren van het zorgsysteem. Een belangrijk uitgangspunt bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 was immers dat zorggebruikers kiezen voor zorgaanbieders en zorgpolissen

en dat verzekeraars kritisch zorg gaan inkopen. Al sinds het einde van de jaren '90 zijn er steeds meer initiatieven ontstaan om de kwaliteit van zorg te meten en inzichtelijk te maken. De aanpak die daarbij wordt gehanteerd, is sterk afhankelijk van het doel. In 2007 is gestart met het programma Zichtbare Zorg. Binnen dit programma worden verschillende indicatorensets ontwikkeld die informatie opleveren voor zorggebruikers, verzekeraars en overheid. Afhankelijk van het doel dat verschillende partijen beogen met het zichtbaar maken van kwaliteit spreken we van:

- keuze-informatie (voor zorggebruikers),
- inkoopinformatie (voor zorgverzekeraars),
- verantwoordingsinformatie (voor IGZ, beleidsmakers en politiek),
- sturingsinformatie (voor zorgaanbieders en beleidsmakers),
- verwijsinformatie (voor zorgaanbieders).

Vaak wordt bij deze indicatorensets gekozen voor een sectorale indeling: de kwaliteit van een verpleeghuis, van een ziekenhuis, een GGD, enz. Dit heeft praktische redenen; een zorggebruiker moet immers gericht kunnen zoeken naar een ziekenhuis en een zorginstelling moet door de IGZ aanspreekbaar zijn op de kwaliteit van de door haar geleverde zorg. Hoewel er dus zeer goede redenen zijn om een sectorale indeling te hanteren, zijn bij het zorgproces van een individuele zorggebruiker juist vaak meerdere zorgverleners en instellingen betrokken. Soms liggen die vormen van zorgverlening in elkaars verlengde, soms vinden ze parallel aan elkaar plaats en vaak is beide het geval. Patiënten *ervaren* de zorg vaak niet sectoraal. Om iets te kunnen zeggen over de kwaliteit van het zorgproces is het dus belangrijk om ook indicatoren te hanteren die sectoroverstijgend zijn.

De Zorgbalans beoogt niet zozeer prestaties van individuele zorgverleners of instellingen te meten, maar om het functioneren van het *zorgsysteem* in zijn geheel in kaart te brengen. In dat zorgsysteem speelt de zorggebruiker de centrale rol. Om aan dit gegeven recht te doen, willen we in dit hoofdstuk een minder sectorale indeling hanteren en meer een indeling die is geordend langs sectoroverstijgende begrippen als veiligheid, coördinatie en patiëntgerichtheid. Bij effectiviteit onderscheiden we wel curatieve zorg en langdurige zorg. De reden hiervoor is dat het effect dat wordt beoogd in de curatieve zorg duidelijk anders is dan in de langdurige zorg.

## **Indeling van het hoofdstuk**

Effectiviteit van preventie (*paragraaf 2.2*)

Effectiviteit van curatieve zorg (*paragraaf 2.3*)

Effectiviteit van langdurige zorg (*paragraaf 2.4*)

Patiëntveiligheid (*paragraaf 2.5*)

Vraaggerichtheid (*paragraaf 2.6*)

Coördinatie en afstemming binnen zorgketens (*paragraaf 2.7*)

Palliatieve zorg (*paragraaf 2.8*)



De indicator domeinen zijn geen strikt afgebakende en elkaar uitsluitende gebieden. Het spreekt voor zich dat onveilige zorg doorgaans minder effectief zal zijn en dat een slechte afstemming van zorgprocessen binnen een keten per definitie niet vraaggericht is. De keuze om een indicator binnen een domein in te delen is soms dan ook pragmatisch.

Tot slot willen we wijzen op enkele verschillen met de vorige Zorgbalans. Omdat de Zorgbalans een monitoringsinstrument is, streven we naar continuïteit. Tegelijkertijd veranderen er zaken binnen de inrichting van het systeem en streven we naar voortdurende verbetering. Dit heeft geresulteerd in enkele veranderingen in de indeling. Twee indicator domeinen zijn komen te vervallen, namelijk 'de effectiviteit van de GGZ en de verslavingszorg' en 'innovatie in de gezondheidszorg'. Deze onderwerpen zullen echter wel degelijk aan de orde komen bij effectiviteit, patiëntveiligheid, enz. Innovatie komt aan de orde in *paragraaf 4.3* over doelmatigheid. Twee onderwerpen die in vorige Zorgbalansen niet apart werden beschreven zijn 'coördinatie en afstemming' en 'vraaggerichtheid'.

## 2.2 Effectiviteit van preventie

### Kernbevindingen

- De deelname aan preventieve screenings is hoog en neemt nog altijd toe. Meer dan acht op de tien vrouwen in de doelgroep deden mee aan de borstkankerscreening, twee derde deed mee aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en vrijwel alle pasgeborenen kregen een hielprik
- De vaccinatiegraad varieert van 91% voor het acellulair kinkhoestvaccin tot 96% voor het meningokokken C-vaccin, toch ligt de vaccinatiegraad in sommige provincies onder de WHO-norm van 90%
- Het aantal mensen dat preventieve hulp ontving tegen depressie is tussen 2005 en 2007 verdubbeld
- Ruim 18% van de basisscholen en 31% van de scholen voor voortgezet onderwijs nemen deel aan het preventieprogramma 'De gezonde school en genotmiddelen'
- Het aantal rokers neemt langzaam af; in 2008 rookte bijna 27% van de bevolking. Ongeveer 13% van de bevolking drinkt te veel
- Het percentage kinderen onder de zestien dat wel eens alcohol drinkt is in acht jaar tijd gehalveerd
- Hoewel overgewicht in Nederland minder voorkomt dat in veel andere Europese landen, is bijna 47% van de bevolking te zwaar. Dit cijfer is vrij stabiel
- Vrijwel alle kinderen onder de vijf hebben contact met het consultatiebureau; dit varieert van 100% in het eerste levensjaar tot 80,6% in het vijfde levensjaar
- De zuigelingensterfte is verder gedaald naar 3,8 per 1.000 levendgeborenen in 2008

## Hoe we de effectiviteit van preventie vaststellen

Het doel van preventie is om de gezondheid van mensen te bevorderen en te beschermen en om ziekten en aandoeningen te voorkomen of in een zo vroeg stadium op te sporen zodat eerder begonnen kan worden met behandeling. Onder preventie valt ook het voorkomen van complicaties van ziekten. De prioriteiten van het preventiebeleid zijn omschreven in de preventienota *Kiezen voor gezond leven* (VWS, 2006) en de visie op preventie *Gezond zijn, gezond blijven* (VWS, 2007a). De grootste gezondheidseffecten worden verwacht voor de speerpunten: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. In de visie op preventie wordt aangegeven dat het belang van preventie niet alleen ligt in gezondheidswinst maar ook in het kunnen leveren van een positieve bijdrage aan de samenleving door actieve participatie. Daarnaast wordt aangegeven dat preventie zorgt voor de houdbaarheid van het zorgstelsel.

### Indicatoren

Aan de hand van de volgende indicatoren beschrijven we de effectiviteit en het bereik van preventie:

- Deelname bevolkingsonderzoeken
  - borstkanker
  - baarmoederhalskanker
  - hielprik
- Percentages complete afgeronde series vaccinaties binnen het Rijksvaccinatieprogramma
- Bereik preventieve interventies tegen depressie
- Percentage scholen dat een aanvraag heeft gedaan voor het project 'De gezonde school en genotmiddelen'
- Leefstijl
  - roken
  - alcohol drinken
  - overgewicht
- Bereik van de jeugdgezondheidszorg
- Zuigelingensterfte

## De stand van zaken

**De deelname aan preventieve screenings is hoog en neemt nog altijd toe. Meer dan acht op de tien vrouwen in de doelgroep deden mee aan de borstkankerscreening, twee derde deed mee aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en vrijwel alle pasgeborenen kregen een hielprik**

In tabel 2.2.1 is de deelname aan drie preventieve screenings weergegeven sinds 2001: het bevolkingsonderzoek borstkanker, het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en de hieprikscreening.

De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is in de loop der jaren licht toegenomen. In 2007 liet 82,4% van de doelgroep (vrouwen van 50 t/m 75 jaar) zich onderzoeken. De EU heeft een opkomstpercentage van 75% als norm gesteld, het ministerie van VWS streeft naar een percentage van 80% (Rijksbegroting, 2008). Beide normen worden door Nederland gehaald.

Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een infectie met het humaan papilloma virus (HPV). Een voorstadium van baarmoederhalskanker kan worden opgespoord met behulp van een uitstrijkje. Twee derde (66%) van de vrouwen binnen de doelgroep liet in 2006 een uitstrijkje maken in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Dit opkomstpercentage is vrij stabiel. Het ministerie van VWS streeft naar een deelname van meer dan 65,6% in 2008 en 2011 (Rijksbegroting, 2008). Het is moeilijk om internationale vergelijkingen te maken, omdat leeftijdsgrenzen van de beoogde doelgroep en de frequentie waarmee gescreend wordt per land variëren.

Hoewel zeker is dat baarmoederhalskanker en vooral voorstadia daarvan kunnen worden opgespoord met een uitstrijkje, zijn effecten op de incidentie van baarmoederhalskanker nooit aangetoond met een gerandomiseerd experiment. Wel is de incidentie van baarmoederhalskanker in de periode 1989-2003 met bijna een derde afgenomen, wat zeer waarschijnlijk is toe te schrijven aan de behandeling van voorstadia van kanker die worden opgespoord door het bevolkingsonderzoek. Er zouden zeer waarschijnlijk meer gevallen van baarmoederhalskanker kunnen worden opgespoord wanneer de participatiegraad wordt verhoogd en wanneer gebruik wordt gemaakt van een HPV-test (Ronco et al., 2010). Van de vrouwen die baarmoederhalskanker krijgen, heeft een derde nooit of veel langer geleden een uitstrijkje gehad (Van Kemenade en Casparie, 2009).

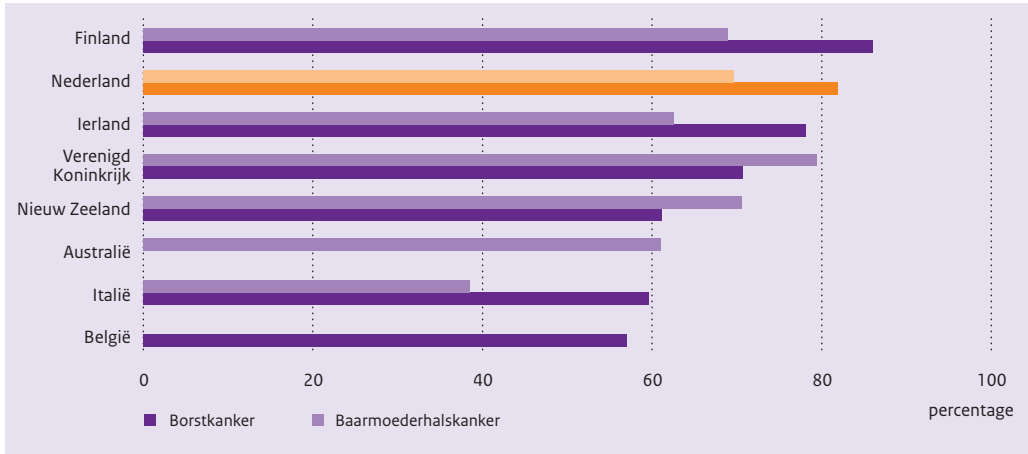
**Tabel 2.2.1: Deelname aan bevolkingsonderzoeken en screenings (%), 2001-2007**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bevolkingsonderzoek borstkanker (vrouwen 50-75 jaar)	78,7	79,1	80,8	80,8	81,7	81,8	82,4
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (vrouwen 30-60 jaar)	62	64	66	65,5	65,5	66	
Hielprikscreening (pasgeborenen)	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9

(Bron: LETB, 2008; NPK, 2008 (LETB-cijfers); Lanting et al., 2008)

Figuur 2.2.1 toont de percentages vrouwen die gescreend zijn op baarmoederhalskanker en borstkanker voor een reeks landen waarvoor deze cijfers beschikbaar waren. De percentages voor Nederland wijken licht af van die in de tabel, omdat de leeftijdscategorieën waarop de cijfers zijn gebaseerd enigszins afwijken. Bij de screening op baarmoederhalskanker is uitgegaan van vrouwen in de leeftijd van 20 t/m 69 jaar, bij borstkanker was dat 50 t/m 69 jaar. Voor beide screenings is het opkomstpercentage in Nederland hoog. Bij de borstkankerscreening neemt Nederland de tweede positie in, bij de screening op baarmoederhalskanker hebben het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland iets hogere opkomstpercentages.

**Figuur 2.2.1: Opkomstpercentage screening op borstkanker (vrouwen 50-69 jaar) en baarmoederhalskanker (vrouwen 20-69 jaar), meest recente meetjaar (variërend van 2005-2007)**



(Bron: OECD Health Data)

Vrijwel alle pasgeborenen kregen in 2007 op of voor de leeftijd van acht dagen een hielprik. Met een bereik van 99,9% kan de hielprikscreening bijzonder succesvol worden genoemd. Het percentage ligt ruim boven de norm van 90% die is opgenomen in de richtlijn voor de hielprik en het streven van 99% van het ministerie van VWS. In 2007 is het aantal ziekten waarop wordt gescreend uitgebreid naar 17. Deze uitbreiding heeft geen effect gehad op de participatie.

**De vaccinatiegraad varieert van 91% voor het acellulair kinkhoestvaccin tot 96% voor het meningokokken C-vaccin, toch ligt de vaccinatiegraad in sommige provincies onder de WHO-norm van 90%**

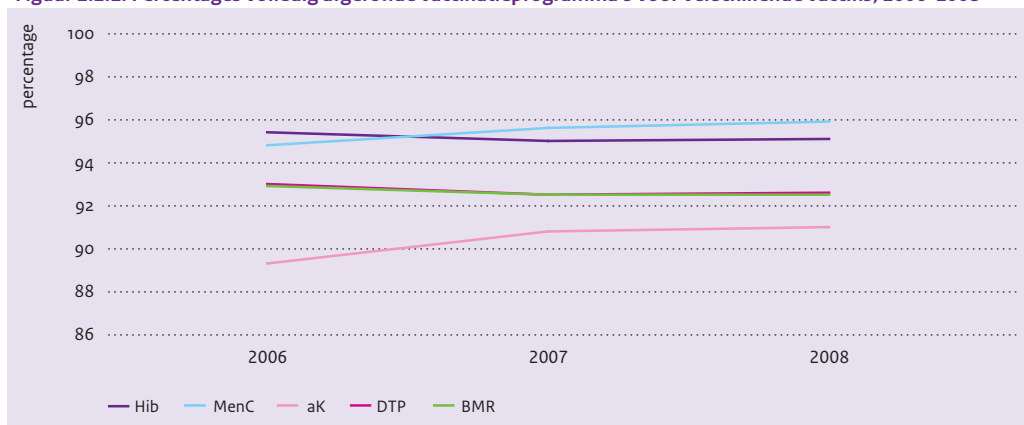
Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is gericht op de preventie van infectieziekten en de complicaties daarvan. De meeste van deze ziekten vormden in het verleden een groot volksgezondheidsprobleem en zijn door de komst van vaccinaties bijna verdwenen. De vaccins worden toegediend in series volgens een bepaald schema. Voor een volledige bescherming is het belangrijk dat de complete serie wordt afgerond. Het aantal vaccinaties loopt uiteen van één voor meningokokken C tot vijf voor bijvoorbeeld difterie, tetanus en polio (DTP). De percentages die we hier presenteren betreffen de percentages van de doelgroepen die de serie volledig hebben afgerond.

Figuur 2.2.2 toont de percentages afgeronde vaccinatieprogramma's van vijf vaccins. Gemiddeld ligt de vaccinatiegraad voor alle vaccins hoog. Bovendien is het bereik van een aantal vaccins licht toegenomen in de afgelopen jaren, zoals in de figuur is te zien.

In 2008 varieerden de percentages afgeronde series van 91% voor het acellulair kinkhoestvaccin tot 96% voor het meningokokken C-vaccin. Hoewel de vaccinatiegraad in Nederland dus doorgaans ruim voldoende is, is dit internationaal gezien niet uitzonderlijk. Vrijwel alle OECD-landen hebben een hoge vaccinatiegraad. Voor DTP bijvoorbeeld, varieert de vaccinatiegraad van 83% in Oostenrijk tot meer dan 99% in ondermeer Polen, Hongarije en Zweden (OECD, 2008a).

Het RVP heeft niet alleen de individuele bescherming van kinderen tot doel maar ook het collectieve belang door de bescherming op populatieniveau (het voorkomen dat men anderen besmet). Volgens de WHO is een vaccinatiegraad van minstens 90% nodig voor voldoende bescherming van de populatie. De landelijke cijfers voldoen ruimschoots aan deze norm maar als we op regionaal niveau kijken, zien we dat sommige provincies deze norm niet halen. De provincies Zeeland en Gelderland halen de WHO-norm niet voor het DKTP-vaccin. De provincies Zeeland, Gelderland en Flevoland halen de WHO-norm niet voor het BMR-vaccin. De lagere vaccinatiegraad in bepaalde regio's kan vrijwel zeker verklaard worden door de clustering van mensen die om geloofsredenen tegen vaccineren zijn (Zwakhals en Van Lier, 2009).

**Figuur 2.2.2: Percentages volledig afgeronde vaccinatieprogramma's voor verschillende vaccins, 2006-2008**



(Bron: Van Lier et al., 2008)

Hib = haemophilus influenzae B; MenC = meningokokken; aK = acellulair kinkhoestvaccin; DTP = difterie, tetanus en polio; BMR = bof, mazelen en rode hond

In 2009 is voor het eerst het HPV-vaccin tegen baarmoederhalskanker toegevoegd aan het RVP. De doelgroep voor het HPV-vaccin zijn meisjes van 12 tot 16 jaar. Deze meisjes krijgen een serie van drie inentingen. Het opkomstpercentage voor de inenting met het HPV-vaccin is, zeker in vergelijking met de andere vaccins, tot nu toe laag. De helft van de meisjes die tot de doelgroep behoorden, heeft een eerste vaccinatie gehaald, 49% een tweede en 45% van de doelgroep heeft de hele reeks afgemaakt. Ten opzichte van de meisjes die een eerste vaccinatie hebben gehaald heeft 97% een tweede vaccinatie gehaald en 89% ook de derde. Dat betekent dat als meisjes beginnen aan de reeks vaccinaties bijna 90% de reeks ook afmaakt (RIVM / NVI, 2009).

### Het aantal mensen dat preventieve hulp ontving tegen depressie is tussen 2005 en 2007 verdubbeld

Ongeveer 350.000 mensen per jaar krijgen last van een depressie (Meijer et al., 2006). Hiermee gaan hoge maatschappelijke kosten gepaard, zowel in de vorm van menselijk lijden als in financiële zin (Smit, 2007). In 2005 bedroegen de kosten van zorg voor mensen met depressie 773 miljoen euro, daar bovenop

komen de kosten van productiviteitsverlies. De overheid heeft depressie tot speerpunt gemaakt en zich tot doel gesteld het bereik van geïndiceerde preventieve interventies te vergroten. In 2007 ontvingen ruim 8000 mensen geïndiceerde preventieve hulp tegen depressie (De Jonge en De Ruiter, 2009). Dat is ongeveer 2% van de mensen die uiteindelijk een depressie ontwikkelen. Hoewel dit nog altijd een zeer beperkt bereik is, is het bereik sinds 2005 ongeveer verdubbeld. Van de meeste preventieve interventies is onduidelijk of ze effectief zijn. Desondanks zijn er enkele interventies waarvoor voldoende wetenschappelijke onderbouwing is om deze grootschalig toe te passen. Van het programma 'In de put, uit de put' hebben meerdere studies de effectiviteit aannemelijk gemaakt. Dat wil zeggen dat ze depressie kunnen voorkomen of in iedere geval klachten kunnen verminderen (Cuijpers et al., 2008; Van den Berg en Schoemaker, 2010). Meer dan de helft van de GGZ-instellingen biedt het preventieprogramma 'In de put, uit de put' aan (De Jonge en De Ruiter, 2009). Het programma is een van de drie interventies die inmiddels als 'bewezen effectief' is erkend door de onafhankelijke erkenningscommissie interventies onder auspiciën van het RIVM en het Nederlands Jeugdinstituut (Loket gezond leven, 2010).

### **Ruim 18% van de basisscholen en 31% van de scholen voor voortgezet onderwijs nemen deel aan het preventieprogramma 'De gezonde school en genotmiddelen'**

'De gezonde school en genotmiddelen' is een preventieprogramma dat een variant heeft die is gericht op het basisonderwijs en één die is gericht op het voortgezet onderwijs. In het basisonderwijs beoogt het project te voorkomen dat leerlingen uit groep 7 en 8 tabak en alcohol gaan gebruiken. In het voortgezet onderwijs wordt het doel omschreven als: "de leerlingen zijn bereid en in staat de risico's van genotmiddelen in te schatten en zich verantwoordelijk te gedragen met het oog op hun eigen gezondheid en die van anderen".

In 2006 / 2007 hadden 1823 basisscholen een aanvraag gedaan voor dit project; 18,3% van alle basisscholen. Van de scholen voor voortgezet onderwijs hadden 558 een dergelijke aanvraag gedaan (30,6% van alle scholen voor voortgezet onderwijs). Overigens varieert het aantal aanvragen sterk per regio.

Naar de effectiviteit van dit project wordt nog steeds onderzoek gedaan. Er zijn inmiddels effecten gerapporteerd op het vlak van kennis en gedrag in de omgang met genotmiddelen (Cuijpers et al, 2002). Het programma is door de onafhankelijke erkenningscommissie interventies erkend op het niveau 'theoretisch goed onderbouwd' (Loket Gezond Leven, 2010).

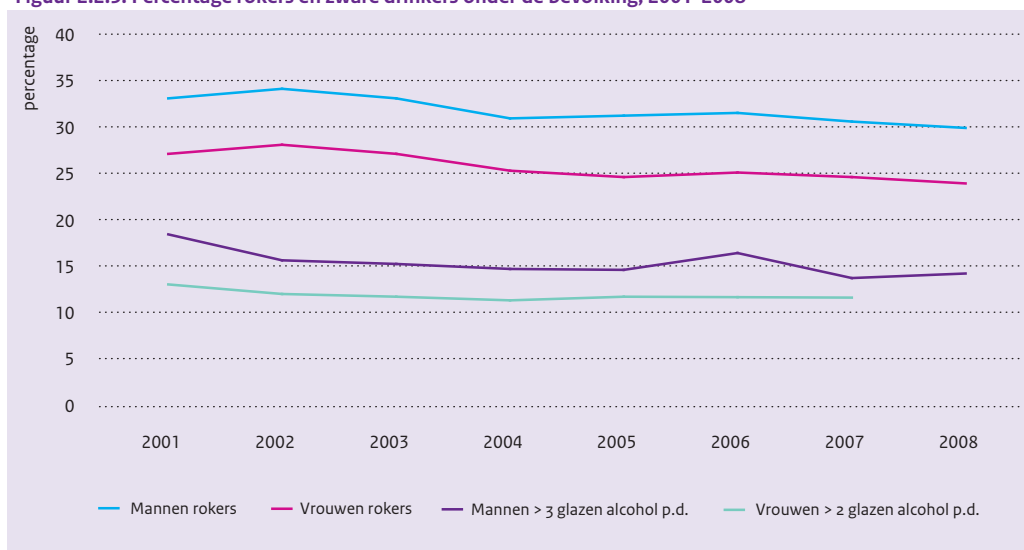
### **Het aantal rokers neemt langzaam af; in 2008 rookte bijna 27% van de bevolking. Ongeveer 13% van de bevolking drinkt te veel**

#### *Roken*

*Figuur 2.2.3* geeft het percentage rokers onder de bevolking weer sinds 2001. In 2008 rookte 26,7% van de bevolking. Dit was minder dan in 2006. Er zijn meer mannen die roken dan vrouwen, respectievelijk 29,8% en 23,8%. De daling in de afgelopen jaren is niet spectaculair, maar wel statistisch significant. De in de Preventienota (VWS, 2007a) uitgesproken ambitie om in 2010 nog 20% rokers te hebben is niet gehaald.

Als we de ontwikkeling in het aantal rokers over een lange periode bekijken, dan zien we onmiskenbaar een afname. Vijftig jaar geleden rookte 60% van de bevolking boven de 15 jaar, in 2008 was dat meer dan gehalveerd. Sinds de jaren '80 is nog steeds een afname in het aantal rokers waarneembaar, maar deze verloopt zeer langzaam met af en toe een procent afname, afgewisseld met periodes waarin dit percentage weer enkele jaren stabiel blijft.

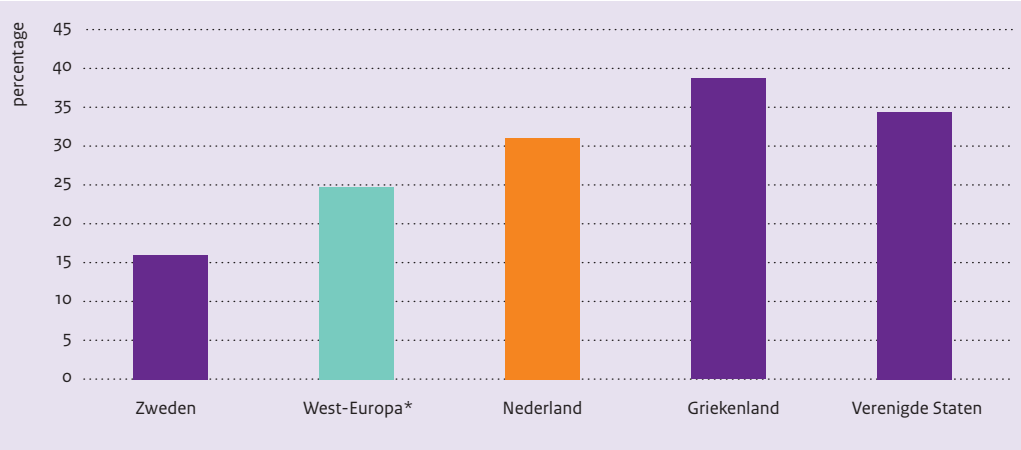
**Figuur 2.2.3: Percentage rokers en zware drinkers onder de bevolking, 2001-2008**



(Bron: Stivoro, 2010; CBS, 2009a)

Zoals *figuur 2.2.4* laat zien, wordt in Nederland vergeleken met andere landen nog altijd veel gerookt. Het percentage ligt in deze grafiek iets hoger omdat de OECD een leeftijdsgrens van 15 jaar hanteert. Van de Europese landen hebben alleen Turkije en Griekenland meer rokers dan Nederland. Het grote aantal rokers in Nederland verklaart ook voor een belangrijk deel de vrij hoge prevalentie van longkanker vergeleken met veel andere landen.

Figuur 2.2.4: Percentage rokers onder de bevolking van 15 jaar en ouder, 2008; Europees gemiddelde, Europese landen met laagste en hoogste percentage, Nederland, Verenigde Staten



(Bron: OECD, 2009)

\* EU-15, Noorwegen, Zwitserland

### Alcohol

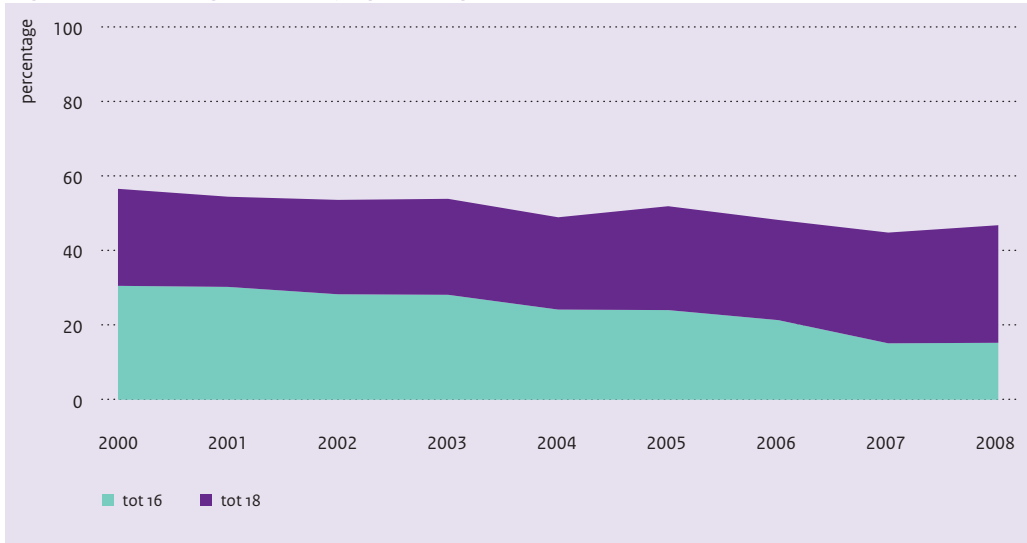
De schadelijke alcoholconsumptie bij volwassenen is de laatste jaren redelijk constant gebleven. Hoewel de alcoholconsumptie in vergelijking met veel andere landen niet zo hoog is, kan toch één procent van de sterfte (ongeveer 1.900 personen) en 4,5% van de totale ziektelast in Nederland worden toegeschreven aan alcoholgebruik (Busch et al., 2007). In 2008 dronk 14,1% van de mannen en jongens van 12 jaar en ouder meer dan drie glazen per dag. Dat is een hoeveelheid die schadelijk is voor de gezondheid. Van de vrouwen dronk 10,7% meer dan twee glazen per dag. Voor vrouwen zijn de cijfers voor 2008 helaas nog niet beschikbaar.

### Het percentage kinderen onder de zestien dat wel eens alcohol drinkt is in acht jaar tijd gehalveerd

Omdat tot ongeveer 23-jarige leeftijd de hersenen nog in ontwikkeling zijn, is alcohol voor kinderen en jongeren veel schadelijker dan voor volwassenen. De overheid probeert met campagnes en regelgeving te voorkomen dat kinderen onder de 16 jaar alcohol drinken. Dat lijkt effect te hebben. In 2008 zei 15% van de kinderen onder de 16 wel eens alcohol te drinken. In de afgelopen jaren is dit percentage aanzienlijk afgenomen. In 2000 dronk nog meer dan 30% van de kinderen onder de 16 wel eens alcohol, dat is twee maal zo veel. Na de leeftijd van 16 neemt het aantal drinkers wel snel toe, van de jongeren onder de 18 jaar drinkt 47% wel eens alcohol.



Figuur 2.2.5: Percentage 12- tot 18- jarigen dat zegt wel eens alcohol te drinken, 2000-2008



(Bron: CBS Statline, 2009a)

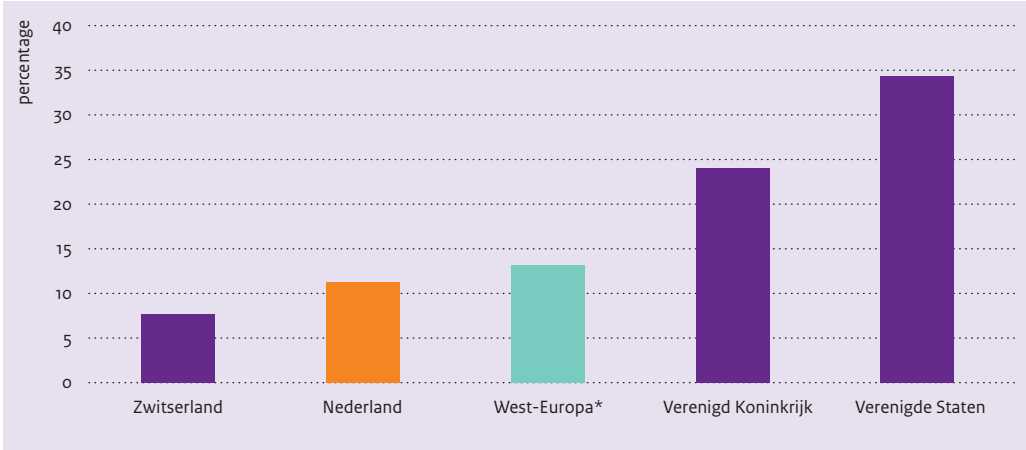
### Hoewel overgewicht in Nederland minder voorkomt dat in veel andere Europese landen, is bijna 47% van de bevolking te zwaar. Dit cijfer is vrij stabiel

In 2008 had 46,9% van de mensen van 20 jaar en ouder overgewicht. Onder overgewicht wordt verstaan een BMI van 25 of hoger. Mannen hebben vaker overgewicht dan vrouwen. Van de mannen heeft iets meer dan de helft enig overgewicht (52%), bij de vrouwen is dat ruim 41%.

Het percentage mensen met overgewicht is in de afgelopen acht jaar vrij constant gebleven. Ongeveer een kwart van de mensen met overgewicht (11% van de bevolking) heeft ernstig overgewicht, dat wil zeggen een BMI van 30 of hoger. Het percentage mensen met ernstig overgewicht is in Nederland laag vergeleken met de meeste andere landen. In *figuur 2.2.6* is te zien dat landen als het Verenigd Koninkrijk en Verenigde Staten beduidend hogere percentages hebben. Alleen Zwitserland en Noorwegen tonen aanzienlijk lagere percentages.

In de periode 1997-2004 is de prevalentie van overgewicht bij 5-jarige jongens gestegen van 8,3% naar 10,0% en bij 5-jarige meisjes van 9% naar 14,6%. Voor 10-jarigen is de prevalentie bij jongens van 6,9% naar 14,9% gestegen en bij meisjes van 13,4% naar 16,9% (Van den Hurk et al., 2006). De meest recente cijfers over jeugd van 2 tot en met 20 jaar wijzen op een daling van overgewicht. Vooral het aantal kinderen met ernstig overgewicht nam tussen 2008 en 2009 af van 3,1% naar 2,1% (CBS Statline, 2010a).

**Figuur 2.2.6: Percentage mensen met ernstig overgewicht (BMI > 30) onder de bevolking, 2007; Europees gemiddelde, Europese landen met laagste en hoogste percentage, Nederland, Verenigde Staten**

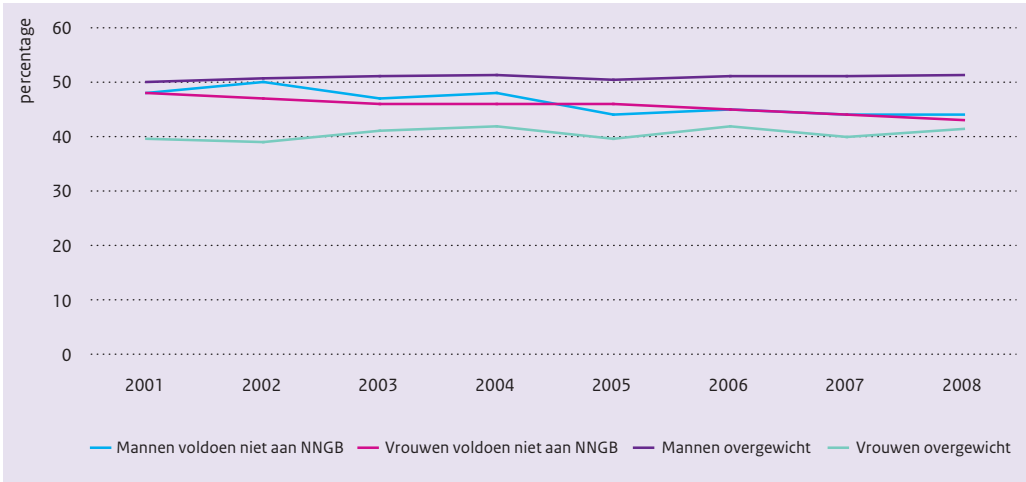


(Bron: OECD, 2009)

\* EU-15, Noorwegen, Zwitserland

Naast een gezond voedingspatroon is voldoende beweging belangrijk om overgewicht tegen te gaan. De Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) is een norm voor de hoeveelheid beweging die mensen in verschillende leeftijdscategorieën zouden moeten hebben. Voor 18- tot 55-jarigen is dat bijvoorbeeld een half uur matig intensieve beweging per dag, vijf dagen per week. *Figuur 2.2.7* geeft de percentages mannen en vrouwen weer die enig overgewicht hebben en de percentages die onvoldoende bewegen volgens de NNGB in de periode 2001-2008. Ruim vier op de tien mensen (44%) beweegt onvoldoende. Mannen en vrouwen verschillen hierin weinig van elkaar. In de periode 2001-2008 zijn mensen iets meer gaan bewegen, in 2001 haalde 48% de NNGB niet (CBS Statline, 2009b). Lichamelijke inactiviteit levert 4,1% van de ziektelast in Nederland (De Hollander et al., 2006).

**Figuur 2.2.7: Percentages mannen en vrouwen met overgewicht en percentages mannen en vrouwen die niet voldoen aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen, 2001-2008**



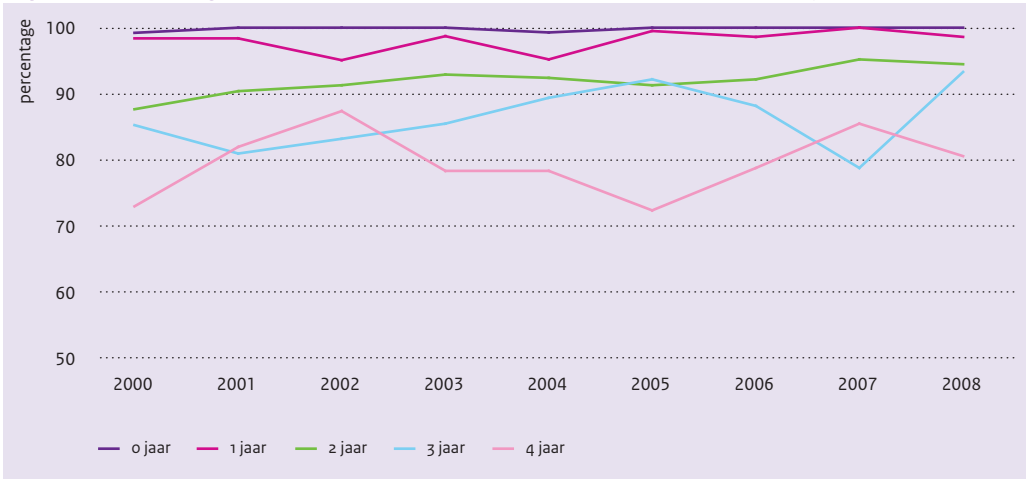
(Bron: CBS Statline, 2009b)

**Vrijwel alle kinderen onder de vijf jaar hebben contact met het consultatiebureau; dit varieert van 100% in het eerste levensjaar tot 80,6% in het vijfde levensjaar**

In het eerste levensjaar worden alle kinderen in Nederland gezien door de jeugdgezondheidszorg (JGZ) op het consultatiebureau. In het tweede levensjaar is dat ook nog 98,6%. Per levensjaar neemt het percentage dat contact heeft met het consultatiebureau iets af, tot 80,6% in het vijfde levensjaar (cijfers van 2008).

Figuur 2.2.8 laat het aandeel kinderen zien dat contact had met het consultatiebureau in de periode 2000-2008. Hier zien we dat de bezoeksfrequentie in de eerste drie levensjaren vrij stabiel is. Bij de drie- en vierjarigen zien we een wat grilliger patroon.

**Figuur 2.2.8: Percentage kinderen dat contact heeft met het consultatiebureau naar leeftijd, 2000-2008**



(Bron: CBS Statline, 2009c)

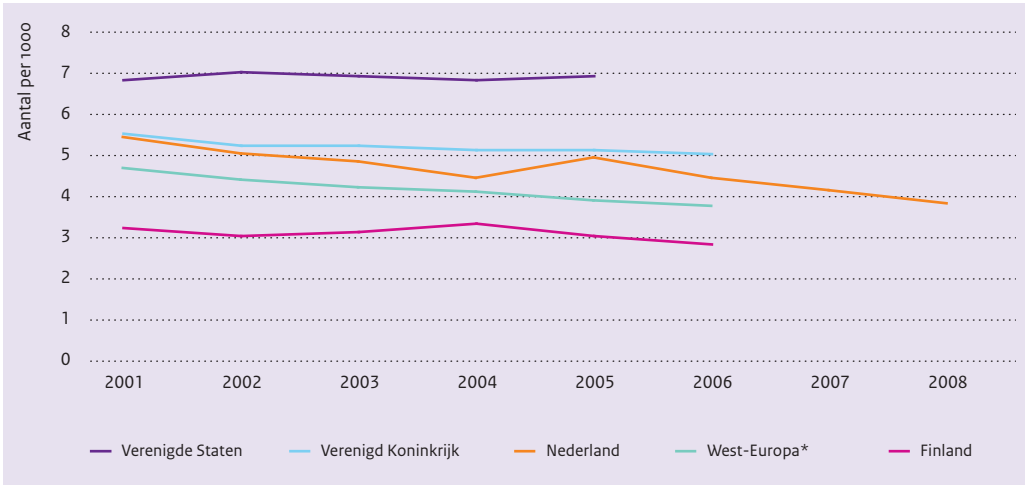
### **De zuigelingensterfte is verder gedaald naar 3,8 per 1.000 levendgeborenen in 2008**

In 2008 zijn in Nederland 184.634 kinderen levend geboren. In dat zelfde jaar overleden 698 kinderen in het eerste levensjaar (CBS Statline, 2009d). Daarmee is de zuigelingensterfte verder gedaald. *Figuur 2.2.9* geeft de sterfte per 1000 zuigelingen vanaf 2001 weer. In 2005 stierven nog 4,9 van de 1000 zuigelingen, in 2008 waren dat er 3,8 per 1000.

De zuigelingensterfte geeft de effecten van de economische en sociale situatie (Masuy-Stroobant en Gourbin, 1995) op de gezondheid van moeders en pasgeborenen weer. Daarnaast is het een indicator voor de effectiviteit van het gezondheidszorgsysteem (De Hollander et al., 2006).

Nederland heeft zijn oorspronkelijke toppositie in de EU, met een lage zuigelingensterfte en een lage perinatale sterfte (aantal doodgeborenen na een zwangerschapsduur van meer dan 24 of 28 weken en het aantal overledenen in de eerste levensweek), na de jaren '90 verruimd voor een positie die boven het EU-gemiddelde ligt (Waelput et al, 2006). In Nederland is de sterfte rond de geboorte in de tweede helft van de jaren '90 afgevlakt. Deze afvlakking in de daling is bij meerdere landen met hogere inkomens zichtbaar. Enkele verklaringen voor de hoge zuigelingensterfte in Nederland zijn de relatief hoge leeftijd van moeders bij de geboorte van hun kind en de daarmee samenhangende verhoogde kans op meerlinggeboortes, het aandeel van de geboortes bij allochtone moeders, en het roken van moeders (Waelput en Achterberg, 2006). Uit een recente studie blijkt dat er geen relatie bestaat tussen het grote aantal thuisbevallingen in Nederland en de zuigelingensterfte (De Jonge et al., 2009). De cijfers van de OECD Health Data, die we gebruiken voor de internationale vergelijking, gaan tot 2006. *Figuur 2.2.9* laat echter zien dat de zuigelingensterfte in Nederland waarschijnlijk niet meer boven het Europese gemiddelde ligt.

**Figuur 2.2.9: Zuigelingensterfte per 1000 zuigelingen, 2001-2008; Nederland, Finland, Verenigd Koninkrijk, Europees gemiddelde, Verenigde Staten**



(Bron: OECD Health Data; CBS Statline, 2009d)

\* EU-15, Noorwegen, Zwitserland

## Conclusie

Net als in de meeste Westerse landen zijn verschillende vormen van ongezond gedrag in Nederland alom aanwezig: roken, alcohol drinken, ongezond eten en te weinig bewegen. De nadelige gevolgen daarvan zien we terug in de vorm van chronische ziekten als diabetes en COPD, longkanker en overgewicht. Hoewel deze zaken nog altijd kunnen worden aangemerkt als serieuze volksgezondheidsproblemen, is er ook veel positiefs te melden. Het aantal rokers daalt langzaam maar zeker. Steeds meer mensen bewegen. Het overgewichtprobleem is in Nederland (nog) beperkt vergeleken met veel andere landen, hoewel nog altijd bijna de helft van de bevolking te zwaar is. Studies hebben weliswaar laten zien dat de Nederlandse jeugd veel alcohol drinkt vergeleken met hun leeftijdsgenoten in andere West-Europese landen (OECD, 2008a) maar het aantal kinderen dat al onder de 16 jaar begint met drinken is sinds 2000 gehalveerd. Ook wordt op veel scholen aandacht besteed aan het gebruik van genotmiddelen, steeds meer scholen doen mee aan een preventieprogramma om kinderen meer bewust te maken van de gevaren hiervan.

Verder zijn er positieve bevindingen te melden over de participatie bij screenings. Hierbij loopt Nederland internationaal gezien voorop. De participatiegraad is hoog en neemt bovendien toe. Mogelijk verklaart dit ook de relatief gunstige overlevingscijfers bij borstkanker en baarmoederhalskanker (zie paragraaf 2.3). De zuigelingensterfte neemt sinds 2005 weer af en na de geboorte worden vrijwel alle kinderen regelmatig gezien op het consultatiebureau.

Hoewel er veel goeds te melden is, zijn er natuurlijk zaken die minder positief zijn. Ondanks dat het overgewichtprobleem internationaal gezien lijkt mee te vallen, is de toename van overgewicht onder de jeugd zorgelijk te noemen. Ook roken blijft, ondanks de dalende trend een probleem; de Nederlanders roken nog altijd veel. Het Rijksvaccinatieprogramma is waarschijnlijk één van de meest succesvolle preventieprogramma's ooit. De participatiegraad is hoog en dankzij deze vaccinaties behoren ziektes waaraan vroeger menig huishouden een kind verloor, praktisch tot het verleden. Het tegenvallende opkomstpercentage bij de onlangs gestarte HPV-vaccinatie laat echter zien dat vaccineren als minder vanzelfsprekend wordt beschouwd.

## 2.3 Effectiviteit van curatieve zorg

### Kernbevindingen

- Gemiddeld schrijven huisartsen in bijna twee derde van de gevallen een medicijn voor volgens de richtlijn, er zijn echter grote verschillen tussen huisartsen.
- De 30-dagensterfte na ziekenhuisopname voor acuut hartinfarct of beroerte is in Nederland ongeveer twee maal zo hoog als in Europese landen met de laagste 30-dagensterfte
- Patiënten die ingrepen ondergaan aan staar, spataderen, rughernia, heup of knie, ervaren een vooruitgang bij het merendeel van de voor hun aandoening relevante fysieke vermogens
- De vijfjaarsoverleving bij kanker in Nederland is internationaal gezien hoog
- Operaties aan heupfracturen vinden meestal snel plaats, maar er zijn vrij grote verschillen tussen ziekenhuizen
- Vermijdbare ziekenhuisopnamen komen in Nederland weinig voor vergeleken met de meeste andere Europese landen
- Het percentage sectio's dat wordt uitgevoerd bij zwangere vrouwen in de laagrisicogroep verschilt sterk tussen ziekenhuizen, variërend van 7% tot 30%
- 12% van de GGZ-behandelingen wordt eenzijdig door de cliënt beëindigd; dit percentage verschilt

### Hoe we de effectiviteit van curatieve zorg vaststellen

Curatieve zorg is gericht op herstel of, als dat niet mogelijk is, op verlichting van pijn of op vertraging van het ziekteproces. De curatieve zorg vormt binnen het gezondheidszorgsysteem de grootste sector. Het merendeel van de bevolking krijgt er zo nu en dan mee te maken. Vaak gaat het dan om de huisarts, het ziekenhuis, de tandarts, fysiotherapeut of de apotheek. Doordat de curatieve zorg zo'n groot deel van de gezondheidszorg beslaat, wordt hieraan ook het meeste geld besteed, ongeveer 56% van het zorgbudget (Budgettair Kader Zorg) (Rijksbegroting, 2009). Met ingang van 1 januari 2009 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) naar de Zorgverzekeringswet (VWS, 2007b). Dat betekent dat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn geworden voor de inkoop van de geneeskundige GGZ. De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de GGZ. Op dit moment is er in beperkte mate kwaliteitsinformatie beschikbaar. In de deze paragraaf gebruiken we daarom slechts één GGZ-indicator.

## Indicatoren

We beperken ons in deze paragraaf tot de meest voorkomende vormen van curatieve zorg: ziekenhuis- en specialistische zorg, huisartsenzorg en geneesmiddelen.

- Percentage voorschriften in de huisartsenpraktijk volgens NHG-formularium
- Aantal mensen dat binnen 30 dagen na opname in het ziekenhuis overlijdt aan de gevolgen van een acuut myocardinfarct, herseninfarct of hersenbloeding
- Ervaren vooruitgang in fysieke vermogens na operatie
- Sterfte aan borstkanker, darmkanker of baarmoederhalskanker
- Aantal heupfracturen dat binnen 48 uur wordt geopereerd
- Vermijdbare ziekenhuisopnamen
- Ongeplande sectio's bij laagrisicogroep zwangere vrouwen
- Drop-outpercentage bij GGZ-behandelingen

## De stand van zaken

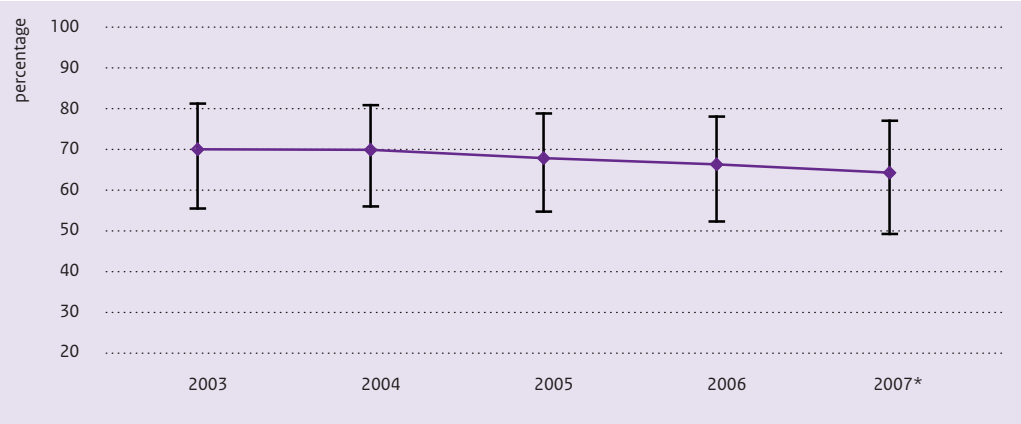
### **Gemiddeld schrijven huisartsen in bijna twee derde van de gevallen een medicijn voor volgens de richtlijn, er zijn echter grote verschillen tussen huisartsen**

Een formularium is een adviessysteem dat huisartsen in hun computer of op papier hebben. Bij een bepaalde aandoening of indicatie geeft het formularium een medicamenteus advies. Dit advies is zoveel mogelijk gebaseerd op evidence-based richtlijnen.

In *figuur 2.3.1* is te zien dat huisartsen gemiddeld in ongeveer 66% van de gevallen waarin ze een geneesmiddel voorschrijven, een middel kiezen volgens het NHG-formularium. We hebben ons hier beperkt tot de twintig meest voorkomende aandoeningen of indicaties waarbij een geneesmiddel wordt voorgeschreven.

In de periode 2003-2007 is dit percentage redelijk constant gebleven, hoewel er een lichte daling lijkt op te treden. Opvallend is dat er grote verschillen zijn tussen praktijken. In de figuur is de range van 80% van de praktijken rond het gemiddelde weergegeven. Het percentage voorschriften volgens formularium varieert van 49% tot 77% in 2007. De cijfers van 2007 zijn getoetst aan het formularium van 2006, daarom zijn deze cijfers voorlopig en kunnen ze in de toekomst worden bijgesteld.

**Figuur 2.3.1: Percentage richtlijnconforme voorschriften binnen huisartsenpraktijk bij twintig meest voorkomende aandoeningen waarbij een geneesmiddel wordt voorgeschreven, 2003-2007 (boven- en ondergrens van 80% van de praktijken en gemiddelde van alle praktijken)**



(Bron: NIVEL / LINH; databewerking NIVEL)

\*voorlopige cijfers

Naast verschillen tussen praktijken zijn er ook grote verschillen in percentages formularium-conforme voorschriften tussen diagnoses. In *tabel 2.3.1* zijn deze percentages weergegeven per aandoening, per jaar. Diagnoses waarbij het meest volgens formularium wordt voorgeschreven zijn urineweginfecties, slapeloosheid en obstipatie (meer dan 83%). Een aandoening waarbij het formularium zelden wordt gevolgd is acute bronchitis: slechts 2,7% in 2007. Vaak worden hierbij, tegen het advies in, antibiotica voorgeschreven. Ook bij andere aandoeningen van de luchtwegen zoals hoesten en of luchtweginfecties wordt vaak anders voorgeschreven dan het formularium adviseert.

### **De 30-dagensterfte na ziekenhuisopname voor acuut hartinfarct of beroerte is in Nederland ongeveer twee maal zo hoog als in Europese landen met de laagste 30-dagensterfte**

#### *Acuut myocardinfarct*

De sterfte binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acuut myocardinfarct (AMI) is in Nederland aan de hoge kant. *Figuur 2.3.2* toont de 30-dagensterfte van Nederland vergeleken met andere landen. Voor Nederland zijn de gegevens over 2005 gepresenteerd, voor de meeste andere landen over 2007 en voor sommige over 2006. Van de mensen die worden opgenomen met een AMI, stierf 6,6% binnen 30 dagen. In Zweden en Denemarken was dat minder dan 3%. In West-Europa ligt het cijfer gemiddeld op 4,7%. Hoewel de 30-dagensterfte bij een AMI in Nederland hoog is, is deze sinds 2003 wel afgenomen.



**Tabel 2.3.1: Gemiddeld percentage voorschriften volgens NHG-formularium bij de twintig meest voorkomende diagnoses waarbij een geneesmiddel wordt voorgeschreven, 2003-2007**

	2003	2004	2005	2006	2007
Obstipatie	86,7	84,9	86,2	87,1	83,8
Angina pectoris	76,1	76,4	75,0	70,8	66,0
Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	73,8	73,9	72,9	71,7	69,3
Hypertensie met orgaanbeschadiging	66,1	65,6	62,4	61,8	59,9
Lage rugpijn zonder uitstraling	78,1	77,2	78,3	81,3	79,0
Angstig / nerveus / gespannen gevoel	84,5	84,6	84,6	81,9	80,9
Slapeloosheid	89,0	89,2	89,4	88,2	87,3
Depressie	72,5	73,3	69,3	65,7	63,9
Hoesten	43,2	45,1	46,7	44,2	45,9
Acute infectie bovenste luchtwegen	34,6	36,0	37,1	36,6	33,9
Acute bronchitis / bronchiolitis	2,4	2,0	2,3	2,6	2,7
Emfyseem / COPD	69,7	66,4	64,2	62,4	58,4
Astma	72,8	71,1	65,9	62,5	57,7
Hooikoorts / allergische rhinitis	77,5	76,6	77,7	75,3	76,1
Dermatomycose	87,0	86,2	85,7	83,5	81,7
Eczeem	62,2	64,6	65,2	64,1	62,1
Diabetes mellitus	65,6	63,4	58,5	52,5	50,0
Vetstofwisselingsstoornis	87,8	86,9	85,6	84,6	82,0
Urineweginfectie	87,0	88,0	88,4	88,3	87,6
Orale anticonceptie	78,5	74,8	68,2	67,9	62,8
Totaal	86,7	84,9	86,2	87,1	83,8

(Bron: NIVEL / LINH; databewerking NIVEL)

**Figuur 2.3.2: Percentage mensen dat na opname in het ziekenhuis voor een acuut myocardinfarct binnen 30 dagen overlijdt, 2005 voor Nederland en 2006-2007 voor overige landen; Nederland, Verenigde Staten, West-Europa, hoogst scorende en laagst scorende land**



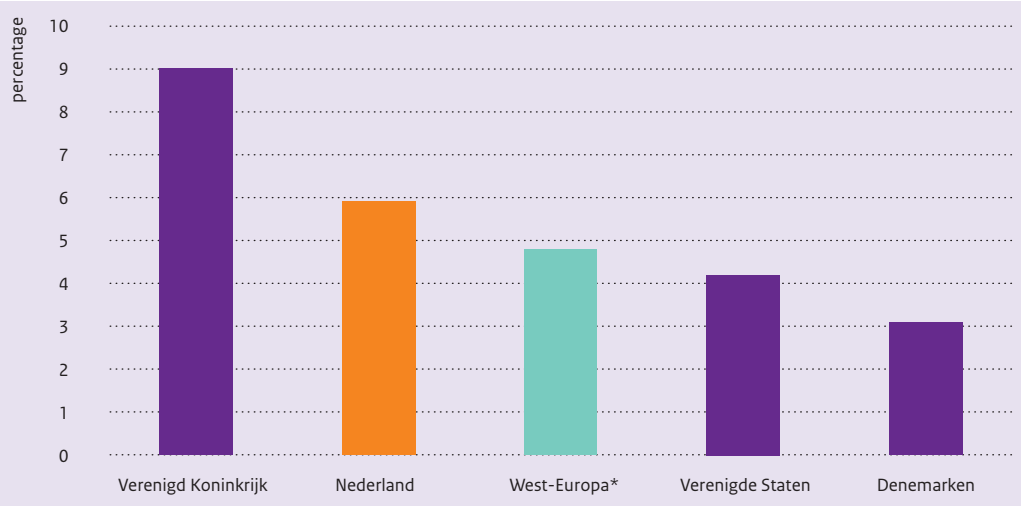
(Bron: OECD, 2009)

\*Denemarken, Finland, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden

### Herseneninfarct

Ook de 30-dagensterfte na opname voor een herseneninfarct is Nederland hoog vergeleken met veel andere Europese landen (zie *figuur 2.3.3*). In Nederland bedroeg dit cijfer 5,9% in 2005, ruim boven onder andere Denemarken (3,1%), Finland (3,2%) en Noorwegen (3,3%). Ook hier geldt dat in de loop van de afgelopen jaren wel een gunstige trend waarneembaar is.

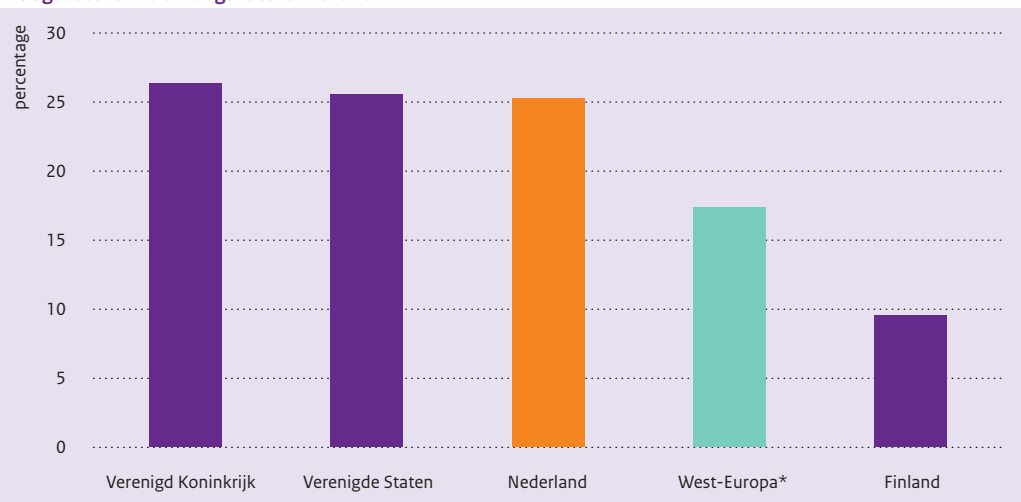
**Figuur 2.3.3: Percentage mensen dat na opname in het ziekenhuis voor een herseninfarct binnen 30 dagen overlijdt, 2005 voor Nederland en 2006-2007 voor overige landen; Nederland, Verenigde Staten, West-Europa, hoogst scorende en laagst scorende land**



(Bron: OECD, 2009)

\* Denemarken, Duitsland, Finland, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden

**Figuur 2.3.4: Percentage mensen dat na opname in het ziekenhuis voor een hersenbloeding binnen 30 dagen overlijdt, 2005 voor Nederland en 2006-2007 voor overige landen; Nederland, Verenigde Staten, West-Europa, hoogst scorende en laagst scorende land**



(Bron: OECD, 2009)

\* Denemarken, Duitsland, Finland, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden

### Hersenbloeding

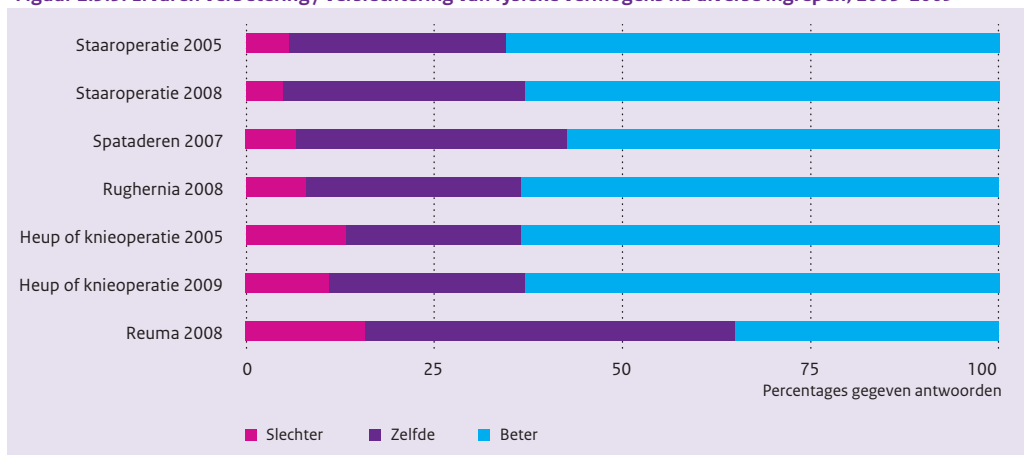
Ruim een kwart van de mensen die in 2005 werden opgenomen met een hersenbloeding, overleed binnen 30 dagen (zie *figuur 2.3.4*). Nederland hoort daarmee bij de landen met de hoogste 30-dagensterfte. Het zijn ook hier de Scandinavische landen en Oostenrijk die aanmerkelijk gunstiger resultaten rapporteren. In Finland overlijdt minder dan 10% binnen 30 dagen.

### Patiënten die ingrepen ondergaan aan staar, spataderen, rughernia, heup of knie, ervaren een vooruitgang bij het merendeel van de voor hun aandoening relevante fysieke vermogens

In *figuur 2.3.5* is voor vijf verschillende patiëntengroepen te zien in hoeverre mensen fysieke verbeteringen ervaren bij de verkregen zorg. Voor iedere patiëntengroep zijn deze gegevens gebaseerd op een serie vragen over relevante fysieke vermogens. Bij staaroperatie gaat het bijvoorbeeld om goed dichtbij kunnen zien, goed veraf kunnen zien en kunnen deelnemen aan het verkeer. Bij rughernia hebben vragen onder meer betrekking op goed kunnen staan, zitten en lopen en over de mate van pijn. De percentages geven per patiëntengroep weer bij welk aandeel van de zaken die hen zijn voorgelegd zij een verbetering ervaren. Zo rapporteerden mensen die een staaroperatie ondergingen, bij gemiddeld 63% van de voorgelegde fysieke zaken, verbeteringen.

Met uitzondering van reumapatiënten ervaren patiënten verbeteringen in het merendeel van de voor hun aandoening relevante fysieke vermogens. Deze percentages liggen rond de 60%. Een klein deel van de relevante fysieke vermogens gaat niet vooruit of blijft gelijk. Duidelijk is dat de meeste patiënten een duidelijke vooruitgang ervaren na de operatie. Bij reumazorg rapporteren patiënten de minste fysieke verbeteringen; bijna de helft van de fysieke vermogens blijft gelijk, 35% verbetert en 16% verslechtert. Reuma is een chronische, ongeneeslijke en progressieve ziekte, daarom is er voor reumapatiënten minder zicht op verbetering van fysieke vermogens vergeleken met de andere groepen. Ten slotte zijn er twee patiëntengroepen waarvoor data beschikbaar zijn voor twee jaren: patiënten die een staaroperatie hebben ondergaan en patiënten die een heup- of knieoperatie hebben ondergaan. In beide gevallen zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen de jaren.

**Figuur 2.3.5: Ervaren verbetering / verslechtering van fysieke vermogens na diverse ingrepen, 2005-2009**



(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### De vijfjaarsoverleving bij kanker in Nederland is internationaal gezien hoog

De vijfjaarsoverleving bij borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker is weergegeven in *figuur 2.3.6*. Om dit in een internationaal perspectief te plaatsen, zijn de percentages afgezet tegen de landen in Europa met de laagste en de hoogste percentages. Vergeleken met de meeste andere Europese landen, is de vijfjaarsoverleving in Nederland hoog.

#### Borstkanker

Van de vrouwen bij wie in 2001 borstkanker werd vastgesteld, leefde in Nederland na vijf jaar (2006) nog 85,2%. Vijf jaar eerder was dat minder, namelijk 80,7%. Internationaal is de vijfjaarsoverleving voor Nederland bovengemiddeld. Finland en Zweden rapporteren iets hoger overlevingscijfers van ca. 86%.

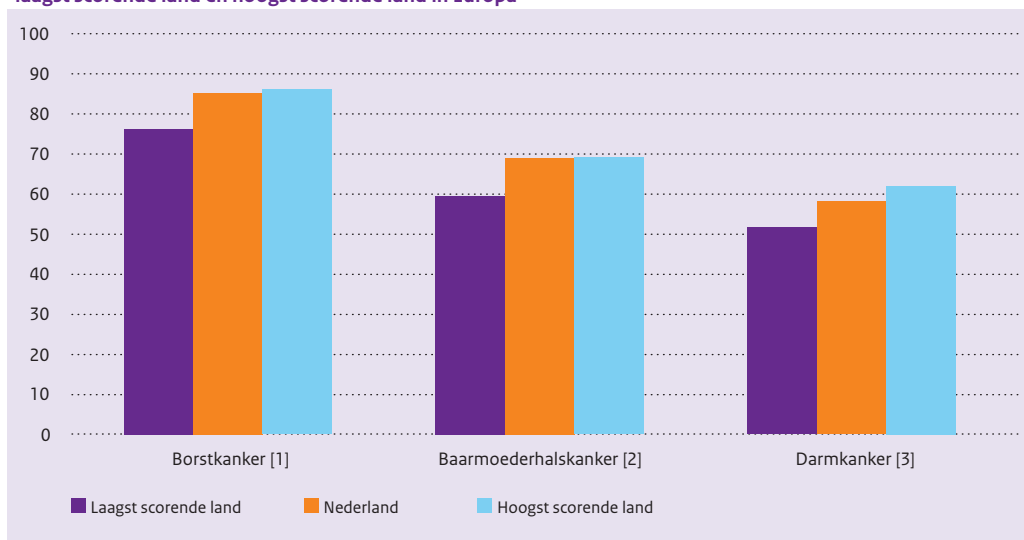
#### Baarmoederhalskanker

Van de vrouwen bij wie in 2001 baarmoederhalskanker werd geconstateerd, leefde in Nederland na vijf jaar nog 69%. Hiermee heeft Nederland één van de hoogste overlevingscijfers van Europa.

#### Darmkanker

Van de mensen bij wie in 2001 darmkanker werd vastgesteld, leefde in 2006 nog 58,1%. Dat percentage ligt hoger dan in de meeste andere Europese landen, hoewel ook hier Zweden en Finland hogere percentages rapporteren (respectievelijk 60,1% en 62%).

**Figuur 2.3.6: Vijfjaarsoverleving bij borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker, 2006; Nederland en laagst scorende land en hoogst scorende land in Europa**



(Bron: OECD, 2009)

1: Ierland (laagst) en Zweden (hoogst); 2: Verenigd Koninkrijk (laagst) en Finland (hoogst); 3: Verenigd Koninkrijk (laagst) en Finland (hoogst)

### **Operaties aan heupfracturen vinden meestal snel plaats, maar er zijn vrij grote verschillen tussen ziekenhuizen**

In 2004 werden bijna acht op de tien heupfracturen (79,6%) in Nederland binnen 48 uur geopereerd. Vergeleken met de meeste andere Europese landen is dat een hoog percentage. Ook hier zijn het vooral de Noord-Europese landen die nog hogere percentages rapporteren (Finland, Noorwegen en Zweden) (OECD, 2007). Een internationale vergelijking is echter lastig te maken, omdat in veel landen het uur van de operatie niet wordt vastgelegd. In sommige landen gebeurt dit slechts bij een gedeelte van de gevallen. Vanwege deze onzekerheid over de getallen is er geen recentere vergelijking van de OECD-landen voorhanden.

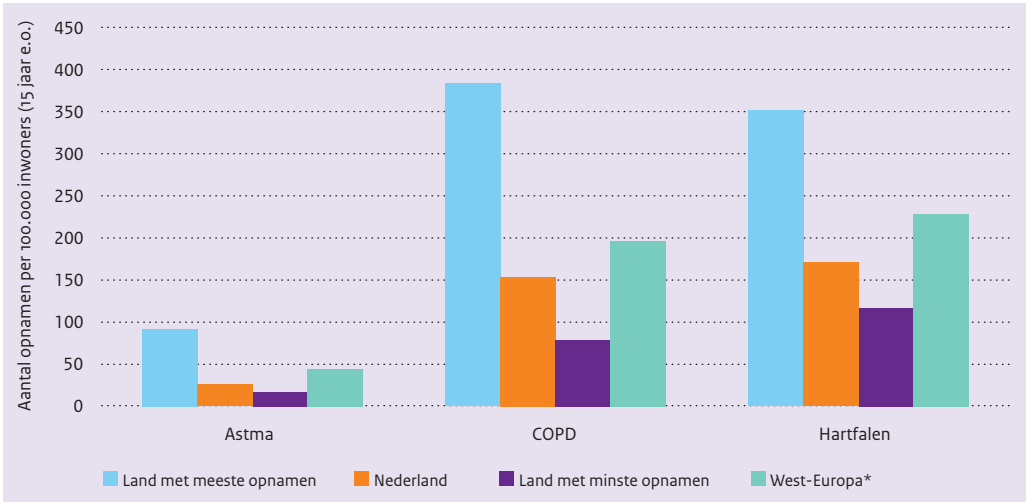
De meest recente cijfers over operatie van heupfracturen in Nederland hebben betrekking op 2008 en zijn gerapporteerd door de IGZ (2009). Deze cijfers geven een genuanceerder beeld omdat hierbij ook onderscheid is gemaakt naar zogenaamde ASA-klassen. Een ASA-klasse drukt de ernst van het ziek-zijn en het anesthesierisico uit in een schaal van 1 tot en met 5. Wanneer patiënten in een hogere ASA-klasse vallen (3 of hoger) kan dat een reden zijn om niet direct te opereren. Binnen de 75 ziekenhuizen die hiervoor bruikbare data hebben aangeleverd, werd gemiddeld 98,5% van de patiënten die in ASA-klasse 1 of 2 vielen binnen 24 uur geopereerd. Dit verschilde tussen ziekenhuizen, variërend van 67,5% tot 100%. Van de 75 onderzochte ziekenhuizen zaten er zes onder de 80%. Bij de patiënten die in een hogere ASA-klasse vielen, liep dit uiteen van 48,5% tot 97,1% (gemiddeld 80,7%). Bij deze categorie zal vaker om zorginhoudelijke redenen een operatie worden uitgesteld.

### **Vermijdbare ziekenhuisopnamen komen in Nederland weinig voor vergeleken met de meeste andere Europese landen**

Voor een aantal aandoeningen zijn ziekenhuisopnamen in de meeste gevallen vermijdbaar. Voorbeelden daarvan zijn astma, hartfalen en COPD. Wanneer mensen die lijden aan deze chronische aandoeningen regelmatig worden gecontroleerd en de juiste zorg ontvangen, kan een ziekenhuisopname meestal worden voorkomen. In het OECD Health Care Quality Indicators Project is voor deze aandoeningen in kaart gebracht hoe vaak ziekenhuisopnamen vóórkomen. In het algemeen geldt dat vermijdbare ziekenhuisopnamen voor chronische aandoeningen in Nederland weinig voorkomen.

In *figuur 2.3.7* is voor de drie genoemde aandoeningen het aantal opnamen weergegeven per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder. In deze figuur is steeds het cijfer van Nederland, het gemiddelde van West-Europa, en dat van de landen met de meeste en de minste opnamen weergegeven. De cijfers voor Nederland hebben betrekking op 2005, die van de andere landen op 2006 of 2007. Voor alle drie de aandoeningen ligt het aantal vermijdbare opnamen in Nederland onder het Europese gemiddelde.

**Figuur 2.3.7: Vermijdbare ziekenhuisopnamen met als hoofddiagnosen astma, COPD of hartfalen, 2005 voor Nederland en 2006-2007 voor overige landen; Nederland, West-Europa, hoogst scorende en laagst scorende land**



(Bron: OECD, 2009)

Astma: hoogst Finland, laagst Italië; COPD: hoogst Ierland, laagst Frankrijk; Hartfalen: hoogst Duitsland, laagst Verenigd Koninkrijk

\* EU-15, Noorwegen, Zwitserland

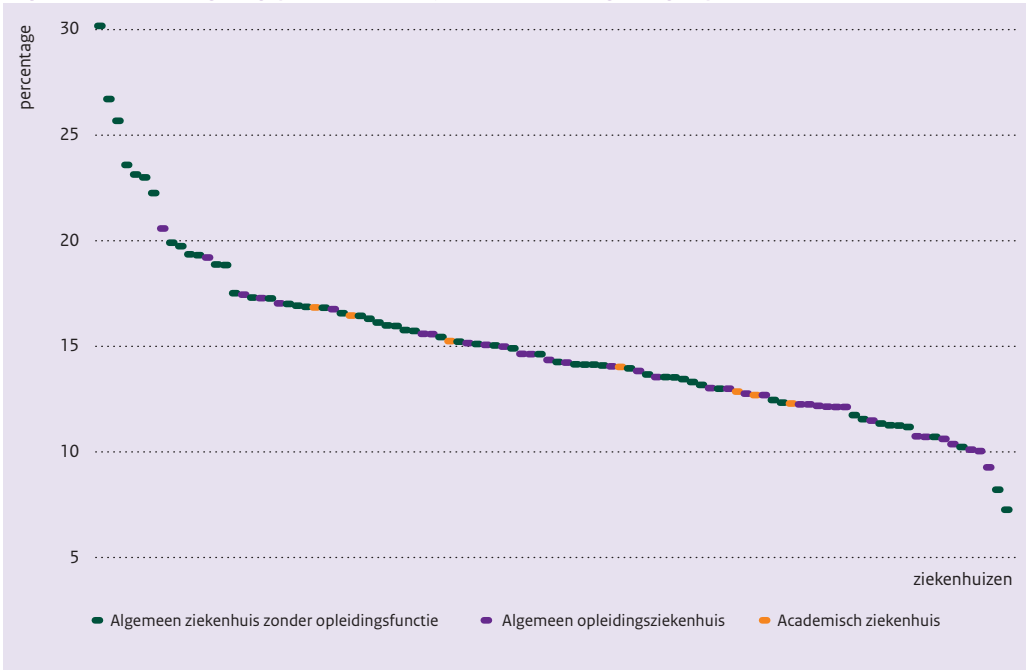
Voor astma worden in Nederland jaarlijks 26 per 100.000 inwoners opgenomen in het ziekenhuis. Finland heeft een extreem hoog aantal vermijdbare opnamen, namelijk 92. Maar ook landen als Frankrijk, België, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk hebben cijfers boven de 40. Bij de aandoening COPD zien we een vergelijkbaar patroon. In Nederland zijn er op jaarbasis 154 opnamen per 100.000 voor deze aandoening. Ook dit is aan de lage kant, ongeveer drie kwart van het cijfer voor West-Europa. Voor hartfalen worden in Nederland per 100.000 inwoners 171 mensen per jaar opgenomen.

### **Het percentage sectio's dat wordt uitgevoerd bij zwangere vrouwen in de laagrisicogroep verschilt sterk tussen ziekenhuizen, variërend van 7% tot 30%**

Een sectio (keizersnede) is een buikoperatie die risico's met zich meebrengt. Hoewel het aantal sectio's in Nederland internationaal gezien laag is, neemt het aantal de afgelopen jaren wel toe (IGZ, 2009). In de periode 2004-2008 vond bij 14,4% van de bevallingen in ziekenhuizen in de laagrisicogroep een secundaire (ongeplande) sectio plaats. Het gaat hierbij om bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren, het kind voldragen is (minstens 37 weken) en waarbij het een éénling betreft in een 'normale' schedelliging. *Figuur 2.3.8* toont het percentage ongeplande sectio's per ziekenhuis die zijn uitgevoerd bij de laagrisicogroep. De grote variatie laat zien dat er in sommige ziekenhuizen vaker tot een ongeplande sectio wordt overgegaan dan in andere. Deze percentages variëren van 7,3% tot 30,2%. Er zijn ook grote verschillen tussen ziekenhuizen. De verschillen tussen de academische ziekenhuizen zijn beperkt: van 12,3% tot 17,5%, tussen (algemene) opleidingsziekenhuizen is de variatie groter: van 9,3% tot 20,6% en de grootste verschillen zien we tussen ziekenhuizen waar binnen niet wordt opgeleid: 7,3% tot 30,2%.

Van de vijftien ziekenhuizen met de hoogste percentages, zijn er dertien algemene ziekenhuizen waar niet wordt opgeleid. Alle genoemde cijfers zijn afkomstig van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN). Momenteel werken het RIVM en PRN aan onderzoek naar verklaringen voor de grote variatie tussen ziekenhuizen.

**Figuur 2.3.8: Percentage ongeplande sectio's bij vrouwen in de laagrisicogroep, 2004-2008**



(Bron: Stichting Perinatale Registratie Nederland)

### 12% van de GGZ-behandelingen wordt eenzijdig door de cliënt beëindigd; dit percentage verschilt sterk tussen instellingen

Van alle GGZ-behandelingen werden er in 2007 zeven van de tien met wederzijdse instemming beëindigd. In 12% van de gevallen werd de behandeling eenzijdig afgebroken door de cliënt / patiënt. In *figuur 2.3.9* is te zien dat dit percentage al jaren stabiel is. Eenzijdige beëindiging (ook wel ‘drop-out’ genoemd) komt in sommige circuits meer voor dan in andere. Bij GGZ-hulpverlening aan volwassenen en bij instellingen voor Beschermd Wonen komt drop-out het meest voor: respectievelijk 14% en 13%. Bij de jeugd wordt 8% van de behandelingen eenzijdig door de cliënt / patiënt beëindigd en het laagste percentage zien we bij hulpverlening aan ouderen, namelijk 4% (GGZ Nederland, 2009a). Naast verschillen tussen de circuits en doelgroepen, verschillen drop-outpercentages ook tussen instellingen. Bij behandeling van schizofrenie en andere psychotische stoornissen bijvoorbeeld, liepen in 2008 de percentages uiteen van minder dan 5% tot 28%. Bij stemmingsstoornissen was er een vergelijkbare

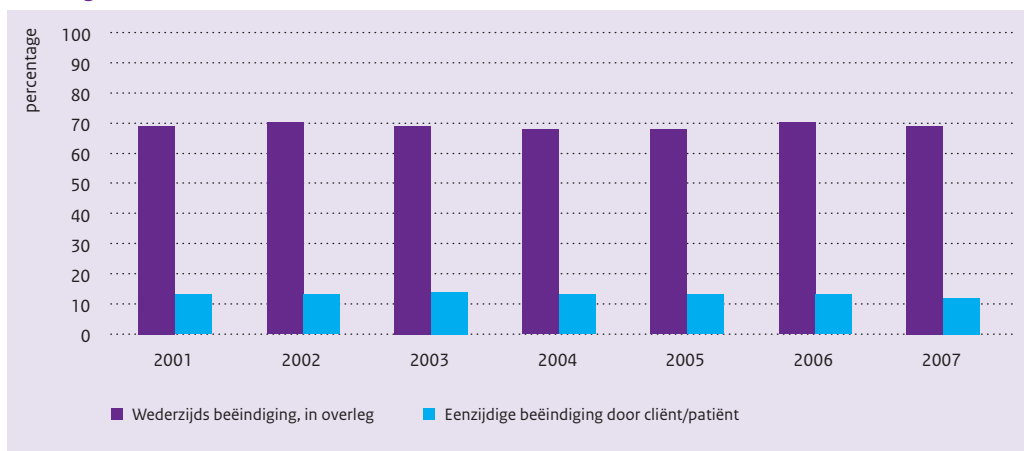


variatie en bij angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zijn er instellingen die drop-outpercentages van meer dan 30% rapporteren, maar ook instellingen die onder de 5% zitten (ZN, 2009).

Drop-out is ook opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ. Gebleken is dat het terugvalrisico bij een afgebroken behandeling ruim twee keer zo groot is als bij een voortgezette behandeling (Stuurgroep, 2009).

Niet alleen de cliënt / patiënt kan de behandeling eenzijdig beëindigen, het komt ook wel eens voor dat de hulpverlener dit doet. In 2007 kwam dat in 5% van de gevallen voor. Naast de genoemde redenen, komt het voor dat behandelingen worden gestopt om een andere reden. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om overlijden of verhuizing.

**Figuur 2.3.9: Percentage GGZ-behandelingen dat met wederzijdse instemming of eenzijdig door de cliënt beëindigd wordt, 2001-2007**



(Bron: GGZ Nederland, 2009a)

## Conclusie

Nederland heeft een goed functionerende curatieve zorg. Typend voor de curatieve zorg is de centrale positie die huisartsen, en meer algemeen de eerste lijn, hierbinnen inneemt. Voor huisartsenzorg zijn inmiddels 85 NHG-standaarden beschikbaar waarin richtlijnen met betrekking tot diagnostiek, voorschrijven, verwijzen en dergelijke zijn opgenomen. Deze standaarden hebben een prominente plek in de huisartsgeneeskunde. In deze paragraaf is alleen gekeken naar het voorschrijfgedrag van huisartsen. Hieruit bleek dat richtlijnen meestal worden opgevolgd, maar dat hierin, al dan niet om legitieme redenen, grote verschillen bestaan tussen huisartsen. Vermijdbare ziekenhuisopnamen worden in de literatuur beschouwd als een indicator voor de effectiviteit van ambulante zorg. Ook hier lijkt een sterke eerste lijn, maar ook de poliklinische zorg, zijn vruchten af te werpen; dit soort opnamen komen in

Nederland weinig voor in vergelijking met de meeste andere landen. Andere indicatoren die wijzen op een effectieve curatieve zorg zijn de relatief gunstige overlevingscijfers van kankerpatiënten en de snelheid waarmee heupfracturen worden geopereerd. Ook blijken de meeste mensen per saldo baat te hebben bij operaties aan staar, rughernia, heup, knie en spataderen. Hoe deze laatste resultaten zich verhouden tot andere landen is niet bekend.

Opvallend is de, vergeleken met andere landen, hoge sterfte binnen 30 dagen na opname voor een myocardinfarct, een herseninfarct of een hersenbloeding. Nederland lijkt op deze indicatoren internationaal gezien slecht te scoren met cijfers die ruim boven het Europese gemiddelde liggen. Deze bevinding vraagt om een meer diepgaande, verklarende analyse. Het RIVM is in 2010 samen met enkele andere Europese onderzoeksinstituten een onderzoek hiernaar gestart, genaamd EUROHOPE. Een dergelijke analyse zal mogelijk factoren aan het licht brengen waarop de zorg kan worden verbeterd, of artefacten waardoor Nederland onterecht ongunstig scoort.

Naast internationale vergelijkingen kunnen vergelijkingen tussen zorgaanbieders zicht geven op mogelijke ruimte voor verbetering. Een zekere mate van 'inter-aanbiedersvariatie' is logisch en zelfs nodig. Wanneer echter de behandeling of het succes daarvan sterk afhangt van de zorgaanbieder tot wie de patiënt zich wendt, is dat een indicatie voor grote kwaliteitsverschillen. Het zicht op verschillen in kwaliteit wordt beter naarmate er beter wordt gecorrigeerd voor verschillen in patiëntenpopulaties en problematiek (casemix). Een aantal indicatoren laat een grote variatie tussen aanbieders zien:

- het percentage voorschriften volgens de richtlijn is bij sommige huisartsen wel 30% hoger dan bij andere;
- het percentage patiënten in lage ASA-klassen dat binnen 24 uur geopereerd wordt aan een heupfractuur loopt uiteen van 67,5% tot 100% tussen ziekenhuizen;
- het percentage sectio's bij zwangere vrouwen in de laagrisicogroep verschilt sterk tussen ziekenhuizen, variërend van 7% tot 30%;
- voor een aantal aandoeningen die binnen de GGZ worden behandeld, lopen drop-outcijfers uiteen van minder dan 5% tot 28%.

Deze bevindingen lijken het belang van een *best practice*-benadering en het gebruik van spiegelinformatie door zorgaanbieders te bevestigen.

## 2.4 Effectiviteit van langdurige zorg

### Kernbevindingen

- Ruim 60% van de bewoners van instellingen voor verpleging en verzorging ervaart de lichamelijke verzorging altijd als goed; een derde van de vertegenwoordigers van cliënten in de psychogeriatric zegt dat cliënten altijd goede lichamelijke verzorging krijgen
- Cliënten van instellingen voor verpleging en verzorging, cliënten die thuiszorg ontvangen en vertegenwoordigers van cliënten in de psychogeriatric ervaren de zorg doorgaans als professioneel en veilig
- Personeel van verpleeg- en verzorgingshuizen zou cliënten graag meer tijd en persoonlijke aandacht geven
- Ongeveer een kwart van de cliënten in de langdurige zorg was in 2008 ondervoed; de aanvankelijk dalende trend lijkt te stagneren
- In een periode van 30 dagen valt één op de tien thuiszorgcliënten; in bijna de helft van deze valincidenten loopt de cliënt letsel op
- Het aantal meerbedskamers in verzorgingshuizen en verpleeghuizen neemt af; in 2008 is deze afname in een stroomversnelling geraakt
- In negen van de tien instellingen voor verpleging en verzorging en psychogeriatric is altijd een arts oproepbaar
- Van de instellingen voor verpleging en verzorging en psychogeriatric kan 88% aantonen dat het personeel bekwaam is in het uitvoeren van voorbehouden handelingen; in thuiszorginstellingen is dat 84%

### Hoe we de effectiviteit van langdurige zorg vaststellen

Langdurige zorg is primair gericht op verpleging en verzorging en dus niet direct, zoals curatieve zorg, op genezing. Langdurige zorg wordt gefinancierd uit de Awbz en omvat vooral ouderenzorg, zorg voor verstandelijk gehandicapten en een gedeelte van de geestelijke gezondheidszorg. Per 1 januari 2009 worden er vijf zogenaamde functiegerichte aanspraken onderscheiden binnen de langdurige zorg, deze kunnen worden opgevat als de voornaamste functies van langdurige zorg. Dit zijn:

- persoonlijke verzorging
- verpleging
- begeleiding
- behandeling
- verblijf

Bij de effectiviteit van de langdurige zorg gaat het om het leveren van 'verantwoorde zorg'. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan het ondersteunen van mensen, zodat zij zoveel mogelijk het leven kunnen leiden zoals zij dat willen en gewend zijn, en de dingen kunnen doen die ze, gelet op hun

mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden (Arcare, 2005). Met alle sectoren in de langdurige zorg zijn afspraken gemaakt over het meetbaar maken van verantwoorde zorg. Veldpartijen, cliëntenorganisaties en overheid hebben een set van normen voor goede langdurige zorg vastgesteld met de daarbij behorende indicatoren. Deze indicatoren hebben betrekking op de verpleging, verzorging en thuiszorg en zijn vastgelegd in het rapport *Toetsingskader voor verantwoorde zorg* (Stuurgroep, 2007). In deze Zorgbalans is de keuze voor de indicatoren deels afgestemd op het Toetsingskader voor verantwoorde zorg. De gegevens in deze paragraaf hebben voornamelijk betrekking op de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. In juni 2010 zullen de eerste kwaliteitsgegevens worden gepubliceerd uit het toetsingskader voor de gehandicaptenzorg. Omdat gegevens uit de gehandicaptenzorg vooralsnog niet voorhanden zijn, ontbreken die in deze paragraaf. Wel komen in *paragraaf 2.6* enkele indicatoren uit CQ-vragenlijstonderzoek aan de orde.

### Indicatoren

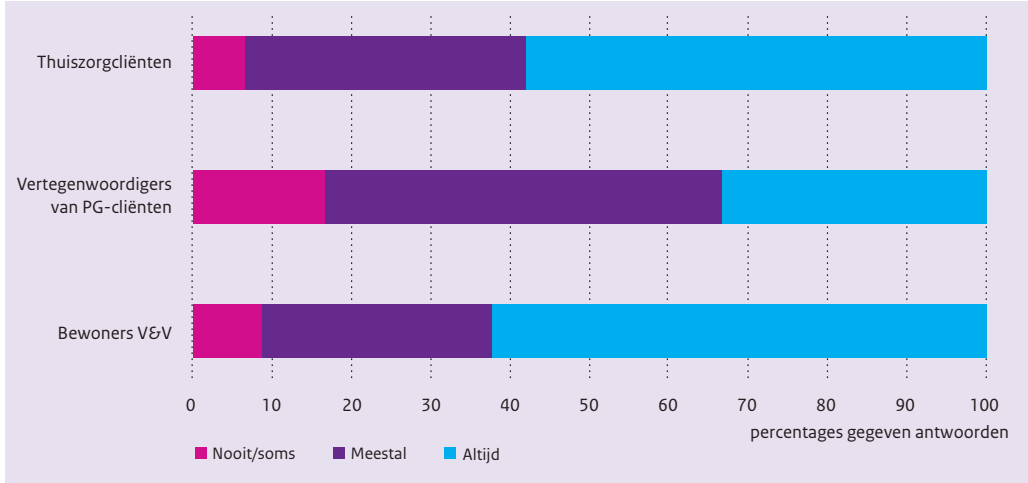
- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat een goede lichamelijke verzorging ervaart
- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat de zorg als professioneel en veilig ervaart
- Tevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden met de kwaliteit van zorg
- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in instellingen voor verpleging en verzorging en bij cliënten die zorg thuis ontvangen:
  - ondervoeding
  - valincidenten
- Meerbedskamers in verzorgings- en verpleeghuizen
- 7x24 uur beschikbaarheid van een arts in instellingen voor verpleging en verzorging en psychogeriatric
- Aangetoonde bekwaamheid van personeel in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen

### De stand van zaken

**Ruim 60% van de bewoners van instellingen voor verpleging en verzorging ervaart de lichamelijke verzorging altijd als goed; een derde van de vertegenwoordigers van cliënten in de psychogeriatric zegt dat cliënten altijd goede lichamelijke verzorging krijgen**

*Figuur 2.4.1* geeft de ervaringen weer van cliënten van instellingen voor verpleging en verzorging en voor zorg thuis. Ongeveer 90% van de ondervraagde cliënten ervaart de lichamelijke verzorging meestal of altijd als goed. Vertegenwoordigers van cliënten die verblijven in instellingen voor psychogeriatric zijn kritischer, van hen kwalificeert een derde de lichamelijke verzorging als altijd goed. Bijna 17% noemt deze nooit of soms goed.

**Figuur 2.4.1: De mate waarin bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen, thuiszorgcliënten en vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten de lichamelijke verzorging als goed ervaren, 2008**



(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

**Cliënten van instellingen voor verpleging en verzorging, cliënten die thuiszorg ontvangen en vertegenwoordigers van cliënten in de psychogeriatric ervaren de zorg doorgaans als professioneel en veilig**

Tabel 2.4.1 toont de mate waarin bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgcliënten en vertegenwoordigers van cliënten in de psychogeriatric de zorg als professioneel en veilig ervaren. Deze ervaringen zijn uitgevraagd op een 4-puntsschaal (1=nooit, 2=soms, 3=meestal en 4=altijd goede ervaringen). Uit deze tabel blijkt dat zowel de cliënten als de vertegenwoordigers overwegend positieve ervaringen hebben. Ook hier zijn de vertegenwoordigers van de cliënten in de psychogeriatric het meest kritisch, maar hun gemiddelde score van 3,3 ligt toch nog op 76% van het schaalmaximum. Bij de andere cliëntengroepen zien we gemiddelde schaalscores rond de 3,5 wat zich op de schaal ongeveer bevindt tussen de kwalificaties ‘meestal’ en ‘altijd’. De cijfers zijn ook beschikbaar voor 2007, maar er zijn nauwelijks veranderingen waarneembaar.

**Tabel 2.4.1: De mate waarin bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen, thuiszorgcliënten en vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten de zorg als professioneel en veilig ervaren, 2008**

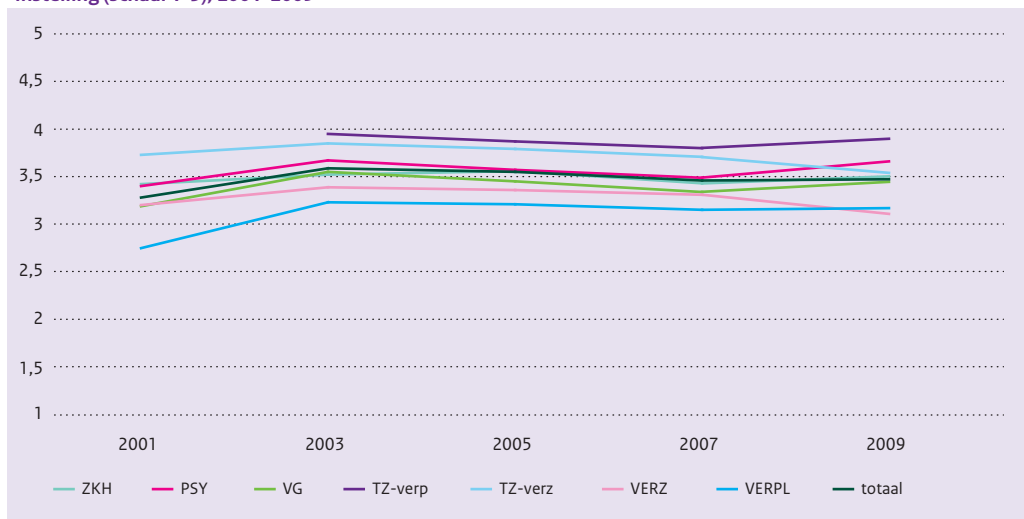
	25 <sup>e</sup> percentiel	Gemiddelde	75 <sup>e</sup> percentiel
Vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten	3,18	3,30	3,42
Thuiszorgcliënten	3,44	3,53	3,63
Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	3,34	3,47	3,62

(Bron: Stuurgroep, 2007; Plexus, 2009)

### Personeel van verpleeg- en verzorgingshuizen zou cliënten graag meer tijd en persoonlijke aandacht geven

In de periode 2003-2007 nam de tevredenheid onder verpleegkundigen en verzorgenden over de kwaliteit van zorg die in hun instelling werd verleend af. In de periode 2007-2009 is deze dalende trend afgevlakt (zie *figuur 2.4.2*). Op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot en met 5 (zeer tevreden) is de gemiddelde score 3,46; ongeveer 60% van de maximale schaalscore. Twee deelsectoren wijken statistisch significant naar beneden af van de rest, namelijk het personeel in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Bij deze categorieën zien we een gemiddelde schaalscore van net iets boven de 3. Binnen deze deelsectoren bestaat nog altijd veel ontevredenheid over kwaliteit.

**Figuur 2.4.2: Tevredenheid onder verplegend en verzorgend personeel met de kwaliteit van zorg in de eigen instelling (schaal 1-5), 2001-2009**



(Bron: Panel Verpleging & Verzorging NIVEL)

ZKH = ziekenhuizen; PSY = psychiatrie; VG = zorg voor verstandelijk gehandicapten; TZ-verp = thuiszorg verpleegkundigen; TZ-verz = thuiszorg verzorgenden; VERZ = verzorgingshuizen; VERPL = verpleeghuizen

De tevredenheid met de kwaliteit van zorg wordt om de twee jaar gemeten in het Panel Verpleging & Verzorging. De schaalscore wordt berekend aan de hand van drie vragen: de mate waarin er voldoende tijd is om cliënten goed te verzorgen, de mate waarin individuele zorgverlening aan cliënten kan worden gegeven en de mate waarin psychosociale begeleiding aan cliënten kan worden gegeven.

Recent is in het Panel Verpleging & Verzorging onderzoek gedaan naar morele dilemma's waar verplegend en verzorgend personeel mee te maken heeft. Hieruit komt een aantal problemen naar voren die raken aan de kwaliteit van zorg. Een vraag waar veel respondenten vaak mee bleken te worstelen is: "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de

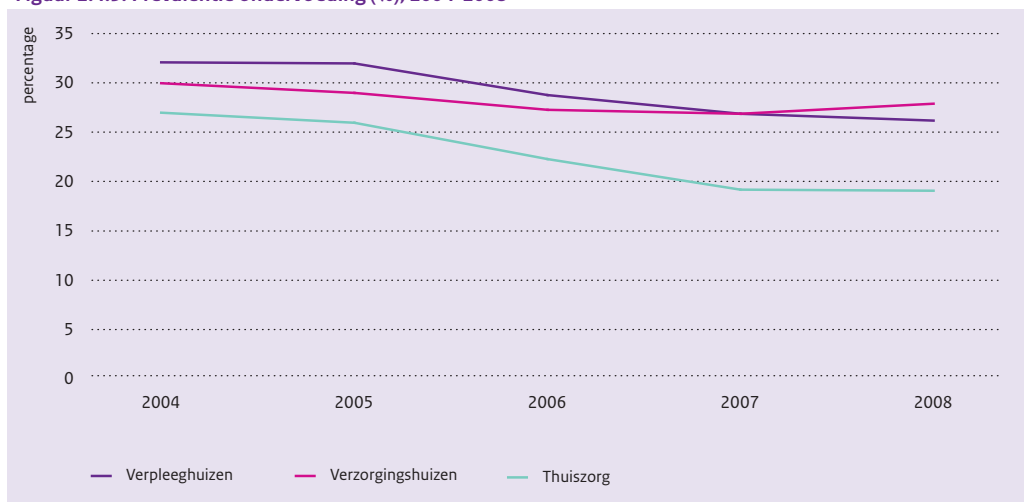
geïndiceerde zorg?”. De helft (50%) van de verpleegkundigen en verzorgenden vraagt zich dit minstens één keer per week af. In de thuiszorg signaleerde 64% een toename van dit probleem, in de verpleeg- en verzorgingshuizen was dat 47%. Een derde van de verzorgenden en verplegenden stelt zich zelf minimaal wekelijks de vraag: “zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?”. Vier op de tien geven bovendien aan dat dit dilemma steeds vaker voorkomt (De Veer en Francke, 2009). Gebrek aan (gekwalificeerd) personeel en daardoor gebrek aan toezicht blijft een hardnekkig probleem in de verpleeg- en verzorgingshuizen. In de vorige Zorgbalans rapporteerden we al dat veel verplegenden en verzorgenden aangaven niet voor de veiligheid van cliënten in te kunnen staan door personeelsgebrek. In verpleeghuizen was dat zelfs meer dan 60%. De onderbezetting en het tekort aan gekwalificeerd personeel kan leiden tot ongewenste situaties. Soms neemt men zijn toevlucht tot vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixeren of het plaatsen van cliënten in een diepe stoel (De Veer et al., 2007).

### Ongeveer een kwart van de cliënten in de langdurige zorg was in 2008 ondervoed; de aanvankelijk dalende trend lijkt te stagneren

Bijna een kwart van de cliënten in de langdurige zorg (uitgezonderd de gehandicaptenzorg die niet is gemeten) was in 2008 ondervoed. *Figuur 2.4.3* geeft het percentage ondervoede cliënten weer. Vanaf 2005 nam de prevalentie van ondervoeding vooral in de thuiszorg en in de verpleeghuizen af. Na 2007 lijken de cijfers zich te stabiliseren. Er zijn flinke verschillen tussen de drie categorieën, variërend van 19% bij thuiszorgcliënten tot 27,8% in de verzorgingshuizen.

Sinds 2004 wordt ondervoeding gemeten in de jaarlijkse Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Of iemand ondervoed is, wordt bepaald met een combinatie van de *bodymass-index* (BMI) gerelateerd aan leeftijd, eetgedrag in de afgelopen week en gewichtsverlies. De cijfers sinds 2006 zijn betrouwbaarder dan die van de jaren daarvoor omdat het aantal deelnemers dat werd gewogen, sterk is toegenomen.

**Figuur 2.4.3: Prevalentie ondervoeding (%), 2004-2008**



(Bron: Halfens et al., 2008)

### In een periode van 30 dagen valt één op de tien thuiszorgcliënten; in bijna de helft van deze valincidenten loopt de cliënt letsel op

In 2007 werden valincidenten voor het eerst meegenomen in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. In 2008 vond de tweede meting plaats. De incidentie is vastgesteld over de periode 30 dagen voorafgaand aan de meting. Het aantal 'vallers' is, uitgesplitst naar drie sectoren, weergegeven in *figuur 2.4.4*. Van de thuiszorgcliënten viel 11,4%, in de verzorgingshuizen 9,8% en in de verpleeghuizen 9,6%. In alle drie de categorieën viel ongeveer één op de vier cliënten meer dan één keer. Cijfers uit de Jaardocumenten zorg wijzen op iets hogere gemiddelden: respectievelijk 12,1% bij thuiszorgcliënten en 10,6% bij cliënten in verpleging en verzorging.

**Figuur 2.4.4: Percentage mensen dat is gevallen in de periode 30 dagen voorafgaand aan de meting, 2007 en 2008**



(Bron: Halfens et al., 2007; 2008)

De Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) meten valincidenten op vergelijkbare wijze voor de Verenigde Staten. De diverse staten rapporteren valprevalenties tussen de 10% en 20%, met een gemiddelde van 13,1% voor de hele Verenigde Staten in 2008 (CMS, 2008). Vergelijkbare informatie uit andere landen is schaars. Veel van deze studies zijn gedateerd en rapporteren meestal de jaarprevalentie. De WHO schat dat ongeveer 30% tot 50% van de mensen in instellingen voor verpleging en verzorging jaarlijks valt. Bij ouderen die zelfstandig wonen is dat tussen de 28% en de 35%. De WHO baseert deze schatting op een inventarisatie van zes studies die werden uitgevoerd tussen 1981 en 2002 in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nieuw Zeeland en Nederland (Yoshida, 2009).

Valincidenten leiden bij ruim vier op de tien vallers tot letsel. Bij een kwart is dat ernstig letsel, zoals een heupfractuur. Ruim 21% heeft matig ernstige letsel, zoals snij- of schaafwonden. Valincidenten vormen nog steeds een ernstig en veelvoorkomend probleem. Bovendien is dit probleem vergeleken met 2007

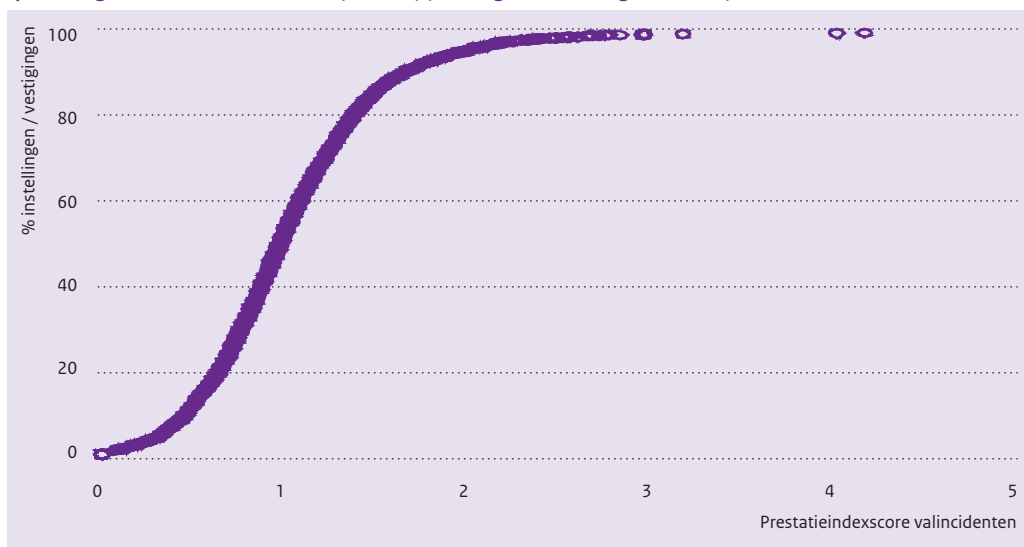


eerder groter dan kleiner geworden. Er bestaan diverse preventieve maatregelen tegen (herhaald) vallen of letsel als gevolg van vallen. Voorbeelden daarvan zijn aanpassingen in de omgeving, oefentherapie, toezicht of het geven van beschermers. Preventieve maatregelen worden echter lang niet altijd toegepast (Halfens et al., 2008).

Figuur 2.4.5 laat de variatie tussen instellingen voor verpleging en verzorging zien. Ongeveer de helft van de instellingen heeft een score die op of onder de verwachtingswaarde ligt. De verwachtingswaarde is het gemiddelde, gecorrigeerd voor zorgzwaarte. Deze waarde is hier op 1 gesteld. Ongeveer 15% heeft een score die 1,5 maal of meer is dan de verwachte waarde. Extreme scores van 2,5 of meer komen sporadisch voor. De variatiecoëfficiënt bedraagt 0,24.

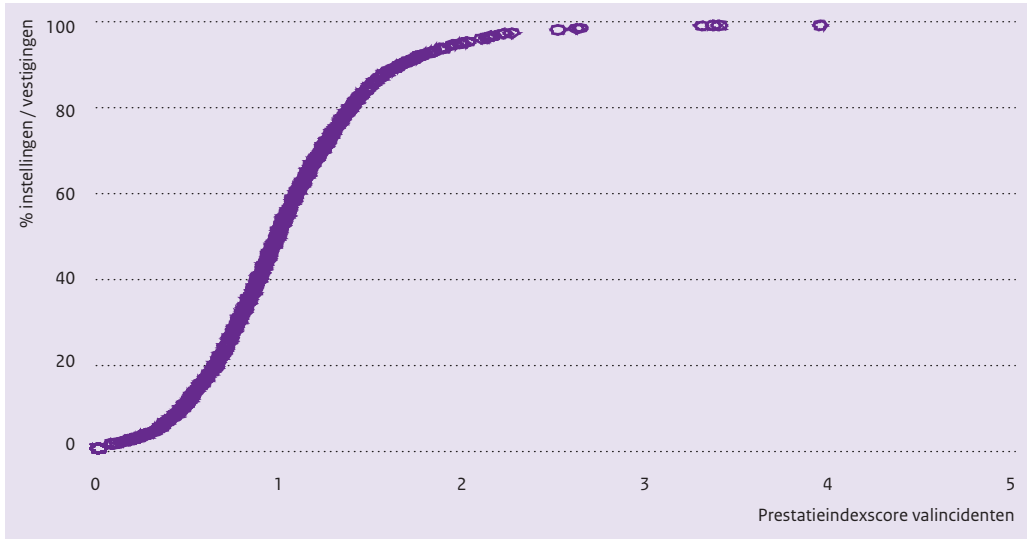
Figuur 2.4.6 toont de variatie in valincidenten geregistreerd door instellingen voor zorg thuis. De variatie is vergelijkbaar met die van de instellingen voor verpleging en verzorging. Bijna 60% zit op of onder de verwachte waarde. Slechts 11% heeft een waarde van 1,5 of hoger. Ook hier komen extreme waarden nauwelijks voor. Zeven instellingen hebben een waarde van meer dan 2,5. De variatiecoëfficiënt bedraagt hier 0,27.

**Figuur 2.4.5: Valincidenten in instellingen voor verpleging en verzorging per instelling / vestiging cumulatieve percentages naar vóórkomen, 2008 (N=1581) (scores gedeeld door gemiddelde)**



(Bron: Jaardocumenten zorg)

**Figuur 2.4.6: Valincidenten bij instellingen die zorg thuis verlenen, cumulatieve percentages naar vóórkomen, 2008 (N=1581) (scores gedeeld door gemiddelde)**



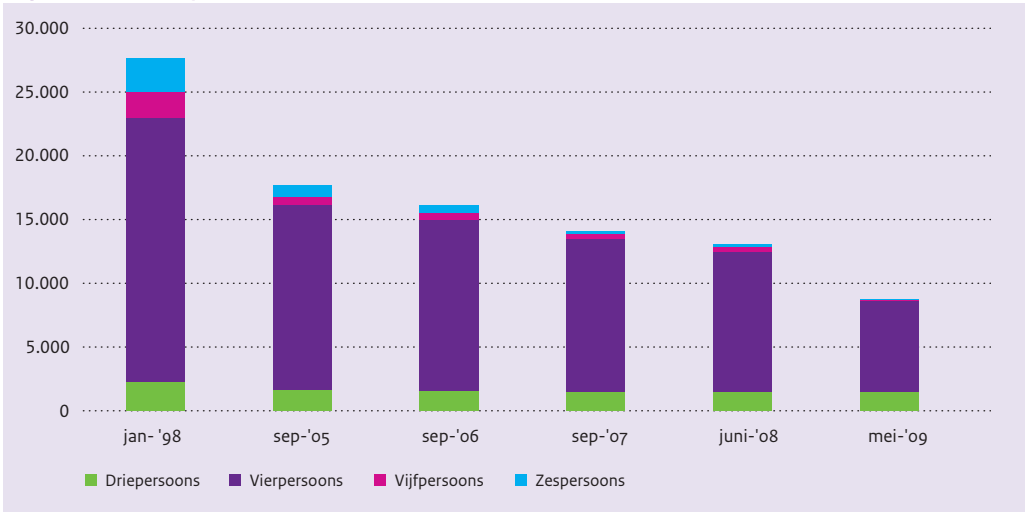
(Bron: Jaardocumenten zorg)

### **Het aantal meerbedskamers in verzorgingshuizen en verpleeghuizen neemt af; in 2008 is deze afname in een stroomversnelling geraakt**

In mei 2009 waren er nog 8799 plaatsen in meerbedskamers. In bijna alle gevallen ging het daarbij om driepersoonskamers (17%) of vierpersoonskamers (80%) (zie *figuur 2.4.7*).

Onder meerbedskamers verstaan we kamers voor meer dan twee personen. Er bestaat brede consensus over de onwenselijkheid van meerbedskamers omdat deze weinig ruimte voor privacy bieden. In 1998 is begonnen met de afbouw van meerbedskamers. Het doel daarbij is steeds geweest dat er in 2010 alleen nog maar (splitsbare) tweepersoonskamers en eenpersoonskamers zijn. Dat doel wordt niet behaald. Als de afbouw zich de komende jaren voortzet in het gemiddelde tempo van de afgelopen vijf jaar, dan zullen er in 2014 geen meerbedskamers meer zijn.

**Figuur 2.4.7: Aantal plaatsen in meerbedskamers, 1998-2009**



(Bron: College Bouw Zorginstellingen)

### **In negen van de tien instellingen voor verpleging en verzorging en psychogeriatric is altijd een arts oproepbaar**

In 2008 konden negen van de tien instellingen voor verpleging en verzorging (91%) aantonen dat 7 maal 24 uur per week een arts oproepbaar is. Deze arts reageert binnen tien minuten en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn. De instellingen moesten de oproepbaarheid van een arts kunnen aantonen aan de hand van een eigen registratie. In verpleeghuizen gaat het om een verpleeghuisarts, in een verzorgingshuis kan dat ook een ander soort arts zijn, in een verpleegafdeling van een verzorgingshuis geldt dat de arts ondersteund moet worden door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie (Plexus, 2009; Stuurgroep, 2007).

### **Van de instellingen voor verpleging en verzorging en psychogeriatric kan 88% aantonen dat het personeel bekwaam is in het uitvoeren van voorbehouden handelingen; in thuiszorginstellingen is dat 84%**

In de Wet BIG is een aantal voorbehouden en/of risicovolle handelingen omschreven. Voor verpleegkundigen en soms verzorgenden valt daarbij bijvoorbeeld te denken aan het geven van injecties of sondevoeding, katheterisaties of het toedienen van medicatie met een vernevelaar. In 2008 kon 88% van de instellingen voor verpleging en verzorging aantonen dat zij door middel van een praktijktoets hadden vastgesteld of het personeel dat voorbehouden of risicovolle handelingen uitvoert, hier ook bekwaam voor is. In 2007 was dat nog 83%. Van de instellingen voor zorg thuis kon 84% dit aantonen, tegen 82% in 2007.

Bij een 'praktijktoets' wordt de voorbehouden handeling uitgevoerd in aanwezigheid van een deskundige, bijvoorbeeld een arts of een verpleegkundige. De deskundige bepaalt of de handeling juist is uitgevoerd en maakt hier aantekening van (Plexus, 2009; Stuurgroep, 2007).

## Conclusie

De afgelopen jaren is hard gewerkt vanuit het veld, de cliëntenorganisaties en de overheid om de kwaliteit binnen de langdurige zorg beter meetbaar te maken. Er bestaat nu een toetsingskader met normen voor verantwoorde zorg. Instellingen leveren jaarlijks een aantal gegevens aan waarmee ze verantwoording afleggen over de door hen geleverde kwaliteit van zorg. Deze gegevens zullen in de toekomst steeds meer keuze-informatie opleveren voor zorggebruikers en bieden inzicht in de stand van zaken op systeemniveau. Bij dit laatste valt bijvoorbeeld te denken aan variatie tussen instellingen.

Eerder gemaakte afspraken en ingezet beleid om zaken te verbeteren in de langdurige zorg lijken zich te vertalen in positieve ontwikkelingen. Een voorbeeld daarvan is de snelle afname van meerbedskamers. Zoals het zich nu laat aanzien zullen deze binnen vijf jaar geheel verdwenen zijn. Dat komt de privacy van bewoners ten goede. Het merendeel van de gebruikers van langdurige zorg dat participeert in vragenlijst-onderzoek is overwegend positief over de geboden zorg. Eerder zagen we al dalende trends in decubitus (zie *paragraaf 2.5*) en ondervoeding. Hoewel deze laatste trend zich nu lijkt te stabiliseren. Ook aan enkele noodzakelijke voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt in het overgrote deel van de instellingen aantoonbaar voldaan; zo is in negen van de tien instellingen altijd een arts oproepbaar en is het personeel in 84% van de instellingen aantoonbaar bekwaam in het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

De toegenomen aandacht voor kwaliteit is gunstig en zal mogelijk meer positieve effecten hebben op de zorg in de nabije toekomst. Voortgaan op deze weg is belangrijk want er is ook reden tot zorg. De langdurige zorg staat onder druk. De zorgvraag neemt toe en wordt zwaarder en complexer. Ondertussen is het moeilijk om bekwaam personeel te vinden. Er is dan ook kritiek op de kwaliteit van zorg, zowel uit de hoek van zorggebruikers als van zorgverleners. Van de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten noemt slechts een derde de lichamelijke verzorging altijd goed. Ook de verplegenden en verzorgenden in de verpleeghuizen zijn lang niet altijd positief over de kwaliteit van zorg. Een aanzienlijk aantal beschouwt deze als onder de maat. In *paragraaf 2.6* over vraaggerichtheid wordt eveneens ingegaan op de bevinding dat, door de hoge werkdruk in deze sector, niet altijd de zorg geleverd kan worden die zorgverleners eigenlijk zouden willen bieden. Een concreet voorbeeld wordt beschreven door de LPZ: bij mensen die vallen worden niet altijd preventieve maatregelen genomen om herhaling te voorkomen.

Tegelijk met de inspanningen die worden verricht om kwaliteit te verbeteren, zullen de uitdagingen voor de langdurige zorg de komende tijd alleen maar groter worden; het aantal ouderen neemt toe en ook de daarmee gepaard gaande problematiek als dementie en andere chronische aandoeningen. Voor de periode 2007-2010 heeft het ministerie van VWS 248 miljoen extra uitgetrokken om meer personeel aan te trekken voor de ouderenzorg, het gaat om 5000 tot 6000 medewerkers (VWS, 2007c).

## 2.5 Patiëntveiligheid

### Kernbevindingen

- Het percentage chronisch zieke patiënten in Nederland dat van mening is dat er bij hun behandeling een fout is gemaakt, ligt met 17% op een internationaal laag niveau
- De gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen daalde in de periode 2003-2008; de sterftetekans in het ziekenhuis met de hoogste sterfte was in 2008 nog 36% hoger dan gemiddeld
- Tenminste 7% van de bewoners in instellingen voor verpleging en verzorging krijgt in een periode van 30 dagen te maken met een medicijnincident
- Het percentage patiëntencontacten in 84 eerstelijnszorgpraktijken dat resulteerde in onbedoelde, onnodige schade aan de patiënt, varieerde van 0,06% in paramedische praktijken tot 0,7% in huisartsenpraktijken, in 2008-2009
- In 2009 had gemiddeld 5,2% van de opgenomen patiënten een ziekenhuisinfectie
- Het percentage ernstige bloedtransfusiereacties per 1000 geleverde bloedproducten schommelde in de periode 2005-2008 rond 0,2%
- Het percentage risicopatiënten dat in het ziekenhuis decubitus krijgt, daalde in algemene ziekenhuizen van 10,3% in begin 2004 naar 5,3% in 2009 en in academische ziekenhuizen van 10,3% naar 9,8%
- De decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg is verder afgenomen. In de verzorgingshuizen was deze daling het sterkst: van 4,4% naar 2,6%
- 13,4% van de ziekenhuizen voerde in 2008 minder operaties aan verwijdingen van de buikslagader uit dan de gestelde norm; voor operaties aan slokdarmkanker was dit 4,1%
- Het percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert, stijgt gestaag sinds 2003 tot 50% in 2007

### Hoe we patiëntveiligheid vaststellen

Patiëntveiligheid staat sinds enkele jaren hoog op de beleidsagenda en inmiddels zijn er veel initiatieven ontwikkeld in de meeste sectoren en daarbinnen in de instellingen met als doel de patiëntveiligheid te vergroten. Zo is naar aanleiding van de EMGO/NIVEL dossierstudie naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen (De Brijne et al., 2007) in de ziekenhuissector het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' opgezet en moeten ziekenhuizen eind 2012 een geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem (vms) hebben. Daarnaast rapporteren ziekenhuizen jaarlijks over hun prestaties aan de IGZ met behulp van de IGZ prestatie-indicatoren waarvan een aantal op veiligheid betrekking hebben. In de eerstelijnszorg werd recentelijk door Harmsen et al. (2009) een onderzoek uitgevoerd naar onbedoelde schade. Binnen deze sector wordt er naar gestreefd om eind 2011 een systeem voor veilig incident melden ontwikkeld te hebben. In de geestelijke gezondheidszorg is een eerste dossieronderzoek naar onbedoelde schade uitgevoerd (Peeters et al., 2009) en is het streven dat 80% van de GGZ-instellingen in 2010 een vms heeft. De langdurige zorg kent het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg voor

de VV&T sector en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, in beide komen cliëntveiligheidsthema's aan de orde. Al deze initiatieven getuigen van een groeiende aandacht voor patiëntveiligheid en bereidheid deze te bevorderen.

## Indicatoren

In verschillende recente onderzoeken en projecten zijn onderstaande indicatoren gebruikt om zicht te krijgen op patiëntveiligheid:

- Percentage chronisch zieke mensen dat fouten heeft ervaren, zoals:
  - fouten bij medicijnverstrekking
  - medische fout bij behandeling en verzorging
  - fout bij verstrekking onderzoeksuitslagen
- Gestandaardiseerde sterfte tijdens ziekenhuisopname
- Percentage patiëntencontacten in eerstelijnszorgpraktijken dat resulteert in onbedoelde, onnodige schade aan de patiënt
- Percentage bewoners van een instelling voor langdurige zorg dat te maken krijgt met een medicijnincident
- Percentage patiënten dat een ziekenhuisinfectie oploopt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Percentage bloedproducten waarbij na bloedtransfusie ernstige reacties optreedt
- Percentage patiënten dat decubitus krijgt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Percentage patiënten dat decubitus krijgt tijdens het verblijf in een verpleeghuis of verzorgingshuis of in de thuiszorg
- Percentage ziekenhuizen dat minder dan het minimale aantal vereiste AAA- en OCR-ingrepen uitvoert
- Percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert

## De stand van zaken

### **Het percentage chronisch zieke patiënten in Nederland dat van mening is dat er bij hun behandeling een fout is gemaakt, ligt met 17% op een internationaal laag niveau**

In Nederland vindt 17% van de chronisch zieke patiënten dat tijdens hun behandeling of verzorging de afgelopen twee jaar een fout is gemaakt (zie *tabel 2.5.1*). Dit is lager dan in zeven andere westerse landen waar dit percentage tussen 18% en 34% ligt. 6% van de ondervraagde patiënten geeft aan verkeerde medicijnen of dosering te hebben gekregen; in de andere landen varieert dit percentage tussen 7% en 14%. Ook het aantal verkeerde uitslagen van een medisch onderzoek is in Nederland met 1% het laagst; in de andere landen varieert dit van 3% tot 7%. Net als in Frankrijk en Duitsland vindt 5% van de chronisch zieken in Nederland dat zij laat op de hoogte zijn gesteld van afwijkende testresultaten; in de overige vijf landen ligt dit percentage met 8% tot 16% beduidend hoger (Schoen et al., 2008).

De meerderheid van de gerapporteerde fouten werd buiten het ziekenhuis gemaakt. Dit is met name opvallend omdat de campagnes die beogen de patiëntveiligheid te vergroten nog vooral op het ziekenhuis gericht zijn. Het aantal gerapporteerde fouten lag in alle landen aanzienlijk hoger wanneer vier of meer artsen bij de behandeling betrokken waren dan wanneer het één of twee artsen betrof.

**Tabel 2.5.1: Door chronisch zieke patiënten ervaren onveiligheid in de zorg - medische fouten, naar land, 2008**

	NL	DU	FR	VK	AUS	CAN	NZ	VS
Heeft u de afgelopen 2 jaar de verkeerde medicijnen of dosering gekregen? (% ja)	6	7	8	9	13	10	13	14
Is er naar uw mening tijdens uw behandeling of verzorging de afgelopen 2 jaar een medische fout gemaakt? (% ja)	9	12	8	8	17	16	15	16
Heeft u de afgelopen 2 jaar de verkeerde uitslagen gekregen van een medisch onderzoek? (% ja)	1	5	3	3	7	5	3	7
Bent u de afgelopen 2 jaar laat op de hoogte gesteld van afwijkende testresultaten? (% ja)	5	5	5	8	13	12	10	16
Één of meer medicatie, medische of lab fouten	17	19	18	20	29	29	25	34
Vond de fout plaats gedurende uw verblijf in het ziekenhuis (% nee)	66	61	74	75	75	83	72	79

(Bron: Schoen et al., 2008)

AUS = Australië; CAN = Canada; DU = Duitsland; FR = Frankrijk; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland;

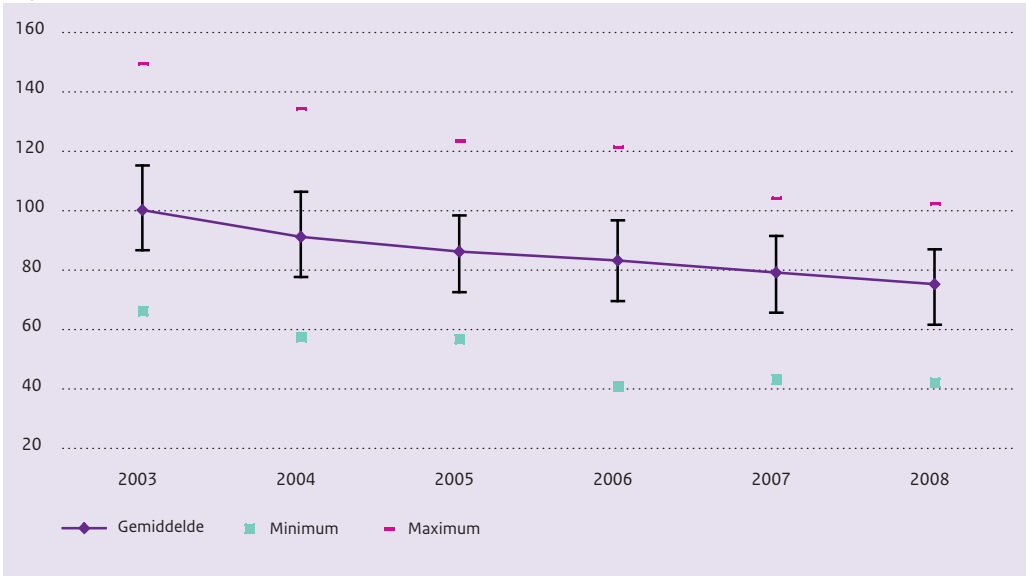
VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten

### **De gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen daalde in de periode 2003-2008; de sterftekans in het ziekenhuis met de hoogste sterfte was in 2008 nog 36% hoger dan gemiddeld**

De *Hospital Standardised Mortality Rate* (HSMR) beoogt ziekenhuizen onderling te vergelijken op de uitkomstmaat ziekenhuissterfte. De HSMR van een ziekenhuis is een maat om de kans op overlijden in een ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen uit te drukken (Jarman et al., 1999; Heijink et al., 2008). Het gaat in deze maat om totale sterfte en niet alleen om vermijdbare sterfte. Bij de berekening wordt statistisch gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd, geslacht, hoofd diagnose en verpleegduur tussen (populaties van) patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen.

Zoals in *figuur 2.5.1* te zien is, daalde de gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen in de periode 2003-2008. Voor 2003, het indexjaar, werd het gemiddelde gesteld op 100. In 2008 bedroeg het gemiddelde 75, een gemiddelde daling van 25%. De spreiding tussen ziekenhuizen is nog steeds aanzienlijk, en is nauwelijks afgenomen. Het ziekenhuis met de hoogste sterfte in 2008 had een score die 36% boven het gemiddelde ligt. Het ziekenhuis met de laagste sterfte had een score die 44% onder het gemiddelde ligt. De gegevens die hier gepresenteerd worden, hebben betrekking op 75 ziekenhuizen, die zes jaar op rij zijn geanalyseerd. De HSMR blijkt tussen de verschillende jaren vrij stabiel. De correlaties tussen scores van opeenvolgende jaren zijn hoog: van 0.73 tot 0.83.

**Figuur 2.5.1: Gestandaardiseerde sterfte in Nederlandse ziekenhuizen, 2003-2008**



(Bron: Prismant; databewerking RIVM)

**Het percentage patiëntencontacten in 84 eerstelijnszorgpraktijken dat resulteerde in onbedoelde, onnodige schade aan de patiënt, varieerde van 0,06% in paramedische praktijken tot 0,7% in huisartsenpraktijken, in 2008-2009**

In twintig tandartspraktijken deden zich op 3.820 patiëntencontacten 8 (0,2%) incidenten voor met onbedoelde, onnodige schade. In twintig huisartsenpraktijken resulteerden 58 (0,7%) van 8.401 patiëntencontacten in onbedoelde, onnodige schade; het overgrote gedeelte daarvan betrof tijdelijke, niet ernstige schade. Zeven incidenten leidden tot ziekenhuisopname. Het aantal incidenten met onnodige schade aan de patiënt in vier huisartsenposten was met zes gering. In twintig paramedische praktijken deden zich twee incidenten voor die leidden tot permanente schade (Harmsen et al., 2009). In geen enkele praktijk leidde een incident tot overlijden van een patiënt.



**Tabel 2.5.2: Incidenten met onnodige schade voor de patiënt in vijf eerstelijns disciplines, 2008/2009**

	Incidenten / aantal contacten	Incidenten met onnodige schade	Monitoring nodig (%)	Emotionele schade (%)	Tijdelijke schade (%)	Tijdelijke schade + ziekenhuisopname (%)	Permanente schade (%)
20 huisartsenpraktijken	211 / 8.401	58 (0,7%)	57	7	24	12	0
4 huisartsenposten	24 / >1000	6	0	0	83	17	0
20 paramedische praktijken	18 / 16.764	10 (0,06%)	20	20	20	20	20
20 tandartspraktijken	8 / 3.820	8 (0,2%)	100	0	0	0	0
20 verloskundigenpraktijken	86 / 14.888	25 (0,17%)	36	24	36	4	0

(Bron: Harmsen et al., 2009)

De percentages zijn laag, maar omdat een groot gedeelte van de Nederlandse bevolking één of meerdere keren per jaar gebruik maakt van een eerstelijns zorgvoorziening, gaat het toch om aanzienlijke aantallen. Zo wordt geschat dat 70.395 mensen jaarlijks geconfronteerd wordt met een al dan niet vermijdbaar incident dat tot ziekenhuisopname leidt. Deze gegevens zijn ontleend aan het dossieronderzoek naar patiëntveiligheid in de eerste lijn (Harmsen et al., 2009). In het kader van deze studie werden voor vijf sectoren elk 1000 dossiers bestudeerd. Per dossier werd een periode van één jaar bekeken.

### **Tenminste 7% van de bewoners in instellingen voor verpleging en verzorging krijgt in een periode van 30 dagen te maken met een medicijnincident**

Gemiddeld werd bij 7,2% van de cliënten in een instelling of vestiging voor verpleging en verzorging een medicijnincident geregistreerd in een periode van 30 dagen. Onder medicijnincidenten wordt verstaan:

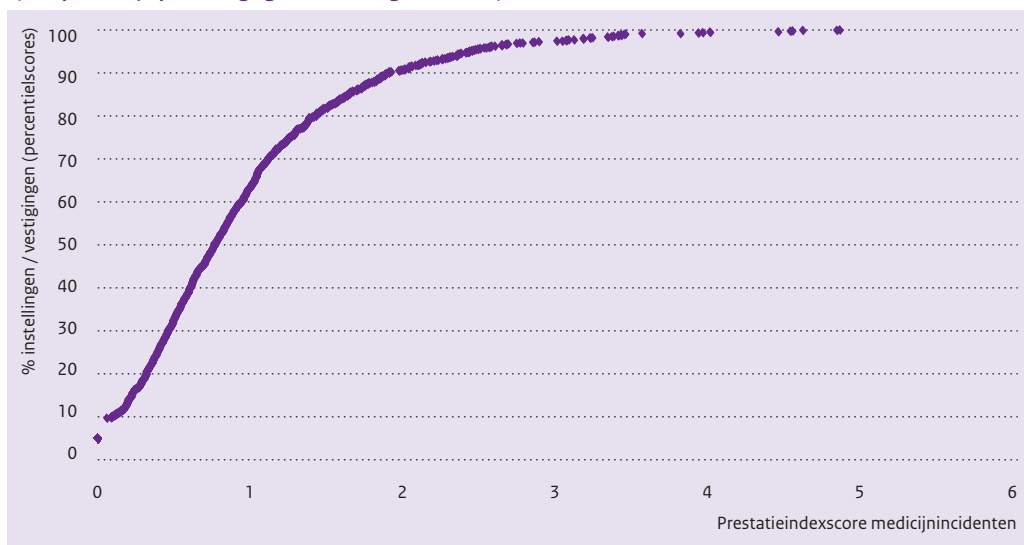
- medicijn niet gegeven,
- verkeerde dosering gegeven,
- medicijn op verkeerd tijdstip gegeven,
- cliënt heeft medicijn niet ingenomen,
- verkeerd medicijn gegeven,
- overig.

Omdat aannemelijk is dat veel medicijnincidenten niet eens zullen worden opgemerkt of geregistreerd, kan het cijfer als een soort minimale score worden opgevat. Ongeveer 10% van de instellingen rapporteert geen enkel medicijnincident. Onduidelijk is of deze instellingen niet registreren of dat zich nauwelijks incidenten voordoen.

Figuur 2.5.2 geeft de spreiding tussen instellingen weer. Ruim 63% van de instellingen heeft een waarde op de prestatiescore die op of onder de verwachte waarde (1) ligt. 18% heeft een score van 1,5 of hoger. Dit betekent dat het aantal medicijnincidenten 50% hoger ligt dan verwacht zou mogen worden. Ook hier

kan juist goede registratie mogelijk tot een hogere score leiden. Een klein aantal instellingen, ongeveer 3%, rapporteert aantallen die drie of vier keer zo hoog zijn als de verwachte waarde. In de figuur is één instelling buiten beschouwing gelaten, deze had een score van 8. De variatiecoëfficiënt bedroeg 0,64.

**Figuur 2.5.2: Medicijnincidenten in 30 dagen naar instelling of vestiging, 2008 (N=1226; prestatieindexscores (oorspronkelijk percentage gedeeld door gemiddelde))**



(Bron: Jaardocumenten zorg)

### **In 2009 had gemiddeld 5,2% van de opgenomen patiënten een ziekenhuisinfectie**

Sinds maart 2007 voert PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillantie) tweemaal per jaar in een aantal ziekenhuizen de prevalentiestudie naar ziekenhuisinfecties uit. De meest frequent voorkomende ziekenhuisinfecties zijn postoperatieve wondinfecties (powi), symptomatische urineweginfecties, longontsteking en sepsis. De spreiding tussen ziekenhuizen is groot; in maart 2009 varieerde het percentage patiënten met een ziekenhuisinfectie tussen 1,4% en 9,3% voor 37 ziekenhuizen (zie tabel 2.5.3). Dit wordt deels veroorzaakt door verschil in patiëntenpopulatie.

Het risico dat een powi optreedt, verschilt sterk per ingreep. Het is daarom zinvol om naar verschillen tussen (clusters van) ingrepen te kijken. In tabel 2.5.4 zijn de percentages powi's weergegeven van drie CTG-hoofdgroepen van de initiële OK. Er is voor deze drie groepen gekozen omdat deze het grootste aantal patiënten bevatten. De meeste powi's komen voor bij operaties aan het maag-darmstelsel (PREZIES data).

**Tabel 2.5.3: Patiënten met ziekenhuisinfecties, 2007-2009**

	mrt. 2007 (95% BI)	okt. 2007 (95% BI)	mrt. 2008 (95% BI)	okt. 2008 (95% BI)	mrt. 2009 (95% BI)	okt. 2009 (95% BI)
Aantal ziekenhuizen / patiënten	30 / 8.424	12 / 3.497	29 / 9.449	23 / 5.760	37 / 10.471	22 / 5.732
Patiënten met een ziekenhuisinfectie (%)	6,6 (6,1-7,2)	4,7 (4,0-5,4)	6,4 (5,9-6,9)	5,9 (5,3-6,5)	5,0 (4,6-5,4)	5,5 (5,0-6,1)
• symptomatische urineweginfectie	2,2	1,3	1,4	1,8	1,3	1,1
• longontsteking	1,1	0,8	1,2	1,1	0,8	1,1
• sepsis	0,9	0,8	1,1	0,8	0,8	0,9
Verskil tussen ziekenhuizen: laagste en hoogste %	1,7-15	0,7-8,1	0,6-12,1	0,7-10,9	1,4-9,3	0,9-9,1
Geopereerde patiënten met postoperatieve wondinfectie (%)	4,6	3,3	5,5	5,0	4,0	4,7

(Bron: PREZIES data; databewerking PREZIES)

BI = betrouwbaarheidsinterval

**Tabel 2.5.4: Postoperatieve wondinfecties binnen drie CTG-hoofdgroepen, 2007-2009**

Chirurgische ingrepen aan	Patiënten met postoperatieve wondinfectie (%) (95% BI)					
	mrt. 2007	okt. 2007	mrt. 2008	okt. 2008	mrt. 2009	okt. 2009
Maag-darmstelsel	11,7 (9,5-14,4)	6,8 (4,4-10,3)	13,4 (10,9-16,2)	12,5 (9,7-16,0)	8,7 (6,9-10,9)	9,3 (6,8-12,5)
Hart / grote vaten	4,4 (2,6-7,2)	1,6 (0,4-5,7)	3,9 (2,4-6,2)	4,8 (2,6-8,9)	5,7 (3,9-8,1)	4,2 (2,1-8,0)
Botspierstelsel	2,8 (1,9-4,0)	2,5 (1,4-4,5)	4,2 (3,1-5,6)	3,3 (2,2-5,1)	2,0 (1,3-3,0)	4,5 (3,2-6,5)

(Bron: PREZIES data; databewerking PREZIES)

BI = betrouwbaarheidsinterval

Registraties van ziekenhuisinfecties zijn internationaal onvolledig en slecht vergelijkbaar. Om toch enigszins een indruk te krijgen van de positie van Nederland, kunnen we gebruik maken van een evaluatie van European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), waarin op basis van nationale surveys een schatting is gemaakt voor een aantal Europese landen en Canada (ECDC, 2008) (zie tabel 2.5.5). De meest voorkomende ziekenhuisinfecties zijn urineweginfecties, lagere luchtweginfecties inclusief longontsteking, powi's en sepsis. Het percentage voor Nederland in 2007 is later bijgesteld (zie tabel 2.5.4); het niveau is relatief laag, alleen Duitsland en Frankrijk scoren veel lager met respectievelijk 3,5% en 5%.

**Tabel 2.5.5: Patiënten met ziekenhuisinfecties in verschillende West-Europese landen en Canada**

	CAN	ZWE	DEN	FIN	ZWI	VK+ IER	NL	NO	SP	FR	DU
Ziekenhuis- infecties per 100 opnames	10,5	9,5	8,7	8,5	8,1	7,6	6,9	6,8	6,8	5,0 <sup>a</sup>	3,5
Survey jaren	2002	2004- 2006	2003	2005	2002	2006	2007	2002- 2007	2004- 2007	2005	1997

(Bron: ECDC, 2008)

CAN = Canada; DEN = Denemarken; DU = Duitsland; FIN = Finland; FR = Frankrijk; NL = Nederland;

NO = Noorwegen; SP = Spanje; VK+IER = Verenigd Koninkrijk + Ierland; ZWE = Zweden; ZWI = Zwitserland

<sup>a</sup> alleen acute zorg

### **Het percentage ernstige bloedtransfusiereacties per 1000 geleverde bloedproducten schommelde in de periode 2005-2008 rond 0,2%**

Bloedtransfusiereacties komen voor in verschillende gradaties van ernst. Een voorval is ernstig wanneer het dodelijk is (graad 4), ernstige morbiditeit met direct levensgevaar oplevert (graad 3), of matige tot ernstige morbiditeit veroorzaakt, al dan niet levensbedreigend, of leidt tot ziekenhuisopname of tot verlenging van de ziekteduur dan wel gepaard gaat met chronische invaliditeit of arbeidsongeschiktheid (graad 2) (TRIP, 2009). Bij graad 1 zijn er klinische verschijnselen, maar deze zijn niet ernstig en leiden niet tot verlenging van opname.

Sinds 2003 worden transfusiereacties landelijk geregistreerd door het hemovigilantie bureau TRIP (Transfusie Reacties In Patiënten). In 2008 registreerde TRIP 2,8 transfusiereacties per 1000 geleverde bloedproducten. Daarvan was bij 0,2 per 1000 producten sprake van een ernstige reactie. Het totale aantal transfusiereacties is vrij stabiel, maar het aantal ernstige transfusiereacties neemt licht toe (2005: 0,13; 2006: 0,18; 2007: 0,16; 2008: 0,2) (zie *figuur 2.5.3*). De toename van ernstige reacties in 2006 is te wijten aan een uitbreiding van de definitie van graad 2. Per 1 januari 2006 is de TRIP definitie van graad 2 aangepast aan de EU definitie en uitgebreid met 'verlenging ziekenhuisopname'.

**Figuur 2.5.3: Aantal (ernstige) bloedtransfusiereacties per 1000 bloedproducten, 2005-2008**



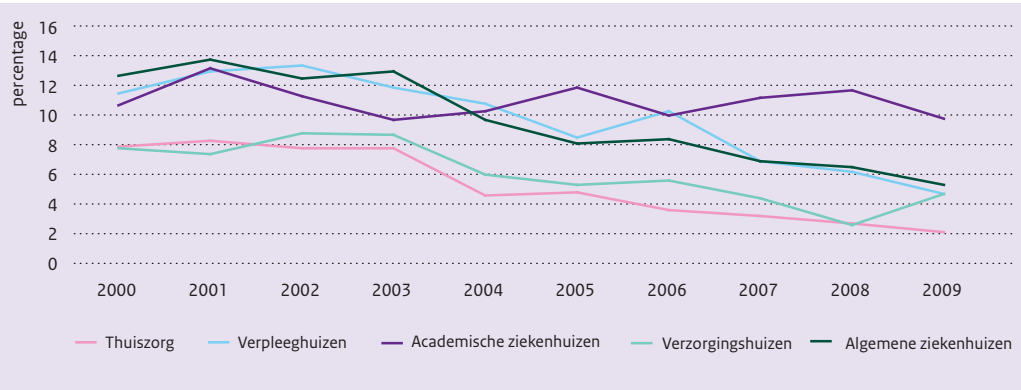
(Bron: TRIP, 2006-2009)

**Het percentage risicopatiënten dat in het ziekenhuis decubitus krijgt, daalde in algemene ziekenhuizen van 10,3% in begin 2004 naar 5,3% in 2009 en in academische ziekenhuizen van 10,3% naar 9,8%** In 2009 kwam decubitus voor bij 9,9% van de patiënten in algemene ziekenhuizen en 14,9% van de patiënten in academische ziekenhuizen (Halfens et al., 2009). Dit betreft alle graden van ernst (1-4) van decubitus en alle gevallen van decubitus ongeacht of deze wel (nosocomiaal) of niet in het ziekenhuis zijn ontstaan. Graad 1, de lichtste graad, is moeilijk vast te stellen (Halfens et al., 2001) en wordt daarom hier verder buiten beschouwing gelaten.

Het risico op het krijgen van decubitus wordt gemeten met de Bradenschaal: hoe lager de Bradenscore, hoe hoger het risico. Volgens deze schaal is het verschil tussen de percentages risicopatiënten in academische ziekenhuizen en in algemene ziekenhuizen gering; in 2008 respectievelijk ongeveer 54% en 52% (Halfens et al., 2008).

Figuur 2.5.4 laat zien dat in begin 2004 in algemene en academische ziekenhuizen de prevalentie van nosocomiale decubitus exclusief graad 1 binnen de groep risicopatiënten gelijk was en dat deze sindsdien sterk uiteenloopt. In algemene ziekenhuizen neemt deze prevalentie gestaag af, van 10,3% in 2004 naar 5,3% in 2009. In academische ziekenhuizen fluctueerde de prevalentie jaren rond de 11%, maar is in 2009 gedaald tot 9,8%. Halfens et al. (2009) veronderstellen dat de afname in algemene ziekenhuizen vooral te maken heeft met de toegenomen aandacht voor decubitus.

**Figuur 2.5.4: Prevalentie van in een instelling ontstane decubitus (zonder graad 1) binnen de risicogroep (%), 2000-2009**



(Bron: Halfens et al., 2005-2009)

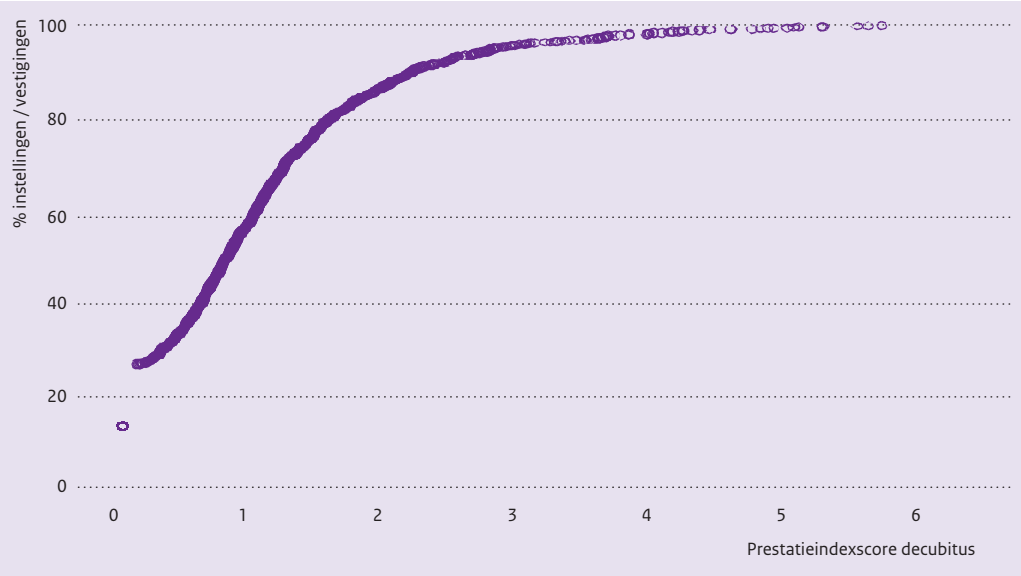
### **De decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg is verder afgenomen. In de verzorgingshuizen was deze daling het sterkst: van 4,4% naar 2,6%**

Sinds 2003 zien we vooral een dalende trend in het vóórkomen van decubitus (zie *figuur 2.5.4*). Ook tussen 2007 en 2008 is duidelijk sprake van een verdere afname. In verpleeghuizen komt decubitus nog altijd het meeste voor, bij ruim 6% van de risicocliënten. Zes jaar eerder, in 2002 was de decubitusprevalentie in verpleeghuizen echter meer dan het dubbele. Bij cliënten van de thuiszorg en verzorgingshuisbewoners komt decubitus ongeveer even veel voor bij risicocliënten: respectievelijk bij 2,7% en 2,6% in 2008. Dat is nog ongeveer een derde van de prevalentie in 2002. Het betreft hier alleen de decubitusgevallen die in de instelling zijn ontstaan bij risicocliënten. Deze afname is dus niet veroorzaakt door een lager percentage risicocliënten maar, net als in algemene ziekenhuizen, zeer waarschijnlijk door een toegenomen aandacht voor dit probleem. In 2009 werd er in de LPZ metingen geen onderscheid meer gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen; verpleeg- en verzorgingshuizen groeien in de zorg die zij verlenen steeds meer naar elkaar toe.

Sinds 2007 wordt decubitus ook geregistreerd in het kader van de normen voor verantwoorde zorg. Deze gegevens wijken enigszins af van de LPZ-cijfers, omdat de dataverzameling meer instellingen omvat. De cijfers geven een indruk van de variatie tussen instellingen.

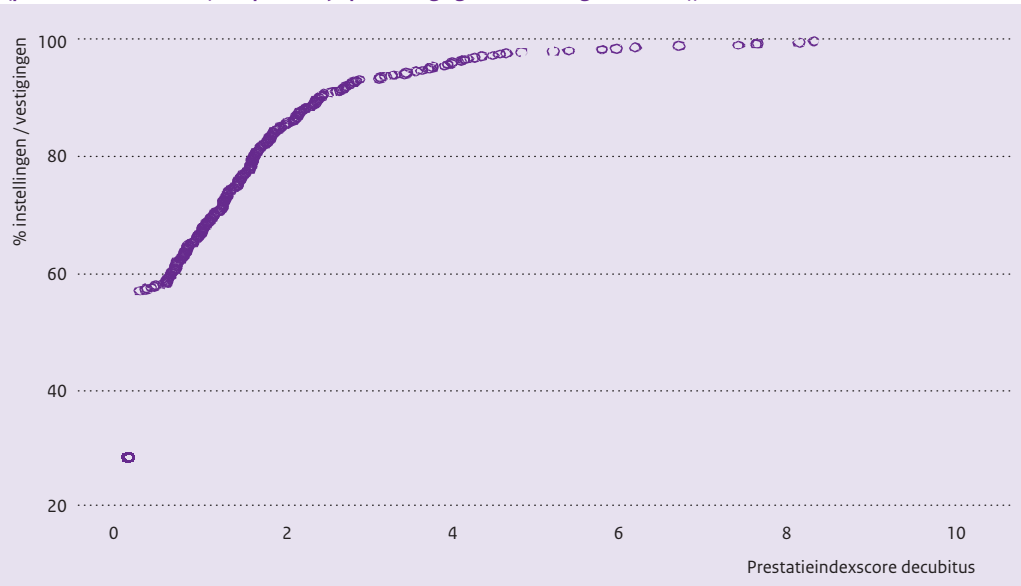
De *figuren 2.5.5a en 2.5.5b* geven voor het jaar 2008 het percentage instellingen in de verpleging en verzorging en de zorg thuis cumulatief weer naar geregistreerde decubitusgevallen. Het aantal geregistreerde gevallen is weergegeven in een prestatiescore. Deze score is berekend door het oorspronkelijke cijfer te delen door een 'verwachtingsscore'. Deze verwachtingsscore is het gemiddelde gecorrigeerd voor een aantal kenmerken van de cliëntenpopulatie. In dit geval betekent een score hoger dan 1 dat het aantal decubitusgevallen hoger is dan verwacht zou mogen worden op basis van kenmerken van de cliëntenpopulatie. Een score onder de 1 duidt op een aantal decubitusgevallen dat lager is dan verwacht (Jaardocumenten zorg).

**Figuur 2.5.5a: Decubitus bij cliënten in instellingen voor verpleging en verzorging, per instelling of vestiging, 2008 (N=1577) (prestatieindexscores (oorspronkelijk percentage gedeeld door gemiddelde))**



(Bron: Jaardocumenten zorg)

**Figuur 2.5.5b: Decubitus bij cliënten die zorg thuis ontvangen, per instelling of vestiging, 2008 (N=577) (prestatieindexscores (oorspronkelijk percentage gedeeld door gemiddelde))**



(Bron: Jaardocumenten zorg)

*Figuur 2.5.5a* wijst op een behoorlijke variatie tussen instellingen voor verpleging en verzorging. Ongeveer 60% van de instellingen heeft een score die op of onder het verwachtingsniveau ligt en ruim een kwart heeft een score van 0. Ongeveer 22% heeft een score die meer dan 1,5 keer boven de verwachte waarde ligt. Drie instellingen met een extreem hoge score (boven de 6) zijn niet in de grafiek opgenomen. De variatiecoëfficiënt bedraagt 0,92.

De variatie tussen instellingen voor zorg thuis is wat hoger dan die voor verpleging en verzorging. Veel instellingen rapporteren geen enkel decubitusgeval (bijna 57%), ongeveer 20% heeft een score die minstens 1,5 keer zo hoog is als de verwachte waarde. De variatiecoëfficiënt bedraagt 1,7.

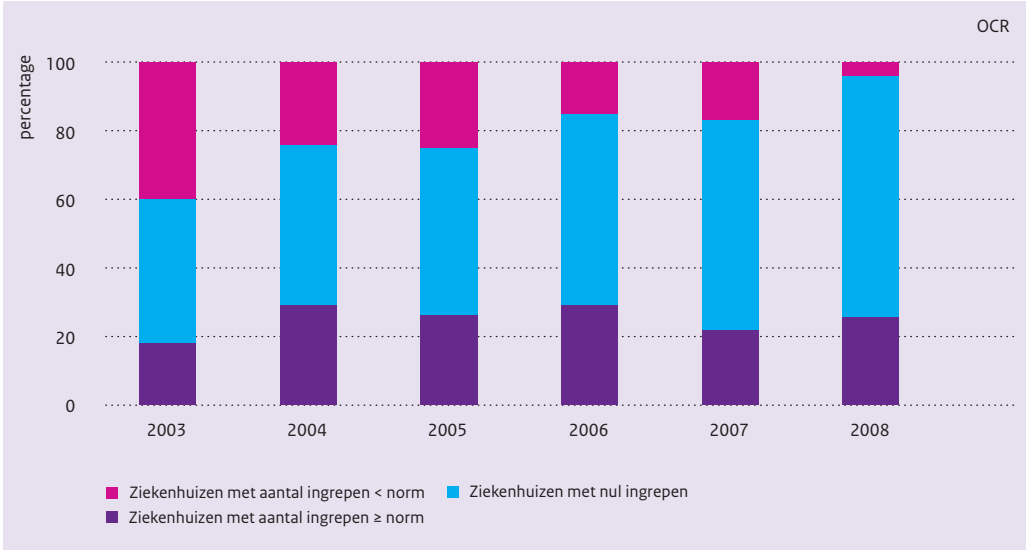
Deze cijfers moeten met enige voorzichtigheid benaderd worden. Een aanzienlijk aantal instellingen rapporteert geen enkel geval van decubitus. Mogelijk zitten daar ook instellingen tussen die niet goed registreren. Wellicht verklaart dit ook dat het gemiddelde iets lager ligt dan in de LPZ-cijfers.

### **13,4% van de ziekenhuizen voerde in 2008 minder operaties aan verwijdingen van de buikslagader uit dan de gestelde norm; voor operaties aan slokdarmkanker was dit 4,1%**

Om de expertise op peil te houden en de veiligheid te bevorderen is het van belang dat chirurgen en ziekenhuizen chirurgische ingrepen regelmatig uitvoeren, vooral als deze risicovol zijn. Aneurysma van de aorta abdominalis (AAA)-chirurgie (operatie aan verwijding van de buikslagader) en oesophaguscardia resecties (OCR)-chirurgie (operatie aan slokdarmkanker) zijn risicovolle ingrepen waarvan uit de literatuur bekend is dat de operatiesterfte daalt wanneer een arts ze vaker uitvoert (IGZ, 2005). Voor beide ingrepen is door de IGZ een minimum aantal vastgesteld dat per jaar in een ziekenhuis verricht moet worden. Voor OCR is dit 10 (t/m 2003: 15) (10-20; NGMDL, 2008) en voor AAA is dit 15 (t/m 2004: 30) (NVvH, 2009). Het percentage ziekenhuizen dat in 2008 minder ingrepen uitvoerde dan deze norm is 13,4% voor AAA-ingrepen en 4,1% voor OCR-ingrepen. Dit betekent voor AAA-ingrepen een lichte stijging ten opzichte van 2007, maar een aanzienlijke daling van 16,7% naar 4,1% voor OCR-ingrepen (zie *figuur 2.5.6a,b*). Deze daling is voornamelijk het gevolg van acties van de IGZ (IGZ, 2009). Daarnaast zijn er steeds meer ziekenhuizen met nul OCR-ingrepen, die patiënten hiervoor doorverwijzen naar een ander ziekenhuis.



**Figuur 2.5.6a: Percentage ziekenhuizen en het aantal uitgevoerde risicovolle OCR-ingrepen (norm = 10), 2003-2008**



(Bron: IGZ, 2006-2009)

OCR = oesophaguscardia resecties

**Figuur 2.5.6b: Percentage ziekenhuizen en het aantal uitgevoerde risicovolle AAA-ingrepen (norm = 15), 2003-2008**



(Bron: IGZ, 2006-2009)

AAA = aneurysma van de aorta abdominalis

### Het percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert, stijgt gestaag sinds 2003 tot 50% in 2007

Het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) heeft als doel de kwaliteit en daarmee de veiligheid van medicijnverstrekking te bevorderen (DGV, 2007). Deelname aan het FTO is voor huisartsen en apothekers een geaccrediteerde vorm van nascholing en vermoedelijk neemt ruim 90% van alle huisartsen en apothekers deel (DGV, persoonlijke mededeling). Er worden vier kwaliteitscategorieën FTO onderscheiden: 1 geen gestructureerd overleg; 2 regelmatig overleg zonder duidelijke afspraken; 3 regelmatig overleg van minimale duur, gezamenlijke voorbereiding, maken concrete afspraken en werken met prescriptiecijfers; 4 als 3 plus het toetsen van afspraken.

Belangrijke onderwerpen van het FTO zijn medicatie voor een veelheid van aandoeningen, polyfarmacie, nieuwe geneesmiddelen en therapietrouw. Afspraken betreffen vooral rolverdeling in medicatiebewaking, generieke en voorkeursmedicatie en herhaalreceptuur.

Het ministerie van VWS beschouwt de kwaliteit van het FTO als een belangrijke indicator voor de regionale doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening en wilde dat vanaf 2007 tenminste 80% van de FTO-groepen in Nederland op niveau 3 of 4 functioneerde (Rijksbegroting, 2006). Tabel 2.5.6 laat zien dat het percentage FTO-groepen dat op niveau 3 of 4 functioneert in de periode 2003-2007 steeds licht stijgt tot 50% in 2007. Over het jaar 2008 werd geen FTO-peiling uitgevoerd.

**Tabel 2.5.6: FTO-groepen op niveau 3-4, 2003-2007**

	2003	2004	2005	2006	2007
Totaal aantal FTO groepen	823	824	819	829	844
FTO-groepen op niveau 3-4 <sup>a</sup>	40%	43%	47%	49%	50%

(Bron: DGV, 2005-2008)

<sup>a</sup> Dit betreft de FTO-groepen die deelnamen aan de DGV FTO-enquête. In de jaren 2003-2007 was de deelname respectievelijk 78%, 78%, 69%, 80% en 80%

Er is onderzoek gedaan naar de relatie FTO-niveau en de kwaliteit van het voorschrijven door huisartsen (Meulepass, 2008). Per regio werden scores op voorschrijfindicatoren berekend en gerelateerd aan regionale verschillen in FTO-niveau. In regio's met een hoog percentage FTO's op niveau 3 en 4, met uitsluiting van regio's met veel apotheekhoudende huisartsen - die niet aan het FTO deelnemen -, werden een aantal significante relaties gevonden die duiden op een beter voorschrijfgedrag van huisartsen. Het betreft relatief meer nitraatgebruikers met een antitrombotica behandeling, een grotere therapietrouw bij bisfosfonaatgebruikers, vaker voorschrijven van voorkeursmiddelen bij RAS remmers, minder overbehandeling met triptanen, betere behandeling van astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden, minder voorschrijven van thiazolidinedionen en van protonpompremmers.

## Conclusie

Op allerlei niveaus in de gezondheidszorg wordt hard gewerkt aan patiëntveiligheid. Bij een aantal indicatoren zien we ook dat dit vruchten begint af te werpen. Zo daalde de gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen met gemiddeld 25% in de periode 2003-2008, en is ook de spreiding tussen ziekenhuizen afgenomen. Decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg en in algemene ziekenhuizen vertoont een dalende lijn. En ook het percentage ziekenhuizen dat minder OCR-ingrepen uitvoert dan de norm is aanzienlijk gedaald.

In de nabije toekomst worden ook de resultaten van ziekenhuis veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' bekend, tussentijdse resultaten van deelprojecten lijken veelbelovend.

Veel cijfers blijven met veel onzekerheid omhuld: registratiebetrouwbaarheid blijft een groot probleem, vooral waar het moeilijk af te bakenen begrippen betreft zoals vermijdbare schade. Zeker bij gegevens die worden aangeleverd door instellingen en die niet direct worden toegepast in het zorgproces zijn de uitkomsten heel onzeker.

## 2.6 Vraaggerichtheid

### Kernbevindingen

- Negen van de tien patiënten zijn positief over de wijze waarop zij worden bejegend door zorgverleners
- Het percentage zorggebruikers dat zegt altijd beleefd behandeld te worden, varieert van 97% voor fysiotherapeuten tot 70% voor verpleeg- en verzorgingshuizen
- Vooral in de gehandicaptenzorg, door fysiotherapeuten en in consultatiebureaus wordt begrijpelijke uitleg gegeven
- In de curatieve zorg krijgen patiënten meer gelegenheid om mee te beslissen over de inhoud van de zorg dan in de langdurige zorg
- Bijna een kwart van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zegt dat zorgverleners nooit of soms voldoende tijd aan hen besteden
- Zeven van de tien cliënten in de geestelijke gezondheidszorg vinden dat hun behandel- of begeleidingsplan naar wens wordt uitgevoerd

### Hoe we vraaggerichtheid vaststellen

De ene zorggebruiker is de andere niet. Iedere patiënt of cliënt heeft zijn eigen wensen en behoeften. Behalve dat zorg effectief en veilig moet zijn, is het voor een goede kwaliteit van belang dat zorg is afgestemd op de behoeften van de zorggebruiker. Vraaggerichtheid was ook een belangrijk uitgangspunt bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet. Door de overheid wordt het begrip vraaggerichtheid als volgt ingevuld: zorg die tegemoet komt aan de behoeften van de cliënt en die de cliënt op grond van

zijn verzekering mag verwachten. Deze omschrijving maakt duidelijk dat het tegemoetkomen aan de behoeften van zorggebruikers niet ongelimiteerd kan plaatsvinden. De mogelijkheden worden vooral beperkt door enerzijds de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener en anderzijds de financiële mogelijkheden. Naast vraaggerichtheid wordt ook wel de term vraagsturing gebruikt. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) omschrijft dit begrip als “zorgverlening die zo wordt georganiseerd dat de wensen van de cliënten daadwerkelijk bepalend zijn voor het soort zorg die verleend wordt”.

Vraaggerichtheid kan op verschillende niveaus gestalte krijgen: op het systeemniveau (macro), op het niveau van instellingen (meso) en op het niveau van het individuele contact met zorggebruikers (micro). Op macroniveau kan vraaggerichtheid worden gestimuleerd met wet- en regelgeving en door de wijze waarop zorg wordt gefinancierd. Hier wordt uitvoerig op ingegaan in *hoofdstuk 5*. Vraaggerichtheid op mesoniveau betekent vooral dat organisaties zich niet alleen bekommeren om hun eigen zorgaanbod, maar dat zorg zodanig wordt georganiseerd dat de zorggebruiker hierin centraal staat. Een goede afstemming tussen zorgaanbieders is hierbij van belang. Dit aspect wordt uitgewerkt in *paragraaf 2.7*. Een andere kant van vraaggerichtheid op mesoniveau is de mate waarin *binnen* organisaties de vraag van de zorggebruiker als leidend wordt gezien en medewerkers worden gestimuleerd om de zorg als zodanig vorm te geven. In het individuele contact tussen zorgverlener en zorggebruiker heeft vraaggerichtheid vooral betrekking op communicatie. Doorgaans is er sprake van informatieasymmetrie; de patiënt kan vaak pas goed voor zichzelf bepalen wat hij wil als hij goed is voorgelicht over de mogelijke behandelopties en de eventuele voor- en nadelen. Wanneer patiënten voldoende tijd krijgen en op een correcte manier worden bejegend zullen zij worden gestimuleerd om hun wensen kenbaar te maken. Meebeslissen over de inhoud van de zorg moet niet alleen afhangen van de assertiviteit en deskundigheid van de patiënt, patiënten moeten hierin ook worden ondersteund. In de langdurige zorg heeft vraaggerichtheid vooral betrekking op de mate waarin cliënten in staat worden gesteld om hun leven in te richten zoals ze dat zelf willen. Het kan dan gaan om elementaire dingen als zelf kunnen bepalen wanneer zij eten, het toilet bezoeken en opstaan.

## Indicatoren

De beschikbare informatie over vraaggerichtheid is beperkt. Omdat bij dit concept de zorggebruiker centraal staat, hebben de gegevens ook vooral betrekking op de ervaringen van zorggebruikers. De volgende indicatoren worden in deze paragraaf beschreven:

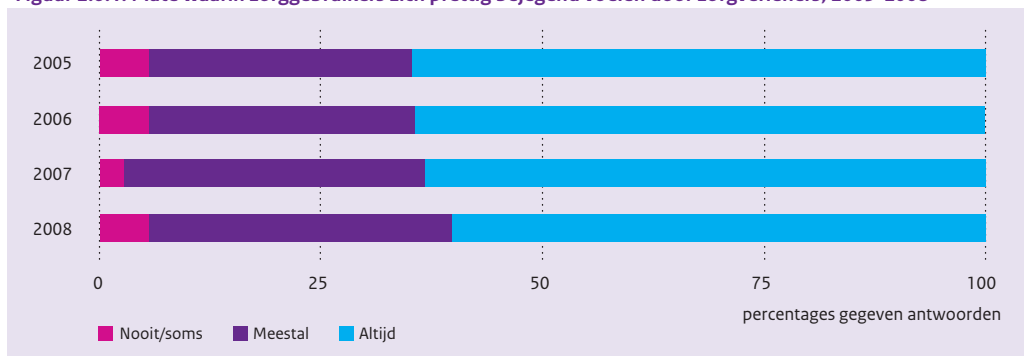
- Ervaren bejegening
- Ervaren beleefde behandeling
- Ontvangen van begrijpelijke uitleg
- Meebeslissen over de zorg
- Mate waarin zorgverleners voldoende tijd besteden aan zorggebruikers
- Vervulling zorgwensen van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg

## De stand van zaken

### Negen van de tien patiënten zijn positief over de wijze waarop zij worden bejegend door zorgverleners

In *figuur 2.6.1* is te zien dat meer dan 90% van de zorggebruikers vindt dat zij prettig worden bejegend in de zorg. Dit percentage is over de jaren heen tamelijk stabiel. Ongeveer een derde van de respondenten geeft de kwalificatie 'meestal'. Deze cijfers zijn gebaseerd op vragen over de mate waarin zorgverleners beleefd en respectvol zijn, patiënten serieus nemen, aandachtig luisteren, voldoende tijd nemen en dingen begrijpelijk uitleggen.

**Figuur 2.6.1: Mate waarin zorggebruikers zich prettig bejegend voelen door zorgverleners, 2005-2008**

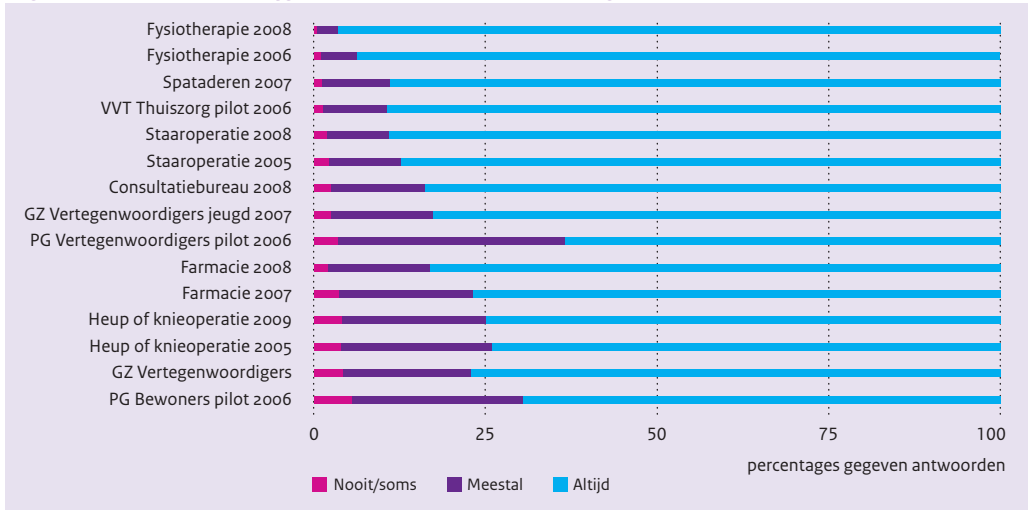


(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### Het percentage zorggebruikers dat zegt altijd beleefd behandeld te worden, varieert van 97% voor fysiotherapeuten tot 70% voor verpleeg- en verzorgingshuizen

In *figuur 2.6.2* is voor verschillende vormen van zorg te zien in hoeverre mensen hun behandelaar als beleefd ervaren. Maar weinig mensen geven aan nooit of soms een beleefde behandelaar te ervaren. Er zijn gegevens over meerdere jaren beschikbaar voor fysiotherapie, staaroperatie en heup- of knieoperatie. De verschillen tussen de jaren zijn echter verwaarloosbaar. Mensen zijn het meest positief over fysiotherapeuten. Het minst positief zijn de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten.

**Figuur 2.6.2: Mate waarin zorggebruikers een beleefde behandeling ervaren, 2005-2009**



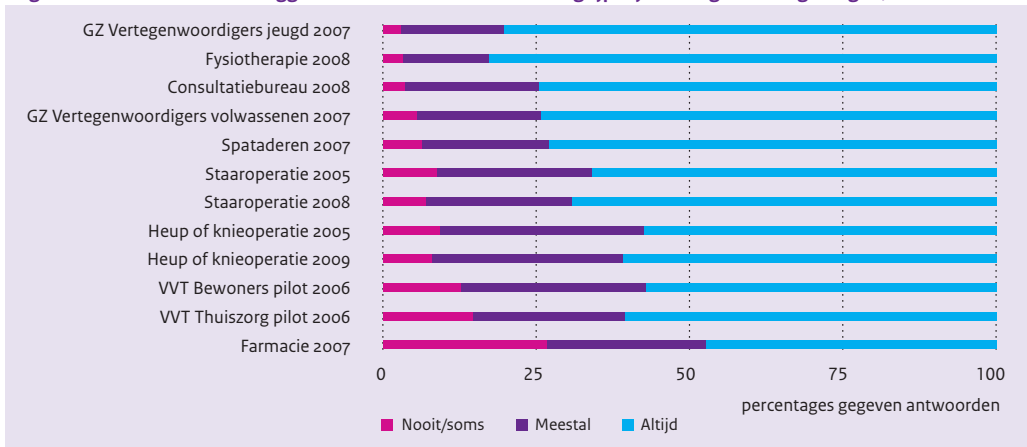
(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### Vooraf in de gehandicaptenzorg, door fysiotherapeuten en in consultatiebureaus wordt begrijpelijke uitleg gegeven

In *figuur 2.6.3* staat weergegeven hoe vaak mensen vinden dat zij begrijpelijke uitleg krijgen over de zorg. Opvallend is dat vooral vertegenwoordigers van gehandicapten, cliënten van fysiotherapeuten en ouders die het consultatiebureau bezoeken hier positieve ervaringen mee hebben. Voor deze groepen geldt dat driekwart van de mensen de verkregen uitleg altijd begrijpelijk vindt en dat 15% tot 20% aangeeft de uitleg meestal begrijpelijk te vinden. In de verpleging, verzorging en thuiszorg hebben cliënten wat vaker moeite met de uitleg die zij ontvangen: meer dan 10% geeft aan dat de uitleg nooit of soms begrijpelijk voor hen is. Mogelijk spelen cognitieve beperkingen daarbij een rol. Mensen die een apotheek bezoeken geven het minst vaak aan dat zij een begrijpelijke uitleg ontvangen van de apotheek. Waarschijnlijk speelt hier een rol dat in een groot deel van de gevallen al dan niet terecht wordt verondersteld dat de uitleg van de arts en de informatie in de bijsluiter volstaan.

Ten slotte zijn gegevens over meerdere jaren beschikbaar voor staaroperatie en heup- of knieoperatie. De verschillen tussen de jaren zijn niet noemenswaardig.

**Figuur 2.6.3: Mate waarin zorggebruikers vinden dat ze een begrijpelijke uitleg hebben gekregen, 2005-2009**

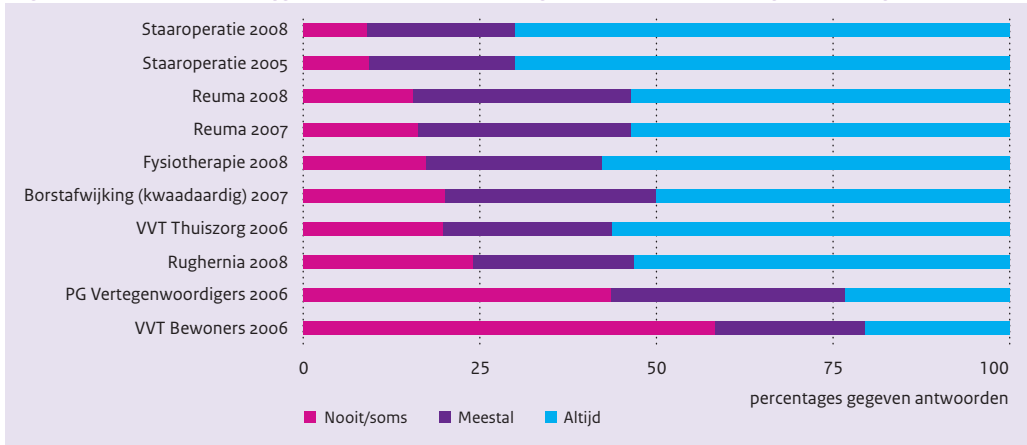


(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### In de curatieve zorg krijgen patiënten meer gelegenheid om mee te beslissen over de inhoud van de zorg dan in de langdurige zorg

In *figuur 2.6.4* is te zien hoe vaak patiënten aangeven te kunnen meebeslissen over de zorg die zij ontvangen. In de verpleeg- en verzorgingshuizen geven patiënten het vaakst aan niet te kunnen meebeslissen. Meer dan de helft (58%) geeft hier aan nooit of soms te kunnen meebeslissen. Voor de overige patiëntengroepen geldt dat minimaal driekwart van de patiënten aangeeft meestal of altijd mee te kunnen beslissen. Voor reuma en staaroperatie zijn gegevens beschikbaar over twee verschillende jaren. De resultaten in deze jaren verschillen nauwelijks.

**Figuur 2.6.4: Mate waarin zorggebruikers ervaren dat ze mogen meebeslissen over de geboden zorg, 2005-2008**



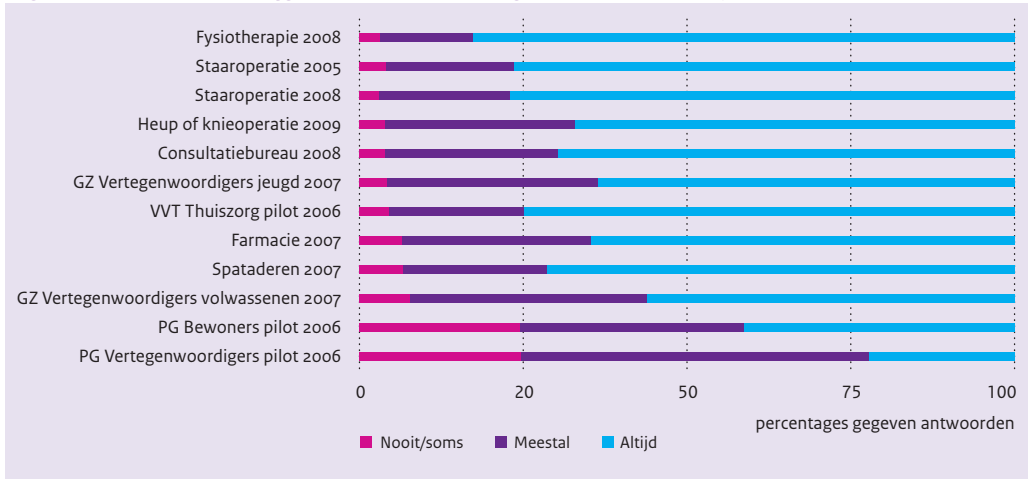
(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### **Bijna een kwart van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zegt dat zorgverleners nooit of soms voldoende tijd aan hen besteden**

In *figuur 2.6.5* is voor verschillende zorgvormen te zien in hoeverre mensen van mening zijn dat zorgverleners voldoende de tijd nemen. Opvallend is dat een kwart van de bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen aangeeft dat zorgverleners nooit of soms voldoende tijd voor hen nemen. Dat geldt tevens voor de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten waarvan een kwart aangeeft dat zorgverleners onvoldoende tijd nemen voor de bewoner. Wederom zien we hier een positiever beeld bij de curatieve zorg dan bij de langdurige zorg. Voor staaroperaties zijn gegevens over twee verschillende jaren beschikbaar. De resultaten voor beide jaren zijn nagenoeg identiek.



**Figuur 2.6.5: Mate waarin zorggebruikers vinden dat zorgverleners voldoende tijd voor hen nemen, 2005-2009**



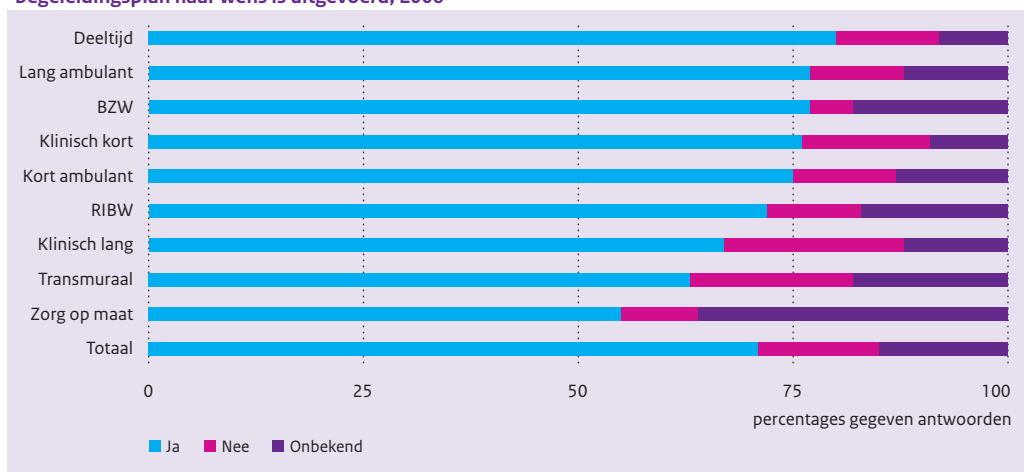
(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### **Zeven van de tien cliënten in de geestelijke gezondheidszorg vinden dat hun behandel- of begeleidingsplan naar wens wordt uitgevoerd**

Bij behandeling of begeleiding in de GGZ wordt doorgaans een behandel- of begeleidingsplan gemaakt. Meestal komt dit plan tot stand in samenspraak met de cliënt. Het is een overeenkomst tussen behandelaar en patiënt waarin het doel en de vorm van de behandeling of begeleiding worden beschreven. Uit een peiling onder cliënten die een GGZ-behandeling of begeleiding hebben afgesloten of een belangrijke nieuwe fase zijn ingegaan blijkt dat 71% van hen van mening is dat het behandel- of begeleidingsplan naar wens is uitgevoerd (Hilderink en Van 't Land, 2009). In *figuur 2.6.6* zijn de percentages antwoorden weergegeven, uitgesplitst naar vormen van GGZ. Cliënten die een deeltijdbehandeling hebben gekregen zijn het meest positief: 80% antwoordde positief. Ook cliënten die een ambulante behandeling kregen, een korte klinische behandeling ontvingen of die begeleid werden bij zelfstandig wonen waren in drie kwart of meer van de gevallen positief. Cliënten die langdurige klinische zorg ontvingen of transmurale zorg, waren vaker ontevreden. Het aantal positieve antwoorden was het laagst bij de 'Zorg op maat'-cliënten. Zorg op maat staat voor een samenhangend aanbod aan zorgsoorten voor mensen met een bepaald type stoornis of hulpvraag. De resultaten voor deze groep worden echter vertekend door een hoog percentage 'onbekend'.

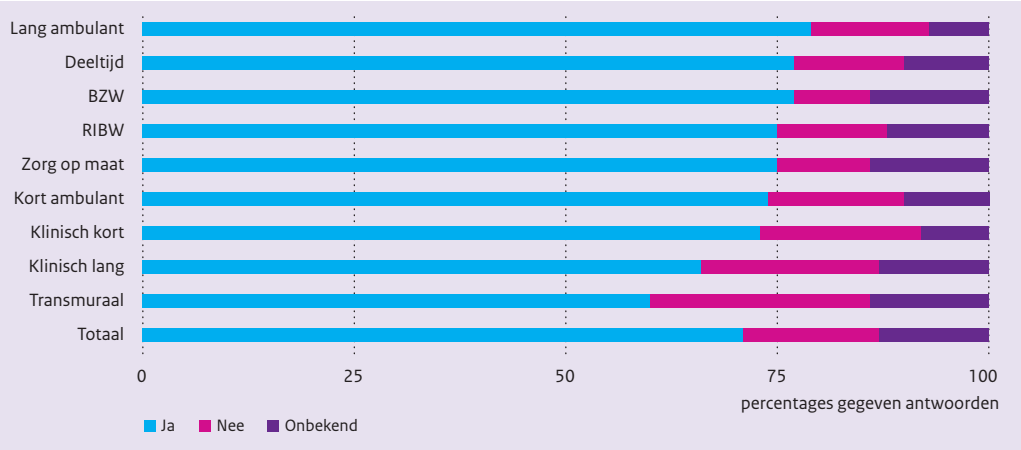
Ook is aan de GGZ-cliënten gevraagd of ze vinden dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak was voor hun problemen. Omdat een behandel- of begeleidingsplan in samenspraak met de cliënt tot stand hoort te komen, kan een negatief antwoord er op wijzen dat de cliënt hierbij onvoldoende betrokken is geweest. 71% van de antwoorden over de juistheid van de aanpak was positief. *Figuur 2.6.7* geeft de antwoorden per zorgvorm weer. Net als bij de vorige vraag blijkt dat cliënten die een deeltijd-behandeling kregen, ambulante hulp kregen of begeleid zelfstandig woonden het meest positief waren. Meer dan driekwart van hen was positief. Cliënten die een lange klinische behandeling ontvingen of transmurale zorg kregen vonden vaker dat de behandeling niet de juiste aanpak was, respectievelijk 66 en 60%.

**Figuur 2.6.6: Percentage zorggebruikers in de geestelijke gezondheidszorg dat vindt dat het behandel- of begeleidingsplan naar wens is uitgevoerd, 2006**



(Bron: Hilderink et al., 2008)

**Figuur 2.6.7: Percentage zorggebruikers dat van mening is dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak is voor hun problemen, 2006**



(Bron: Hilderink et al., 2008)

## Conclusie

Over het belang van vraaggerichte zorg bestaat grote consensus. De mate waarin zorg ook vraaggericht wordt vormgegeven, lijkt echter sterk te verschillen tussen sectoren. Natuurlijk verschilt de inhoud van de zorg, en daarmee de condities die nodig zijn voor een vraaggerichte benadering, sterk tussen sectoren. Bij curatieve zorg, zoals de behandeling door een fysiotherapeut, vindt de zorg vaak plaats in afgebakende consulten waarin een specifiek probleem wordt behandeld. In een verpleeghuis is zorg een doorlopend proces dat als een rode draad door het leven van de cliënt loopt. De zorg heeft dan vaak betrekking op dagelijkse levensbehoeften als toiletgang, eten, douchen en opstaan.

Dit betekent dat het vraaggericht vormgeven van zorg in de langdurige zorg complexer is dan in de curatieve zorg, maar ook dat de impact op het leven van de zorggebruiker veel groter is. Wanneer zorg in een verpleeghuis niet vraaggericht is, raken cliënten de regie over hun leven kwijt; in het ergste geval kunnen zij niet meer zelf bepalen wanneer zij douchen, eten, opstaan of zelfs het toilet bezoeken.

De indicatoren die in deze paragraaf gerapporteerd zijn vormen onvoldoende basis om conclusies te trekken over de vraaggerichtheid van de gezondheidszorg in algemene zin. Wel valt op dat het probleem van onderbezetting en tijdgebrek in de langdurige zorg ook hier zichtbaar wordt. Zowel bewoners als vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten ervaren de bejegening door zorgverleners vaker als onbeleefd. Meebeslissen over de zorg is nog lang niet vanzelfsprekend; ruim 58% van de bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen zegt nooit of soms te kunnen meebeslissen over de inhoud van de zorg. Ook de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten ervaren niet veel mogelijkheid tot inspraak: vier op de tien zeggen altijd of meestal mee te kunnen beslissen. In onderzoeken onder cliënten in andere zorgsectoren was dat 75% tot 90%. Verder is het een opvallende bevinding dat bijna een kwart van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen en een kwart van de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten zeggen dat er nooit genoeg tijd wordt besteed aan de zorg.

## 2.7 Coördinatie en afstemming

### Kernbevindingen

- Integrale bekostiging van diabetes door middel van keten-dbc's heeft nog niet tot zichtbaar betere uitkomsten geleid, wel zijn zorgverleners positief over de samenwerking
- Vier op de tien reumapatiënten moeten meerdere keren hetzelfde verhaal vertellen aan verschillende zorgverleners, bij diabetespatiënten is dat één op de tien patiënten
- Slechts een kleine minderheid van de patiënten krijgt tegenstrijdige adviezen van verschillende zorgverleners
- Van de chronisch zieken heeft ongeveer 14% coördinatieproblemen ervaren rondom medische testen in de afgelopen twee jaar; dat is weinig vergeleken met Duitsland, Frankrijk en de Gemeenebestanden
- De mate waarin patiënten ontslaginformatie ontvangen na ontslag uit het ziekenhuis varieert sterk tussen aandoeningen
- Het aantal zorgaanbieders dat is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt is begin 2010 toegenomen tot 575 van de ongeveer 6500
- In 2007 was in 43% van de ziekenhuisapotheken informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch toegankelijk

### Hoe we coördinatie en afstemming vaststellen

Vaak hebben patiënten te maken met verschillende zorgverleners. Zo hebben veel mensen voor hun ziekte contact met de huisarts, de thuiszorg en een apotheek. Of het hele zorgproces rondom een patiënt goed verloopt, is dan niet alleen afhankelijk van de kwaliteit die elke zorgverlener op zijn of haar deelgebied levert. Voor een goede kwaliteit van zorg is het belangrijk dat de zorg rondom de patiënt goed is georganiseerd, dat er afstemming plaats vindt tussen zorgverleners en dat er indien nodig één centrale persoon is die de regie over de zorg heeft. Als afstemming en coördinatie gebrekkig zijn, leidt dat tot ongewenste situaties. Voorbeelden daarvan zijn dat patiënten tegenstrijdige adviezen krijgen, verkeerde (combinaties van) medicijnen krijgen voorgeschreven, dat dingen dubbel worden gedaan of dat de patiënt steeds opnieuw zijn verhaal moet vertellen.

Ketenkwaliteit is de mate waarin de verschillende onderdelen binnen een keten op elkaar zijn afgestemd en er sprake is van klantgerichte zorg-, hulp- en/of dienstverlening. Het belang van ketenkwaliteit neemt toe naarmate er meer zorgverleners bij een patiënt betrokken zijn, daarom hebben veel van de indicatoren betrekking op chronisch zieken.

### Indicatoren

- Eerste ervaringen met integrale bekostiging binnen zorggroepen
- Mate waarin zorggebruikers zeggen vaak hetzelfde verhaal te moeten vertellen
- Patiëntervaringen over ontvangen tegenstrijdige informatie

- Percentage chronisch zieken dat coördinatieproblemen ervaart bij de aanvraag van testen
- Begeleiding en informatieverstrekking bij ontslag uit het ziekenhuis
- Aantal aansluitingen op het Landelijk Schakelpunt
- Percentage ziekenhuizen waarbij informatie over in ziekenhuis en elders voorgeschreven medicatie op ziekenhuisafdelingen en elders elektronisch toegankelijk is

## De stand van zaken

### **Integrale bekostiging van diabetes door middel van keten-dbc's heeft nog niet tot zichtbaar betere uitkomsten geleid, wel zijn zorgverleners positief over de samenwerking**

Per 1 januari 2010 is het mogelijk om de zorg voor diabetespatiënten integraal te bekostigen. Integraal bekostigen betekent dat bekostiging plaatsvindt op basis van de integrale zorg die wordt geleverd aan een patiënt met een bepaalde aandoening. Deze integrale zorg bestaat uit een pakket aan verrichtingen en controles (een 'keten-dbc') die zijn beschreven in een zorgstandaard. Een voorbeeld van een dergelijke zorgstandaard is de NDF-standaard voor mensen met diabetes (NDF, 2007). In plaats van het apart betalen voor individuele verrichtingen (aan elke zorgaanbieder apart), wordt voor het hele pakket één tarief afgesproken tussen de zorgverzekeraar en een zorggroep. Een zorggroep is een organisatie waarin zorgaanbieders zijn verenigd en die fungeert als hoofdaannemer. Deze hoofdaannemer draagt eindverantwoordelijkheid voor de hele zorgketen. De zorg kan worden aangeboden door zorgverleners binnen de zorggroep, maar de zorggroep kan ook andere zorgaanbieders contracteren. Huisartsen fungeren meestal als coördinatoren van de zorg (Struijs et al., 2009).

Diabetes is de eerste ziekte waarvoor integrale bekostiging is ingevoerd. Daarna zullen COPD, hartfalen en het risico op hart- en vaatziekten volgen. De gedachte achter deze nieuwe wijze van financieren is dat de zorg beter zal worden georganiseerd rond de patiënt. Door een betere integratie zou de zorg kwalitatief beter moeten worden en bovendien doelmatiger (VWS, 2008b).

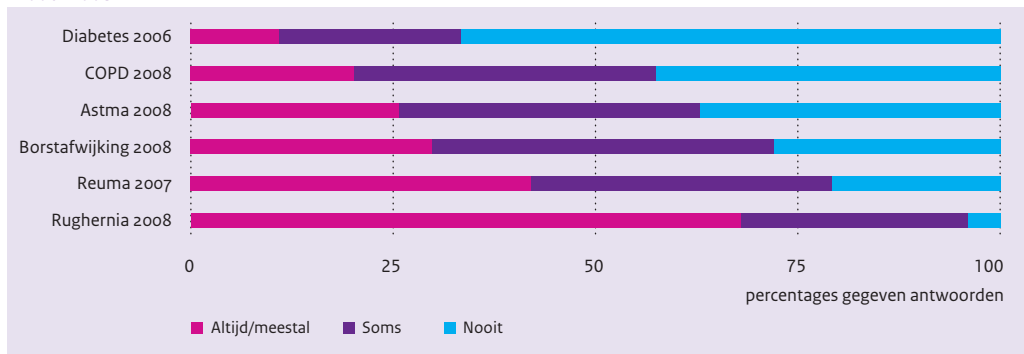
Hoewel integrale bekostiging nog van zeer recente datum is, is er inmiddels een groot aantal zorggroepen gevormd in Nederland. In september 2009 waren dat er 101 (LVG, 2009). Vooruitlopend op deze ontwikkeling is enkele jaren eerder gestart met het programma diabetes ketenzorg. Binnen dit programma ging een tiental zorggroepen werken met keten-dbc's. Het RIVM heeft in 2009 een evaluatie gepresenteerd met de eerste resultaten van deze nieuwe werkwijze (Struijs et al., 2009). In deze studie werden geen substantiële verbeteringen geconstateerd in klinische uitkomstmaten. Ook over verbeteringen op procesindicatoren kunnen op basis van deze studie nog geen uitspraken worden gedaan. Mogelijk treden dergelijke verbeteringen wel op op de langere termijn. Uit enquêtes onder patiënten bleek dat zij doorgaans positief zijn over de samenwerking tussen zorgverleners. Dat was echter ook het geval in de situatie waarin niet met keten-dbc's werd gewerkt. In de nulmeting noemde 95% de samenwerking goed of uitstekend, in de nameting was dit percentage vergelijkbaar: 93%.

### Vier op de tien reumapatiënten moeten meerdere keren hetzelfde verhaal vertellen aan verschillende zorgverleners, bij diabetespatiënten is dat één op de tien patiënten

Wanneer patiënten telkens hetzelfde verhaal moeten vertellen aan verschillende zorgverleners, kan dat een teken zijn van gebrekkige afstemming. Vooral chronisch zieken hebben hier regelmatig mee te maken. Onderzoek van de Algemene Rekenkamer uit 2005 liet zien dat ongeveer de helft van de chronisch zieken vaak hetzelfde verhaal moest vertellen (VWS, 2006b). Recentere cijfers (weergegeven in *figuur 2.7.1*) wijzen op wat lagere aantallen, en laten zien dat dit nogal varieert tussen patiëntengroepen.

Voor een belangrijk deel zijn de verschillen tussen patiëntengroepen te verklaren uit de verschillen in het primaire zorgproces. Diabetes is bijvoorbeeld een chronische ziekte waarbij patiënten jarenlang in zorg zijn. Minder dan 11% van de diabetespatiënten zegt altijd of meestal zijn of haar verhaal opnieuw te moeten vertellen. Na verloop van tijd zijn alle zorgverleners op de hoogte van de situatie van de patiënt. Ook bij patiënten die lijden aan astma of COPD zien we daarom relatief lage percentages. Opvallend is dat patiënten met reuma - toch ook een chronische ziekte - wel aangeven vaak hetzelfde verhaal te moeten vertellen. Van de mensen met een rughernia maken bijna zeven op de tien het vaak mee dat ze opnieuw hun verhaal moeten vertellen.

**Figuur 2.7.1: Percentage zorggebruikers dat zegt wel eens opnieuw hetzelfde verhaal te moeten vertellen, 2006-2008**

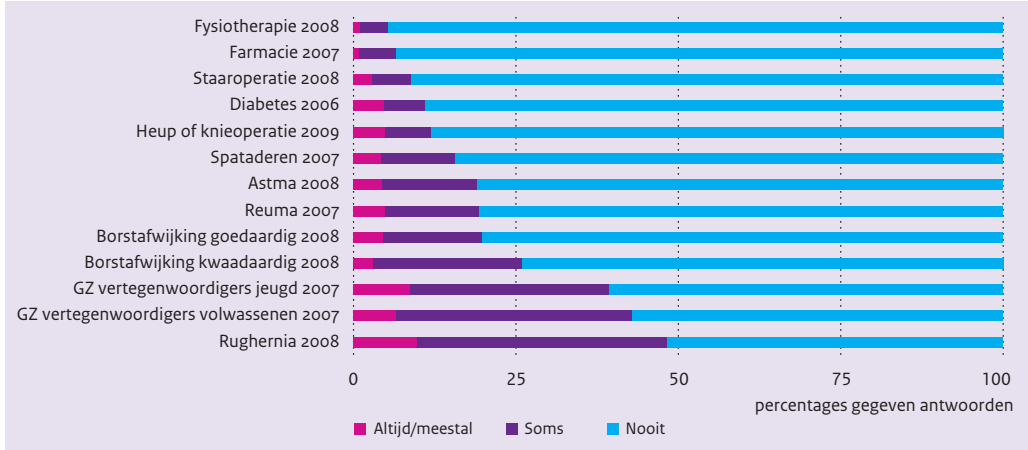


(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### Slechts een kleine minderheid van de patiënten krijgt tegenstrijdige adviezen van verschillende zorgverleners

Hoewel patiënten hun verhaal nogal eens meerdere keren moeten vertellen, komt het vrij weinig voor dat patiënten tegenstrijdige adviezen van verschillende zorgverleners krijgen. *Figuur 2.7.2* geeft voor verschillende patiëntencategorieën weer in hoeverre patiënten zelf zeggen tegenstrijdige informatie te hebben gekregen. Voor alle patiëntengroepen geldt dat minder dan 10% meestal of altijd tegenstrijdige informatie krijgt. Wanneer we ook kijken naar het percentage patiënten dat aangeeft soms tegenstrijdige informatie te ontvangen dan zien we iets meer variatie tussen patiëntengroepen, waarbij het vooral bij de gehandicaptenzorg en bij patiënten met rughernia wat vaker voorkomt dat tegenstrijdige informatie wordt ervaren.

**Figuur 2.7.2: Percentage zorggebruikers dat zegt tegenstrijdige adviezen van verschillende zorgverleners te hebben gekregen, 2006-2009**



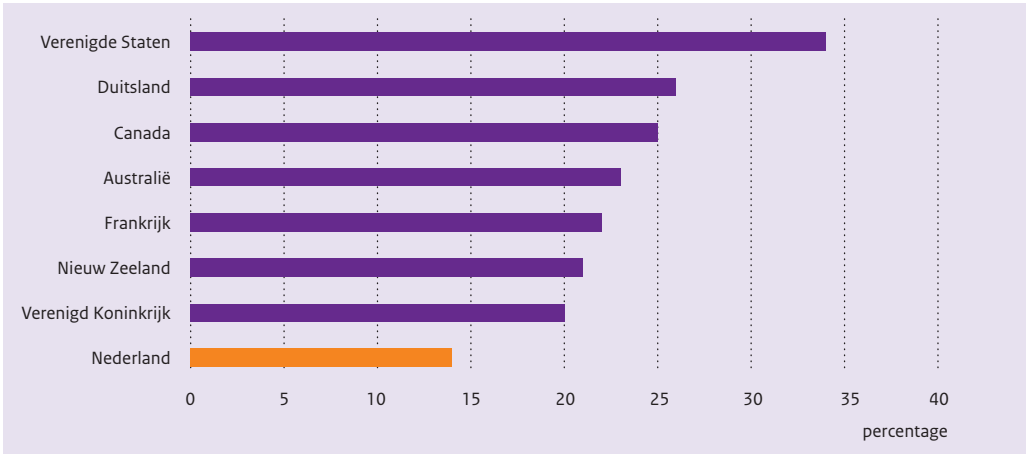
(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

**Van de chronisch zieken heeft ongeveer 14% in de afgelopen twee jaar coördinatieproblemen ervaren rondom medische testen; dat is weinig vergeleken met Duitsland, Frankrijk en de Gemeenebestanden**

Bij het aanvragen en afnemen van medische testen zijn vaak meerdere mensen betrokken. Er kan daardoor veel misgaan als gevolg van gebrekkige samenwerking of afstemming. Voorbeelden daarvan zijn dat testuitslagen of informatie uit dossiers niet op tijd beschikbaar zijn omdat deze niet zijn doorgegeven of dat door gebrekkige afstemming artsen testen aanvragen die al eens zijn uitgevoerd. Uit een internationale survey bleek dat 4% van de ondervraagde chronisch zieken in Nederland in de afgelopen twee jaar had meegemaakt dat overbodige testen werden aangevraagd (Schoen et al., 2008). Dat is weinig vergeleken met de andere landen in de survey. In Duitsland bedroeg dit 18% en in Frankrijk 10%. Ook in de Gemeenebestanden blijkt dit soort problemen meer voor te komen dan in Nederland. De Verenigde Staten is een uitschieter met 20%. Ook komt het verhoudingsgewijs weinig voor dat testresultaten of informatie uit dossiers niet beschikbaar is. In Nederland maakte 11% van de chronisch zieken dit mee in de afgelopen twee jaar. In Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk lag dit percentage iets hoger, maar niet statistisch significant. De overige Gemeenebestanden rapporteerden wel significant hogere percentages.

Figuur 2.7.3 toont het percentage chronisch zieken dat in twee jaar met één van de genoemde problemen te maken kreeg. Nederland heeft hier de meest gunstige score, namelijk 14%.

**Figuur 2.7.3: Percentage chronisch zieken dat coördinatieproblemen heeft ervaren: testresultaat niet beschikbaar tijdens afspraak of test werd aangevraagd die al was gedaan, 2008**



(Bron: Schoen et al., 2008)

### De mate waarin patiënten ontslaginformatie ontvangen na ontslag uit het ziekenhuis varieert sterk tussen aandoeningen

Ontslag uit het ziekenhuis is een belangrijk moment in de zorgketen. Met de beëindiging van het verblijf in het ziekenhuis houdt immers de zorg niet op. Het is van belang dat patiënten weten waar ze terecht kunnen met vragen en dat er nazorg plaatsvindt, vaak in de vorm van controles. In een studie van het Commonwealth Fund zijn de ervaringen die chronisch zieken hebben met begeleiding en informatieverstrekking na ontslag uit het ziekenhuis in acht landen vergeleken. De resultaten zijn weergegeven in tabel 2.7.1. Het gaat om chronisch zieken die in de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek opgenomen waren geweest.

**Tabel 2.7.1: Mate waarin zorggebruikers ontslaginformatie krijgen en begeleid worden bij ontslag uit het ziekenhuis, 2008**

Percentage zorggebruikers dat	NL	AU	FR	CAN	DU	NZ	VK	VS
• wist met wie contact opgenomen kon worden voor vragen over de aandoening of de behandeling	87	85	84	89	89	86	83	92
• instructies kreeg over op welke symptomen gelet moest worden en wanneer contact opgenomen moest worden	76	75	63*	80	71	72	74	88*
• schriftelijke informatie ontving over nazorg	63	57	61	71*	60	69	68	91*
• afspraken had gemaakt voor vervolgsconsult met een arts	79	62*	60*	68*	65*	68*	73	72
Totaalscore (% dat vier maal 'ja' antwoordde)	49	39	29*	50	39*	47	50	62*

(Bron: Schoen et al., 2008)

\* wijkt significant af van Nederland  $p < 0,05$

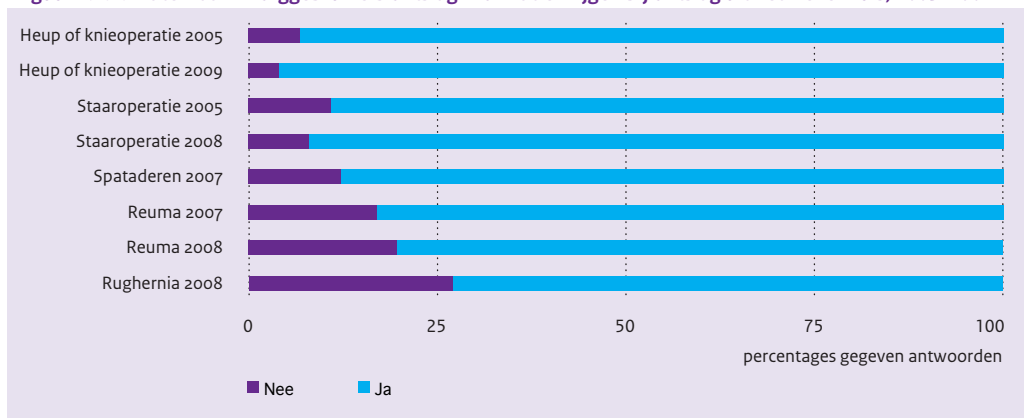
NL = Nederland; AU = Australië; FR = Frankrijk; CAN = Canada; DU = Duitsland; NZ = Nieuw Zeeland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten



Van de respondenten gaf 49% aan dat aan alle vier de voorgelegde voorwaarden voor goede ontslaginformatie was voldaan. Nederland scoort hiermee beduidend beter dan Frankrijk en Duitsland. In die landen wordt bijvoorbeeld veel minder vaak een afspraak gemaakt voor een vervolgsconsult. Opvallend is de gunstige score van de Verenigde Staten. In de Verenigde Staten is het kennelijk veel gebruikelijker dan in Nederland (en veel andere landen) om patiënten schriftelijke informatie wordt gegeven over de nazorg.

De mate waarin mensen ontslaginformatie krijgen varieert, ook binnen Nederland, tussen verschillende aandoeningen. In *figuur 2.7.4* is te zien hoeveel mensen aangeven informatie te krijgen over wat zij thuis wel en niet moeten doen na ontslag uit het ziekenhuis. Voor alle patiëntengroepen in *figuur 2.7.4* geldt de overgrote meerderheid van de patiënten hier wel informatie over krijgt. Het deel van de patiënten dat aangeeft hier geen informatie over te hebben ontvangen, varieert van 6,8% (heup- of knieoperatie) tot 27% (rughernia). Voor reuma, staaroperatie en heup- of knieoperatie zijn er gegevens over twee jaar. De verschillen tussen de jaren zijn beperkt.

**Figuur 2.7.4: Mate waarin zorggebruikers ontslaginformatie krijgen bij ontslag uit het ziekenhuis, 2005-2009**



(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### Het aantal zorgaanbieders dat is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt is begin 2010 toegenomen tot 575 van de ongeveer 6500

Het landelijk schakelpunt kan een belangrijk hulpmiddel zijn om de afstemming tussen zorgverleners te verbeteren. Doordat verschillende zorgverleners toegang hebben tot hetzelfde dossier van de patiënt, beschikken zij immers over dezelfde informatie. Het aantal aansluitingen op het landelijk schakelpunt is de afgelopen jaren sterk toegenomen; van 58 in 2008 tot 575 in 2010 (zie voor een meer uitgebreide beschrijving van deze indicator *paragraaf 4.3*).

### In 2007 was in 43% van de ziekenhuisapotheken informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch toegankelijk

In het medicatieproces van voorschrijven, bereiden, afleveren en toedienen zijn veel risicovolle momenten, zeker wanneer dit proces zich zowel intramuraal als extramuraal afspeelt. Door alle gegevens over medicijngebruik elektronisch beschikbaar en uitwisselbaar te maken, kunnen medicatiefouten worden voorkomen. Inzage in extramuraal voorgeschreven medicatie is belangrijk omdat ruim 80% van alle medicijnen extramuraal door de huisarts wordt voorgeschreven (Vandermeulen et al., 1999).

De IGZ (2009) inventariseerde de elektronische beschikbaarheid van gegevens in verschillende onderdelen van het ziekenhuis: de ziekenhuisapotheek, verpleegafdelingen en poliklinieken (zie tabel 2.7.2). De beschikbaarheid van gegevens bleek achter te lopen bij de mogelijkheden die er technisch gezien zijn. Informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie is in ziekenhuisapotheken nog lang niet altijd elektronisch toegankelijk, in 43% van de ziekenhuisapotheken is dat wel het geval. Ook in de rest van het ziekenhuis is deze inzagemogelijkheid beperkt; 25% van de verpleegafdelingen en 19% van de poliklinieken.

**Tabel 2.7.2: Percentage ziekenhuizen waar informatie over (poli)klinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie op alle poliklinieken, afdelingen, ziekenhuisapotheek en extramuraal elektronisch beschikbaar is, 2004-2008**

Elektronisch beschikbaar op	Klinisch voorgeschreven medicatie (%)					Poliklinisch voorgeschreven medicatie (%)				
	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2007 (n=99)	2008 (n=102)	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2007 (n=99)	2008 (n=102)
Ziekenhuis-Apotheek	83	93	96	97	89	22	34	36	53	39
Verpleegafdelingen	35	34	50	63	67	3	8	12	20	25
Poliklinieken	24	30	44	54	63	6	6	13	15	24
Extramuraal	8	14	16	19		17	33	26	35	

Elektronisch beschikbaar op	Extramuraal voorgeschreven medicatie (%)				
	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2007 (n=99)	2008 (n=102)
Ziekenhuis-Apotheek	21	39	44	55	43
Verpleegafdelingen	5	5	3	6	25
Poliklinieken	4	1	3	4	19
Extramuraal	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>

(Bron: IGZ, 2006-2009)

<sup>a</sup> per definitie 100%

## Conclusie

Betrouwbare en valide indicatoren voor de mate van coördinatie en afstemming binnen de zorg zijn schaars. Het verzamelen van goede informatie hierover is ook complex, omdat coördinatie en afstemming zich afspelen tussen zorgverleners en instellingen en dus vaak moeilijk zijn af te leiden uit informatie van zorgaanbieders. Zoals eerder werd aangegeven, zijn het vooral zorggebruikers die het merken als er onvoldoende afstemming en/of coördinatie is. Er worden dan bijvoorbeeld tegenstrijdige adviezen gegeven of werk wordt dubbel gedaan.

De gegevens die we in deze paragraaf rapporteerden, bieden enig zicht op de stand van zaken rondom coördinatie en afstemming van enkele patiëntengroepen, maar het beeld is nog verre van volledig.

Uit vragenlijstonderzoeken blijkt dat de mate waarin patiënten te maken krijgen met problemen die voortvloeien uit een gebrekkige afstemming, sterk verschilt tussen verschillende patiëntengroepen. Hierbij spelen ook de aard van de aandoening en het zorgaanbod een rol. Zo krijgen patiënten met een rughernia of vertegenwoordigers van cliënten in de gehandicaptenzorg veel vaker tegenstrijdig adviezen dan bijvoorbeeld mensen die een staaroperatie ondergaan of diabetes hebben. Mogelijk zijn de laatste twee voorbeelden aandoeningen waarvoor de behandeling eenvoudiger is te vatten in protocollen en standaarden, en bestaat er meer consensus over wat er moet worden aanbevolen. Een andere factor die vanzelfsprekend van invloed is, is het aantal zorgverleners dat bij een patiënt betrokken is. Immers, hoe meer dat er zijn, hoe groter de kans dat er afstemmingsproblemen ontstaan.

Het logistieke proces rondom medische testen en testuitslagen lijkt in Nederland vrij goed te verlopen vergeleken met andere landen die in de CMWF-studie participeerden. In twee jaar tijd had ongeveer 14% problemen ervaren. Ontslag uit het ziekenhuis is een belangrijk moment in het zorgproces. Vaak moet vervolgzorg worden geregeld en de patiënt moet weten wanneer het verstandig is contact op te nemen en met wie. Een internationale vergelijking laat zien dat Nederland het op dit terrein beter lijkt te doen dan Duitsland en Frankrijk, maar ook blijkt dat bijvoorbeeld het schriftelijk verstrekken van ontslaginformatie nog lang niet altijd vanzelfsprekend is.

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor afstemming en coördinatie. Vaak wordt dan ook gesproken over ketenkwaliteit. Manieren om deze ketenkwaliteit te verbeteren moeten het niveau van individuele zorgaanbieders overstijgen. De meest opvallende ontwikkelingen op dit vlak zijn de invoering van het landelijk schakelpunt voor elektronische patiëntendossiers en de invoering van integrale bekostiging. Het aansluiten van zorgaanbieders op het landelijk schakelpunt verloopt veel langzamer dan verwacht. Desondanks is er duidelijk sprake van vooruitgang. In de tweede helft van 2009 is het aantal aangesloten aanbieders toegenomen van 129 naar 575. Van de apotheken is inmiddels ongeveer een vijfde aangesloten. Van de huisartsenpraktijken is dat nog maar 3%. Met integrale bekostiging zijn de eerste ervaringen van zorgaanbieders positief. Deze ontwikkeling zal de komende jaren verder worden ingevoerd. Toekomstige evaluaties zullen moeten uitwijzen in hoeverre integrale bekostiging ook leidt tot meer integrale zorg.

## 2.8 Palliatieve zorg

### Kernbevindingen

- Er is nog onvoldoende basis om uitspraken te doen over de kwaliteit van de palliatieve zorg
- In 2007 overleden er ongeveer 72.000 mensen die potentieel in aanmerking kwamen voor palliatieve zorg
- Nederland loopt voorop in Europa in de beschikbaarheid van palliatieve zorgvoorzieningen en de ontwikkeling van dit werkveld
- Er is een indicatorenset beschikbaar die zeer waarschijnlijk de komende jaren waardevolle informatie gaat opleveren over de kwaliteit van palliatieve zorg
- Naar schatting overlijdt minder dan 5% van de chronisch zieken in een palliatieve zorginstelling; de meeste mensen overlijden thuis, in een ziekenhuis of in een verpleeghuis

### Wat is palliatieve zorg?

De World Health Organization (2010) definieert palliatieve zorg als: “Een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard” (WHO, 2010).

Deze omschrijving van de WHO laat zien dat palliatieve zorg eigenlijk een verzamelnaam is voor verschillende vormen van zorg, die op verschillende plekken en door verschillende zorgverleners worden aangeboden. Wat deze vormen van zorgen gemeen hebben, is dat ze worden verleend in de laatste levensfase van een patiënt. Die fase kan enkele weken tot enkele maanden duren. Genezing is in dit stadium niet meer mogelijk, daarom is palliatieve zorg er op gericht deze periode zo dragelijk mogelijk te maken, zowel voor de patiënt als voor de mensen in zijn of haar directe omgeving. Martin-Moreno et al. (2008) onderscheiden als de drie belangrijkste doelen van palliatieve zorg:

- 1 tegemoetkomen aan fysieke, sociale, psychische, praktische en spirituele behoeften;
- 2 ondersteuning bieden aan familie bij verlies en verdriet dat het overlijden van naasten met zich meebrengt;
- 3 voorbereiden en begeleiden van het sterfproces.

Welke concrete vormen van zorg zijn nodig om deze doelen te verwezenlijken? Bij fysieke behoeften speelt vooral bestrijding van pijn en andere symptomen een centrale rol. Bij ‘andere’ symptomen kan bijvoorbeeld worden gedacht aan misselijkheid, braken en obstipatie. Ook de behoefte aan ondersteuning bij lichamelijke verzorging speelt een belangrijke rol. Bij sociale behoeften valt te denken aan contacten die vaak erg belangrijk worden gevonden in de laatste levensfase, zoals met familie en vrienden. Om deze behoefte aan contact goed te faciliteren, is het voor veel patiënten in de palliatieve fase belangrijk dat zij een eigen kamer hebben en dat zij dicht bij de woonplaats van directe familieleden verblijven. Sociale behoeften betreffen daarnaast ook het contact dat patiënten en familie hebben met

zorgverleners. Psychische steun ligt in het verlengde hiervan en heeft vooral betrekking op emotionele steun. In de praktische behoeften kan vaak voor een belangrijk deel worden voorzien door gebruik van hulpmiddelen en voorzieningen, zoals rolstoelen en steunen bij het toilet. De spirituele behoeften hebben betrekking op levensbeschouwelijke en zingevingaspecten. Voor een belangrijk deel betreft dit het terrein van geestelijke verzorgers. Maar ook andere zorgverleners (artsen, verpleegkundigen) moeten aandacht hebben voor spirituele behoeften, die bijvoorbeeld tot uiting kunnen komen in vragen als “waarom overkomt mij dit lijden?” en “hoe kan ik in het reine komen met wat in mijn leven niet goed is gegaan?” of “hoe kan ik mijn leven afronden?”.

Ondersteuning aan familie bij verlies en verdriet kan worden geboden in de vorm van begeleiding bij het omgaan met emoties. Deze begeleiding kan worden geboden door zorgverleners maar ook door vrijwilligers. Indirect is dit ook in het belang van de patiënt, omdat in de kring van naasten zich vaak ook de meeste mantelzorgers bevinden. Bij het voorbereiden en begeleiden van het sterfproces kan het gaan om beslissingen rondom het levenseinde, over (mogelijk) levensverkortende behandelingen, staken van levensverlengende behandelingen, reanimatie of beademing, euthanasie of andere specifieke wensen.

De aandacht voor palliatieve zorg als een specifieke vorm van zorg is van recente datum. In de jaren '70 ontstonden in West-Europa de eerste instellingen met een specifiek palliatief zorgaanbod. In Nederland opende pas in 1991 het eerste hospice haar deuren, de Johannes hospice in Vleuten. Inmiddels is er in Nederland een ruim aanbod aan hospices en andere palliatieve terminale zorgvoorzieningen.

## Wie maken gebruik van palliatieve zorg?

De doelgroep voor palliatieve zorg zijn mensen die lijden aan een ziekte waarvoor geen genezing meer mogelijk is en hun naasten. Het zijn patiënten die binnen korte tijd komen te overlijden. Wat deze termijn is, kan niet in getal worden uitgedrukt. Het kan gaan om weken of maanden, maar soms ook om jaren. Hoeveel mensen precies gebruik maken van palliatieve zorg is niet bekend. Omdat palliatieve zorg zoveel verschillende deelgebieden kent met bijbehorende zorgverleners en niet een strikt afgebakend terrein vormt, wordt dit ook niet apart geregistreerd. Toch is er wel een inschatting van te maken. In Nederland overleden in 2007 ruim 133.000 mensen. In 2006 overleed 54% aan een niet-acute aandoening. Onder deze groep, ongeveer 72.000 mensen, bevinden zich de mensen die gebruik hebben gemaakt van palliatieve zorg. Van deze 72.000 mensen overleden er bijna 41.000 aan een vorm van kanker. Kankerpatiënten vormen daarmee de grootste categorie patiënten die palliatieve zorg ontvangen. Andere voorbeelden van (niet-acute) ziekten waaraan veel mensen overlijden zijn dementie (ruim 9000 mensen) en COPD (ongeveer 6350 mensen) (CBS Statline, 2009e).

In tabel 2.8.1 is de plaats van sterven weergegeven voor mensen die overlijden aan chronische aandoeningen. Ongeveer drie op de tien overlijden thuis, 28% overlijdt in een ziekenhuis, een kwart overlijdt in een verpleeghuis en 11% in een verzorgingshuis. Slechts 5% overlijdt op een andere plek, bijvoorbeeld in een hospice (Van der Velden et al., 2009)

**Tabel 2.8.1: Plaats van overlijden van mensen met een chronische aandoening (%), 2006**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Ziekenhuis	31	25	28
Verpleeghuis	20	30	25
Verzorgingshuis	7	14	11
Thuis	37	26	31
Anders	5	5	5

(Bron: Van der velden et al., 2009)

## Wie verlenen palliatieve zorg?

Tabel 2.8.2 geeft een overzicht van de instellingen in Nederland die gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. De tabel geeft de stand van zaken in januari 2010. Palliatieve terminale zorgvoorzieningen zijn er in vele soorten: als zelfstandige hospices of als onderdeel van een verpleeg- of verzorgingshuis (zogenaamde palliatieve units). Bij sommige werken vooral vrijwilligers (bijvoorbeeld in de bijna-thuis-huizen), terwijl andere een eigen verpleegkundige staf hebben. Er zijn ook instellingen die wel palliatieve zorg aanbieden, maar geen verblijf. Een aantal thuiszorgorganisaties heeft bijvoorbeeld een speciaal aanbod voor palliatieve zorg. Enkele hospices bieden naast verblijf ook een dagvoorziening.

In 2009 waren er bijna 265 palliatieve zorgvoorzieningen die zorg met verblijf aanboden. Doorgaans zijn deze zorgvoorzieningen hospices, bijna-thuis-huizen of palliatieve units. Samen hadden deze instellingen 1062 bedden. Dat betekent dat slechts een klein deel van de patiënten die in de palliatieve fase zijn, worden opgenomen in een dergelijke instelling. Er zijn ongeveer 177 organisaties waar vanuit vrijwilligers patiënten thuis bezoeken. Verder zijn er 53 consultatieteams die zorgverleners ondersteunen en adviseren. Uiteraard wordt ook veel palliatieve zorg verleend buiten gespecialiseerde instellingen, bijvoorbeeld door huisartsen en thuiszorgmedewerkers. Bij mensen die thuis overlijden is de huisarts bijna altijd de meest centrale zorgverlener en coördinator van de zorg (Linden et al., 2003).

**Tabel 2.8.2: Overzicht palliatieve zorgvoorzieningen in Nederland per 1-1-2010**

	Aantal voorzieningen	Aantal plaatsen
Hospicevoorziening met eigen verpleegkundige staf	48	278
Hospicevoorziening met vooral vrijwilligers	54	180
Hospicevoorziening verbonden aan verpleeg- of verzorgingshuis	141	499
Kinderhospice	6	56
Voorziening met opname in ziekenhuis	16	49
Palliatieve dagvoorziening dagzorg	18	Nvt
Palliatieve dagvoorziening polikliniek	2	Nvt
Palliatieve dagvoorziening psychosociale zorg	7	Nvt
Consultatieteam voor professionals	53	Nvt
Team voorlichting en advies aan patiënten	9	Nvt
Vrijwilligersorganisatie	177	Nvt
Thuiszorgorganisatie met aanbod palliatieve zorg	19	34
Overig	82	
Totaal	632	1096

(Bron: <http://www.palliatief.nl>)

## Hoe is de kwaliteit van palliatieve zorg?

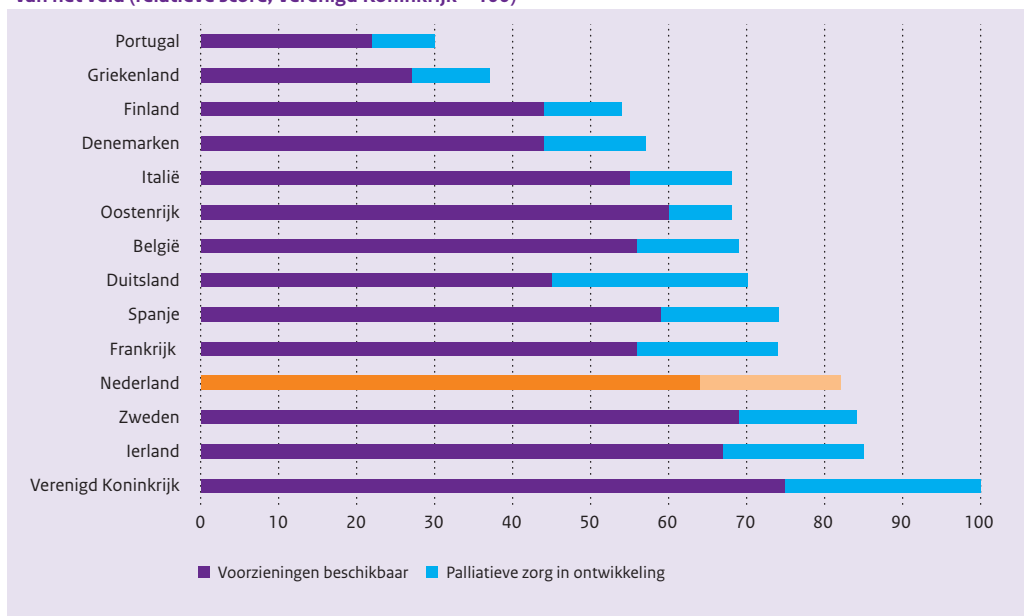
Het is nog niet mogelijk om algemene uitspraken te doen over de kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland. Het meten van kwaliteit op dit terrein staat nog in de kinderschoenen, maar is wel volop in ontwikkeling.

Binnen de meeste zorgsystemen is de aandacht voor en erkenning van palliatieve zorg als een vorm van zorg die specifiek aandacht en expertise behoeft, van recente aard. Martin-Moreno et al. (2008) beschreven de stand van zaken rondom palliatieve zorg in de Europese Unie. Zij concludeerden dat het veld van de palliatieve zorg in de meeste Europese landen volop in beweging is. Overal ontstaan gespecialiseerde voorzieningen en initiatieven om te werken aan betere en meer samenhangende palliatieve zorg. Op basis van eerdere studies maakten Martin-Moreno et al., een rangordening van landen naar beschikbaarheid van palliatieve zorgvoorzieningen en de mate waarin het veld in ontwikkeling is. Dit laatste wil zeggen dat er sprake is van een kritische groep professionals die initiatieven ontplooit die vermoedelijk zullen leiden tot een verdere ontwikkeling van een goed palliatief zorgaanbod (Wright et al., 2008).

De rangordening van Martin-Moreno et al. is weergegeven in *figuur 2.8.1*. De figuur laat zien dat het Verenigd Koninkrijk koploper is binnen Europa. De index is voor het Verenigd Koninkrijk gesteld op 100%. Nederland neemt in deze rangordening de vierde plek in met een score van 85%. De rangordening drukt niet de feitelijke kwaliteit van palliatieve zorg uit, maar geeft wel een indicatie van de ontwikkeling van dit veld binnen een land.

Enkele studies die binnen Nederland zijn verricht, wijzen er op dat patiënten en hun naasten tevreden zijn over de palliatieve zorg. Vooral de aandacht en aanpak van fysieke aspecten (pijn en andere symptomen) door artsen en verpleegkundigen scoort redelijk tot goed. De voornaamste tekortkomingen die naar voren kwamen liggen op de subjectieve, psychosociale en spirituele gebieden (Van den Akker en Luijkx, 2005; Brandt, 2007; Groot, 2007).

**Figuur 2.8.1: Rangordening van landen op aanbod van palliatieve zorginstellingen en mate van ontwikkeling van het veld (relatieve score; Verenigd Koninkrijk = 100)**



(Bron: Martin-Moreno et al., 2008)

Dat er veel aandacht is voor de kwaliteit van palliatieve zorg blijkt ook uit het gegeven dat zeer recent in opdracht van het ministerie van VWS een set aan kwaliteitsindicatoren is ontwikkeld (Brandt et al., 2009; Claessen et al., 2009). Deze indicatorenset is gebaseerd op een uitvoerige inventarisatie van de internationale literatuur op dit terrein (Pasma et al., 2009). Deze indicatorenset zal in de Zorgbalans gebruikt gaan worden als uitgangspunt voor de beschrijving van de palliatieve zorg. Resultaten zijn op dit moment nog niet beschikbaar. Wel zal hieronder worden weergegeven welke gegevens in de toekomst gebruikt kunnen worden. De Zorgbalans zal niet alle indicatoren gebruiken, omdat deze in de eerste plaats zijn ontwikkeld voor interne kwaliteitsverbetering en daarom niet allemaal geschikt zijn voor een beschrijving op systeemniveau.



## Indicatoren

De indicatoren in de indicatorenset van Brandt et al. (2009) zijn geordend naar een aantal deelgebieden en naar indicatoren die betrekking hebben op patiënten of op begeleiding van naasten:

**Tabel 2.8.3: Indicatoren palliatieve zorg voor patiënten en/of naasten**

	Patiënten	Naasten
Pijn en andere symptomen	■	
Psychosociaal welbevinden	■	■
Generiek	■	■
Nazorg		■

(Bron: Brandt et al., 2009)

Brandt et al. onderscheiden naast psychosociaal ook ‘spiritueel’ welbevinden. In de Zorgbalans zal dit geschaard worden onder psychosociaal welbevinden. Hieronder geven we een korte beschrijving van de voor de Zorgbalans relevante indicatoren. Voor een meer nauwkeurige beschrijving van de operationalisatie verwijzen we naar Brandt et al. (2009).

*Indicatoren voor omgaan met pijn en lichamelijke symptomen:*

- Percentage patiënten dat lijdt aan:
  - matige tot ernstige pijn
  - vermoeidheid
  - benauwdheid
  - obstipatie
- Mate waarin patiënten begeleiding bij lichamelijke symptomen ervaren
- Mate waarin patiënten hulp bij de lichamelijke verzorging ervaren

*Zorg voor psychosociaal welbevinden van patiënten:*

- Mate waarin patiënten begeleiding bij angst en somberheid ervaren
- Mate waarin patiënten aandacht van hun zorgverleners ervaren
- Mate waarin patiënten en naasten aangeven dat de patiënt terecht kan bij een geestelijk verzorger
- Mate waarin directe naasten aangeven dat er aandacht was voor het psychosociaal welbevinden van de patiënt

*Zorg voor psychosociaal welbevinden van naasten:*

- Mate waarin directe naasten aangeven dat er aandacht was voor het psychosociaal welbevinden van henzelf
- Mate waarin directe naasten gelegenheid hadden alleen te zijn met de patiënt

*Generiek (patiënten):*

- Mate waarin patiënten in de laatste maand op de plaats van voorkeur verbleven
- Percentage patiënten dat is overleden op de plaats van voorkeur
- Aanwezigheid van documentatie over de gewenste zorg en behandeling rond het levenseinde
- Percentage patiënten dat tijdig hulpmiddelen krijgt

Nazorg:

- Mate waarin directe naasten zich door zorgverleners gesteund voelden door zorgverleners direct ná het overlijden van de patiënt
- Mate waarin directe naasten gewezen zijn op de mogelijkheden van nazorg
- Mate waarin afscheids- of evaluatiegesprek over de verleende zorg en behandeling gehouden zijn.

Naast de hier weergegeven indicatoren, bevat de set een aantal indicatoren die mogelijk op andere plekken in de Zorgbalans aan de orde zullen komen. Deze indicatoren betreffen vragen naar patiëntervaringen met bijvoorbeeld professionaliteit, continuïteit en bejegening.

## Conclusie

Palliatieve zorg omvat veel verschillende vormen van zorg die zich richten op zowel fysieke als psychosociale zaken waar patiënten in de laatste levensfase en hun naasten mee te maken krijgen. Palliatieve zorgverlening vindt plaats in gespecialiseerde instellingen, maar nog vaker daar buiten, bijvoorbeeld thuis of in een verpleeghuis. Vergeleken met de meeste andere vormen van zorg is de aandacht voor de organisatie en kwaliteit van palliatieve zorg van recente aard. Dat geldt niet alleen in Nederland, maar ook in de meest andere landen.

Hoewel de aandacht voor palliatieve zorg nog in de kinderschoenen staat, lijkt Nederland internationaal gezien wel deel uit te maken van een voorhoede. De internationale vergelijking die in deze paragraaf is gerapporteerd kan niet worden beschouwd als een echte kwaliteitsindicator omdat deze slechts iets zegt over de structuur waarbinnen gewerkt wordt aan kwaliteit en ontwikkeling van het veld. Een vergelijking op het niveau van processen of uitkomsten is echter (nog) niet voorhanden. Dat daar wel hard aan gewerkt wordt, blijkt uit de kwaliteitsindicatoren die in opdracht van het ministerie van VWS zijn ontwikkeld op basis van een gedegen literatuurstudie. In de nabije toekomst zullen we op basis van deze indicatoren meer kunnen zeggen over de prestaties van de palliatieve zorg in Nederland.

# 3

## Toegankelijkheid van zorg

In dit hoofdstuk staat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg centraal. Als de zorg slecht toegankelijk is, dan hebben een hoge kwaliteit en doelmatigheid maar een beperkte waarde. Toegankelijkheid is daarmee een essentiële randvoorwaarde voor een optimaal functionerende gezondheidszorg. Eerst worden de diverse aspecten van toegankelijkheid beschreven. Aan het einde van dit hoofdstuk komen twee onderwerpen aan bod die nauw verband houden met toegankelijkheid: het personeelsaanbod in de zorgsector en keuzevrijheid.

### 3.1 Wat verstaan we onder toegankelijkheid van zorg?

Toegankelijke zorg betekent dat “personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening” (Smits et al., 2002). In de literatuur komt een aantal aspecten steeds terug die samen de toegankelijkheid bepalen en die de toegankelijkheid kunnen beperken, te weten de kosten, de reisafstand, de wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en de vraag van burgers. De mate en volgorde waarin deze aspecten worden behandeld en de verbanden die ertussen worden gelegd verschillen tussen studies. De gekozen indeling is regelmatig afhankelijk van het land of het onderwerp waarop de studie betrekking heeft. Ook de verwachte of gevonden omvang van de nadelige gevolgen van de verschillende belemmeringen kan een rol spelen. In deze Zorgbalans is gekozen voor een systematische indeling die ook in recente EU-publicaties is gebruikt (Busse et al., 2006; Tamsma, 2008) en die op voorhand nog géén oordeel over het belang van elk van de vier aspecten weergeeft.

Naast de vier genoemde factoren worden in dit hoofdstuk nog twee aspecten behandeld, namelijk het personeelsaanbod in de gezondheidszorg en de keuzevrijheid. Een tekort aan personeel kan in alle aspecten van toegankelijkheid ingrijpen en problemen veroorzaken, zoals hogere kosten, lacunes in de geografische spreiding, lange wachttijden of minder diversiteit in aanbod. Voldoende beschikbaarheid van personeel is een *voorwaarde* voor toegankelijkheid.

Keuzevrijheid hangt nauw samen met de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Keuzevrijheid houdt in dat burgers zelf kunnen kiezen voor de wijze waarop en bij wie zij tegen ziektekosten verzekerd willen zijn en door wie en de wijze waarop de zorg wordt verleend. Voorwaarde voor keuzevrijheid is dat wettelijke en financiële regelingen het maken van keuzes ook toestaan. Ook dient er voldoende diversiteit in het zorgaanbod aanwezig te zijn, zodat de burgers de kwaliteit van zorg kunnen afwegen tegen de 'kosten'. Keuzevrijheid is ook een van de voorwaarden voor het slagen van het huidige zorgsysteem met geregleerde marktwerking (zie *hoofdstuk 5*).

### Indeling van het hoofdstuk

Financiële toegankelijkheid (betaalbaarheid) (*paragraaf 3.2*)

Geografische toegankelijkheid (bereikbaarheid) (*paragraaf 3.3*)

Temporele toegankelijkheid (tijdigheid) acute zorg (*paragraaf 3.4*)

Temporele toegankelijkheid (tijdigheid) reguliere zorg (*paragraaf 3.5*)

Toegankelijkheid naar behoefte (*paragraaf 3.6*)

Personeelsaanbod (*paragraaf 3.7*)

Keuzevrijheid (*paragraaf 3.8*)

## 3.2 Financiële toegankelijkheid

### Kernbevindingen

- Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten blijft stabiel op 150.000
- Het aantal wanbetalers van de zorgverzekeringspremie is fors gegroeid
- Het percentage huisartsen dat denkt dat hun patiënten problemen ervaren met het bekostigen van niet-vergoede uitgaven stijgt
- Het percentage chronisch zieken dat afziet van zorg vanwege de kosten is laag
- De extra gezondheidsuitgaven van mensen met een chronisch ziekte of beperking zijn gelijk gebleven
- De eigen bijdrage en aanvullende verzekering voor zorgkosten zijn licht gedaald
- De hoogste inkomensklasse geeft 1,5% van het inkomen uit aan eigen bijdrage voor de zorg; de laagste inkomensklasse 6,5%
- Het aandeel van eigen bijdrage in het huishoudinkomen in Nederland is het laagst binnen de EU

## Hoe we financiële toegankelijkheid vaststellen

Financiële toegankelijkheid is een basisvoorwaarde voor het functioneren van een zorgsysteem. Wanneer burgers vanwege kosten afzien van noodzakelijke zorg, kan dit hun gezondheid schaden. Ook hoge eigen bijdragen die andere noodzakelijke uitgaven verhinderen worden veelal als onwenselijk gezien (Murray et al., 2003). Het garanderen van de financiële toegankelijkheid van de zorg is al vele jaren een belangrijke doelstelling van het Nederlandse overheidsbeleid. Verschillen in inkomen mogen niet leiden tot onaanvaardbare verschillen in de toegang tot de zorg. Tegelijkertijd mogen de kosten van de gezondheidszorg niet te zwaar drukken op de economie en de koopkracht van de burger. De laatste jaren doet de overheid een toenemend beroep op de burger om de vraag naar zorg te beperken om zo de stijgende zorgkosten te beteugelen. Voorbeeld van een maatregel om dat te bereiken is de invoering en verhoging van eigen bijdragen. Dit beleid kan leiden tot ongewenste financiële belemmeringen voor zorggebruik, waardoor het monitoren van de financiële toegankelijkheid aan belang wint. Zorg wordt volgens internationale definities veelal als financieel ontoegankelijk beschouwd wanneer burgers het gebruik van noodzakelijk geachte zorg beperken of uitstellen vanwege (te) hoge zorgkosten of wanneer zij vanwege noodzakelijk zorggebruik moeten afzien van andere noodzakelijke levensbehoeften (Schoen et al., 2005; Salganicoff et al., 2005).

De eerste twee indicatoren gaan over de zorgverzekering. Vervolgens volgt een indicator waarin huisartsen gevraagd wordt naar hun mening over de betaalbaarheid van de zorg voor hun patiënten. Dan volgen twee indicatoren die inzoomen op de betaalbaarheid van de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten. Ten slotte zijn drie indicatoren opgenomen over de eigen bijdrage aan de zorgkosten. In *paragraaf 3.6* wordt een indicator uitgewerkt voor de toegankelijkheid van mensen zonder wettelijke verblijfsstatus. Ook de financiële toegankelijkheid speelt daarbij een rol.

### Indicatoren

- Percentage mensen dat onverzekerd is tegen ziektekosten
- Percentage mensen dat ten minste zes maanden hun zorgverzekeringspremie niet betaald heeft
- Oordeel van de huisarts of hun patiënten problemen hebben met de betaalbaarheid van geneesmiddelen en niet-vergoede uitgaven
- Percentage chronisch zieken dat vanwege de kosten afziet van benodigde gezondheidszorg
- Extra uitgaven van chronisch zieken en gehandicapten in verband met hun gezondheid
- Eigen bijdrage voor zorgkosten
- Spreiding in eigen bijdrage voor zorgkosten tussen inkomensgroepen
- Internationale vergelijking van eigen zorgbijdrage

## Stand van zaken

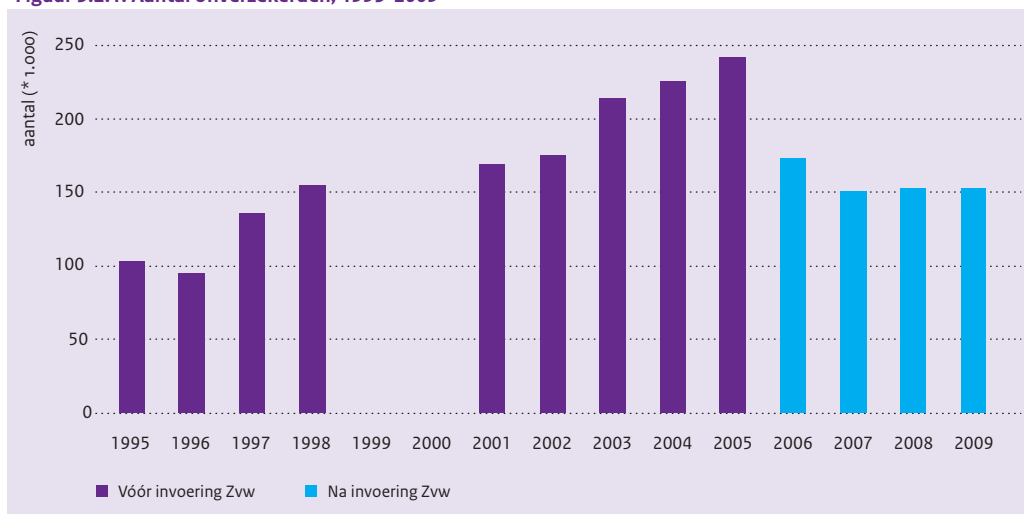
### Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten blijft stabiel op 150.000

Op 1 mei 2009 waren ruim 152.000 inwoners van Nederland niet verzekerd tegen ziektekosten. Dat is ruim 1% van de bevolking. In *figuur 3.2.1* is de ontwikkeling van het aantal onverzekerden in Nederland weergegeven. In 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Daardoor zijn de gegevens van vóór 2006 strikt genomen niet goed te vergelijken met de cijfers van na 2006. De grafiek vertoont dan

ook een trendbreuk in 2006. Vanaf 2006 is de stijgende trend in ieder geval doorbroken. Dit heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met de Zvw. De particuliere verzekering van vóór de nieuwe wet was namelijk niet verplicht.

Een onderverdeling naar herkomst leert ons dat de grootste groep onverzekerden de westerse allochtonen is (ruim 64.000 onverzekerden), gevolgd door de niet-westerse allochtonen (50.000 onverzekerden). Naar schatting zijn er 37.000 onverzekerde autochtonen. Ruim de helft (85.000) van het aantal onverzekerden is tussen de 20 en 40 jaar.

**Figuur 3.2.1: Aantal onverzekerden, 1995-2009**



(Bron: CBS Statline, 2010b)

### Het aantal wanbetalers van de zorgverzekeringspremie is fors gegroeid

Naast de onverzekerden is er ook een categorie die wel verzekerd is, maar die de premie ten minste zes maanden niet betaald heeft (zogenaamde wanbetalers).

Gegevens over wanbetalers worden sinds de invoering van de Zvw verzameld. Er zijn nu trendcijfers over de periode 2006-2009 beschikbaar. Tabel 3.2.1 toont dat er sprake is van een forse stijging.

**Tabel 3.2.1: Aantal wanbetalers en toename wanbetalers, 2006-2009**

Jaar	Aantal wanbetalers	Toename (%)
31 december 2006	190.210	
31 december 2007	240.250	26,3
31 december 2008	256.690	6,8
31 december 2009	318.460	24,1

(Bron: CBS Statline, 2010b)

In 2006 is met zorgverzekeraars afgesproken dat zij wanbetalers niet royeren maar incasso-activiteiten blijven uitvoeren. Om deze afspraak te ondersteunen is in december 2007 wettelijk geregeld dat mensen met een betalingsachterstand hun verzekering niet kunnen opzeggen, zodat zij de incasso-inspanningen van de verzekeraar niet kunnen ontlopen.

Om de groei van het aantal wanbetalers aan te pakken, is per 1 september 2009 de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering ingevoerd. Op die datum is ook een nul-meting uitgevoerd. Daarmee kunnen de effecten van de nieuwe wetgeving worden gemonitord. Het aantal wanbetalers was op deze datum 304.100. In de laatste vier maanden van 2009 is het aantal wanbetalers nog met 14.360 toegenomen.

### Het percentage huisartsen dat denkt dat hun patiënten problemen ervaren met het bekostigen van niet-vergoede uitgaven stijgt

In 2009 zegt 33% van de Nederlandse huisartsen dat hun patiënten vaak problemen hebben met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven. Dat is een opvallend hoog percentage ten opzichte van andere landen. Tabel 3.2.2 geeft een overzicht van de uitkomsten per land. Ook ten opzichte van de vorige meting in 2006 is dit een hoog percentage.

**Tabel 3.2.2: Percentage huisartsen dat denkt dat hun patiënten problemen hebben met de bekostiging van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven, 2009**

Land	Percentage
Verenigde Staten	58
Italië	37
Nederland	33
Duitsland	28
Canada	27
Nieuw-Zeeland	25
Australië	23
Frankrijk	17
Verenigd Koninkrijk	14
Zweden	6
Noorwegen	5

(Bron: Schoen et al., 2009)

De enquête wordt driejaarlijks herhaald. In 2006 rapporteerde nog 12% van de huisartsen dat ze dachten dat hun patiënten vaak problemen hadden met de bekostiging. De scherpe toename van 12% naar 33% is wellicht deels te verklaren doordat voor een aantal veel voorgeschreven medicijnen, zoals benzodiazepinen en cholesterolverlagers, op 1 januari 2009 beperkingen voor vergoeding zijn ingevoerd.

In 2007 en 2008 is aan cliënten en aan chronisch zieken een gelijksoortige vraag over betaalbaarheid gesteld. De uitkomsten gaven een heel ander beeld. Tot 7% van de mensen bleek problemen te ondervinden met de bekostiging van de gezondheidszorg. Dat de cijfers van burgers en chronisch zieken lager zijn, valt slechts gedeeltelijk te verklaren uit verschillen in de vraagstelling. Om te weten hoe zij momen-

teel denken over de betaalbaarheid van niet-vergoede medische hulp en of deze percentages ook groeiende zijn, moeten de CMWF-enquêtes van 2010 en 2011 worden afgewacht.

### Het percentage chronisch zieken dat afziet van zorg vanwege de kosten is laag

Ongeveer 3% van de Nederlandse bevolking met een chronische ziekte geeft aan de afgelopen twee jaar vanwege de kosten wel eens te hebben afgezien van een artsbezoek. Mensen met chronische ziekten zijn die mensen die een chronische ziekte hebben of hadden in de laatste twee jaar en de mensen die een operatie en/of een ziekenhuisopname hebben ondergaan in de afgelopen 2 jaar. Deze 3% is beduidend minder dan in zeven andere onderzochte landen. Alleen het Verenigd Koninkrijk zit met 4% op een vergelijkbaar niveau. In de Verenigde Staten is dit percentage het hoogst (36%). Duitsland neemt met 15% een middenpositie in.

**Tabel 3.2.3: Betaalbaarheid van de zorg voor chronisch zieken, 2008**

	NI	AU	CAN	FR	DU	NZ	VK	VS
Percentage chronisch zieken dat de afgelopen twee jaar vanwege de kosten heeft afgezien van:								
• bezoek aan een arts	3	21	9	11	15	22	4	36
• een door een arts aanbevolen medisch onderzoek of (na)behandeling	3	25	11	13	13	18	6	38
• aanschaf of gebruik van medicijnen	3	20	18	13	12	18	7	43
Percentage chronisch zieken dat de afgelopen twee jaar medische zorg niet of met moeite kon betalen	7	36	25	23	26	31	13	54

(Bron: Faber et al., 2008)

NL = Nederland; AU = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DU = Duitsland; NZ = Nieuw Zeeland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten

Ook ten aanzien van andere zorgaspecten valt op dat in Nederland maar een heel klein deel van de chronisch zieken problemen heeft met de betaalbaarheid (zie tabel 3.2.3).

### De extra gezondheidsuitgaven van mensen met een chronisch ziekte of beperking zijn gelijk gebleven

Voor alle mensen met een chronische ziekte of een beperking (inclusief degenen die geen extra uitgaven hadden) bedroegen de extra uitgaven vanwege hun gezondheid in 2007 gemiddeld € 74,- per maand. Tabel 3.2.4 geeft een overzicht van deze uitgaven in de afgelopen jaren. Onder deze uitgaven worden alle uitgaven verstaan die mensen zelf maken in verband met hun gezondheid en die niet op één of andere wijze zijn vergoed, via bijvoorbeeld de Zvw, de Awbz, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de werkgever of een uitkerende instantie.



**Tabel 3.2.4: Extra gezondheidsuitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking, per maand, 2004-2007**

Jaar	Chronisch zieken met extra uitgaven (%)	Extra uitgaven per maand (€)
2004	88	72
2005	87	73
2006	87	81
2007	86	74

(Bron: Van den Brink-Muinen et al., 2009)

Een ernstige beperking gaat vaak samen met hogere gezondheidgerelateerde uitgaven dan een minder ernstige beperking. In 2007 bedroegen de gemiddelde maandelijkse uitgaven van mensen met ernstige beperkingen € 149 (BI: 135-164) en van mensen met matige beperkingen € 81 (BI: 71-92). Sinds 2004 zijn de verschillen in uitgaven tussen mensen met een ernstige beperking en mensen met een matige beperking ongeveer even groot (Van den Brink-Muinen et al., 2009).

Over alle kostenposten tezamen blijkt dat 86% van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2007 eigen uitgaven had. Dit percentage is over de periode 2004-2007 ongewijzigd gebleven. Wel is een duidelijk effect van de invoering van de Zvw in 2006 te zien. Vanaf 2006 hebben minder chronisch zieken en mensen met een beperking uitgaven gehad voor de huisarts, de tandarts, de specialist, de fysiotherapeut en voor geneesmiddelen op recept. Het percentage dat uitgaven had voor hulpmiddelen en aanpassingen aan de woning steeg juist (Van den Brink-Muinen et al., 2009).

### **De eigen bijdrage en aanvullende verzekering voor zorgkosten zijn licht gedaald**

De financiële toegankelijkheid van de zorg wordt mede bepaald door de mate waarin de bestedingen aan zorg beslag leggen op het besteedbare huishoudinkomen. Het besteedbaar inkomen is gelijk aan het bruto-inkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomensverzekeringen, premies ziektekostenverzekeringen en belastingen op inkomen en vermogen. De premie ziektekostenverzekering is dus al verdisconteerd in het besteedbaar inkomen.

Daarnaast zijn de eigen bijdragen ook van belang voor een acceptabele collectieve lasten- en koopkrachtontwikkeling. In het CBS-budgetonderzoek wordt aan een representatieve steekproef van de bevolking gevraagd hoeveel zij uitgeven aan eigen bijdragen en zorgpremie. Hierbij moet gedacht worden aan aanvullende zorgverzekeringen, zelfzorggeneesmiddelen en andere niet vergoede zorguitgaven.

In tabel 3.2.5 is de eigen bijdrage voor geneeskundige verzorging opgenomen (exclusief nominale ziektekostenpremie). Tot 2006 loopt de eigen bijdrage zowel absoluut als procentueel op, gevolgd door een lichte afname. Deze trendbreuk ligt gelijk met de invoering van de Zvw.

**Tabel 3.2.5: Eigen bijdrage voor geneeskundige verzorging (absoluut en als percentage van het besteedbare inkomen) per huishouden, 2000-2008**

Jaar	Bedrag (€)	Percentage van het besteedbare inkomen
2000	344	1,4
2003	493	1,7
2004	663	2,3
2005	830	2,8
2006	734	2,4
2007	727	2,3
2008*	712	2,1

(Bron: CBS Statline, 2009f; g; h)

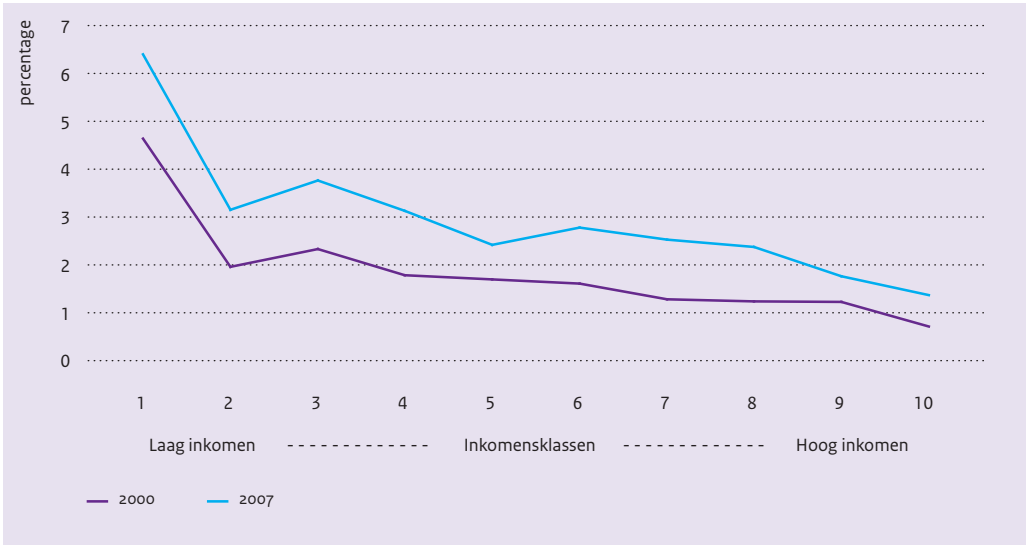
\* voorlopige cijfers

### **De hoogste inkomensklasse geeft 1,5% van het inkomen uit aan eigen bijdrage voor de zorg; de laagste inkomensklasse 6,5%**

In *figuur 3.2.2* is het aandeel eigen bijdrage (exclusief de premie voor de zorgverzekering) voor zorgkosten in het besteedbaar inkomen uitgezet tegen tien inkomensklassen. Elke klasse bestaat uit 10% van de huishoudens. De eerste klasse bestaat uit de 10% van de huishoudens met het laagste besteedbare inkomen. De laatste klasse bestaat uit de 10% van de huishoudens met het hoogste besteedbare inkomen. Absoluut gezien besteedt deze laatste groep het meeste aan geneeskundige verzorging (gemiddeld bijna € 1.100,- per huishouden) en de eerste groep het minst (bijna € 500,-). Procentueel gezien ligt de situatie echter precies omgekeerd.

*Figuur 3.2.2* geeft de situatie zowel in 2007 als in 2000 weer. Te zien is dat de verhoudingen tussen de inkomensklassen niet wezenlijk zijn veranderd. Het percentage eigen bijdrage is voor alle inkomensgroepen toegenomen. De toename varieert van een half procentpunt tot bijna 2 procentpunten. In beide jaren gaven de mensen in de laagste klasse procentueel het meest uit aan eigen bijdrage in de zorgkosten.

**Figuur 3.2.2: Eigen bijdrage voor geneeskundige verzorging als percentage van het besteedbare inkomen, per huishouden, per inkomensdeciël, 2000 en 2007**



(Bron: CBS, databewerking RIVM)

**Het aandeel van eigen bijdrage in het huishoudinkomen in Nederland is het laagst binnen de EU**

Nederland is internationaal gezien het land met het laagste aandeel eigen zorgbijdrage (OECD, 2009). De eigen bijdrage als percentage van de totale bestedingen varieert van 5,9% in Zwitserland tot 1,2% in Nederland (zie *figuur 3.2.3*).

Het percentage voor Nederland dat gepresenteerd wordt door de OECD wijkt af van het percentage dat gepresenteerd wordt in de longitudinale vergelijking (1,2% versus 2,1%). Een belangrijk deel van het verschil wordt verklaard doordat in de internationale vergelijking de kosten van aanvullende verzekeringen niet zijn meegerekend. De rest van het verschil wordt veroorzaakt doordat in de internationale vergelijking de zorguitgaven worden weergegeven als percentage van de bestedingen en voor de longitudinale vergelijking als percentage van het besteedbaar inkomen.

Figuur 3.2.3: Eigen bijdrage als percentage van de totale huishoudenbestedingen, per land, 2007



(Bron: OECD Health Data, 2009)

## Conclusie

De financiële toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg is in grote lijnen goed te noemen. Belangrijk hiervoor is dat er een verzekeringsplicht is, dat de eigen zorgbijdragen laag zijn en dat er een zorgtoeslag is die de kosten van de premie voor de zorgverzekering deels compenseert. Het percentage van het besteedbaar inkomen dat uitgegeven wordt aan de eigen bijdrage voor geneeskundige verzorging is in Nederland het laagst van alle OECD-landen en laat tevens een licht dalende trend zien. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de nominale premie tot de collectieve lasten wordt gerekend. Het aantal onverzekerden blijft stabiel op 150.000. Echter, het aantal verzekerden dat de premie niet betaalt is in de afgelopen jaren vrij sterk gestegen. Om deze stijging tegen te gaan is in 2009 nieuwe wet- en regelgeving ingevoerd.

De extra uitgaven aan zorg van chronisch zieken en mensen met een beperking zijn de afgelopen jaren gelijk gebleven. Wel is een verschuiving te zien van de uitgavenposten sinds de invoering van de Zvw in 2006. Minder mensen hebben sindsdien extra uitgaven voor de huisarts, de tandarts, de specialist, de fysiotherapeut en voor receptgeneesmiddelen. Daarentegen hebben meer mensen extra uitgaven voor hulpmiddelen en aanpassingen aan de woning.

De eigen bijdragen zijn ongelijk verdeeld onder de bevolking. Absoluut gezien heeft de hoogste inkomensklasse de hoogste eigen bijdrage en de laagste inkomensklasse de laagste. Echter, de eigen bijdrage legt een groter beslag op het besteedbaar inkomen van de laagste inkomensklasse dan op dat van de hoogste. De eigen bijdrage van de laagste inkomens is 6,5% van het besteedbaar inkomen, van de hoogste inkomens is dat 1,5%.

## 3.3 Geografische toegankelijkheid

### Kernbevindingen

- Minder dan 1% van de bevolking moet met de auto langer dan 10 minuten rijden naar de dichtstbijzijnde huisarts, fysiotherapeut of apotheek
- De gemiddelde rijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde huisarts is 1,3 minuten; de gemiddelde rijtijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is 7,7 minuten
- De gemiddelde rijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde huisarts of het dichtstbijzijnde ziekenhuis is stabiel gebleven
- De bereikbaarheid van ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen levert maar voor een klein deel van de bevolking een probleem op

### Hoe we geografische toegankelijkheid vaststellen

Voor een toegankelijke zorg is het belangrijk dat zorgvoorzieningen binnen een ‘redelijke’ afstand liggen. Dat geldt het meest voor de acute zorg (zie daarvoor *paragraaf 3.4*), maar ook voor andere zorgvoorzieningen. Zorgvoorzieningen die vaak worden gebruikt, zullen dichterbij moeten liggen dan zorgvoorzieningen die minder vaak worden gebruikt. Zo heeft de huisartsenzorg een dicht aanbodnetwerk dan de ziekenhuizen en is topklinische zorg (hooggespecialiseerde zorg, zoals hartchirurgie en IVF) weer dunner gespreid, maar wel bij voorkeur op locaties die centraal liggen ten opzichte van de bevolking die bediend moet worden. Naarmate de vervoersmogelijkheden van iemand beperkter zijn of diens gezondheidstoestand slechter is, zal de reisafstand bezwaarlijker en belastender worden. Dat geldt niet alleen voor patiënten zelf, maar ook voor hun bezoekers. De gevolgen van een te grote rijtijd kunnen in meer of mindere mate nadelig zijn en in ernst variëren van ongemak tot uitstel of zelfs afstel van zorg.

Er zijn ook maatschappelijke ontwikkelingen die de rijtijd in bepaalde gevallen minder belangrijk kunnen maken. Zo zorgen ICT en communicatietoepassingen ervoor dat specifieke vormen van zorg ook op afstand verleend kunnen worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten met hartfalen die vanuit huis via een internetverbinding dagelijks de informatie over hun gezondheidstoestand kunnen doorgeven aan het ziekenhuis of huisarts. Toch blijft fysiek contact met een hulpverlener en daarmee de geografische toegankelijkheid nog van groot belang.

Voor zes soorten zorgvoorzieningen is de geografische toegankelijkheid bepaald. Het gaat om vier eerstelijns en twee tweedelijns zorgvoorzieningen:

- huisartsen,
- fysiotherapeuten,
- apotheken (inclusief apotheekhoudende huisartsen),
- eerstelijns verloskundigen,
- ziekenhuizen (exclusief buitenpoliklinieken),
- verpleeg- en verzorgingshuizen (exclusief thuiszorginstellingen).

Deze zorgvoorzieningen geven geen volledig beeld, maar wel een goed overzicht van de spreiding van een aantal belangrijke zorgvoorzieningen.

Voor elk van deze zorgvoorzieningen is voor alle Nederlanders de gemiddelde rijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening bepaald. Daarnaast is voor elke zorgvoorziening een bereikbaarheidskaart opgenomen.

De analyses zijn alleen gemaakt op basis van nabijheid gemeten in minuten. Er is voorbij gegaan aan de vraag of de dichtstbijzijnde zorgvoorziening voldoende capaciteit heeft, de gewenste openingstijden heeft of voldoet aan eventuele andere voorkeuren van de patiënt. Bij het berekenen van de rijtijd wordt ervan uitgegaan dat iedere patiënt naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening gaat. Soms is de dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk echter gesloten voor nieuwe inschrijvingen en is men gedwongen een praktijk verder weg te kiezen. Bij ziekenhuizen kan het voorkomen dat een benodigd specialisme niet op de dichtstbijzijnde locatie beschikbaar is. Bij de berekening voor de apotheken zijn zowel de openbare apotheken als de apotheekhoudende huisartsen meegenomen. In gebieden met weinig openbare apotheken zijn meer apotheekhoudende huisartsen. Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is de gemiddelde rijtijd minder van belang voor patiënten omdat het hier gaat om intramurale instellingen. Er is toch voor gekozen de gemiddelde rijtijd naar het dichtstbijzijnde verpleeg- of verzorgingshuis op te nemen, omdat dit ook gezien kan worden als een spreidingsmaat. Wanneer de gemiddelde rijtijd kort is, betekent dit dat de verpleeg- en verzorgingshuizen goed gespreid zijn ten opzichte van de bevolking. De kans is dan groot dat mensen in een verpleeg- of verzorgingshuis wonen in de buurt van waar ze woonden en in de buurt van familie en kennissen.

Een aantal zorgvoorzieningen kent een specifieke doelgroep. In de berekeningen van de gemiddelde rijtijd zijn alleen deze bevolkingsgroepen meegenomen. Verloskundigen zijn er voor zwangere vrouwen (of breder: voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd), verpleeg- en verzorgingshuizen voornamelijk voor mensen van 75 jaar en ouder.

Naast een kwantitatieve analyse voor de bovengenoemde zorgvoorzieningen kan ook gekeken worden naar patiëntenervaringen over de nabijheid van zorgvoorzieningen. In de Zorgbalans 2008 is de bereikbaarheid van ziekenhuizen ook vergeleken met andere Europese landen. Hieruit bleek dat het percentage mensen dat binnen 20 minuten een ziekenhuis kan bereiken in Nederland ver boven het gemiddelde van de EU-25 ligt (Busse et al., 2006). Sinds 2006 is er geen nieuwe internationale vergelijking van de bereikbaarheid van ziekenhuizen uitgevoerd.

## Indicatoren

- Percentage mensen dat met de auto langer dan 10 minuten moet reizen naar een fysiotherapeut, apotheek, eerstelijns verloskundige of huisarts
- Percentage mensen dat met de auto langer dan 30 minuten moet reizen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of langer dan 10 minuten naar het dichtstbijzijnde verpleeg- of verzorgingshuis
- Gemiddelde rijtijd per auto van elke inwoner in Nederland naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening van een bepaald soort
- Trend van de gemiddelde rijtijd naar de dichtstbijzijnde huisarts en het dichtstbijzijnde ziekenhuis

## De stand van zaken

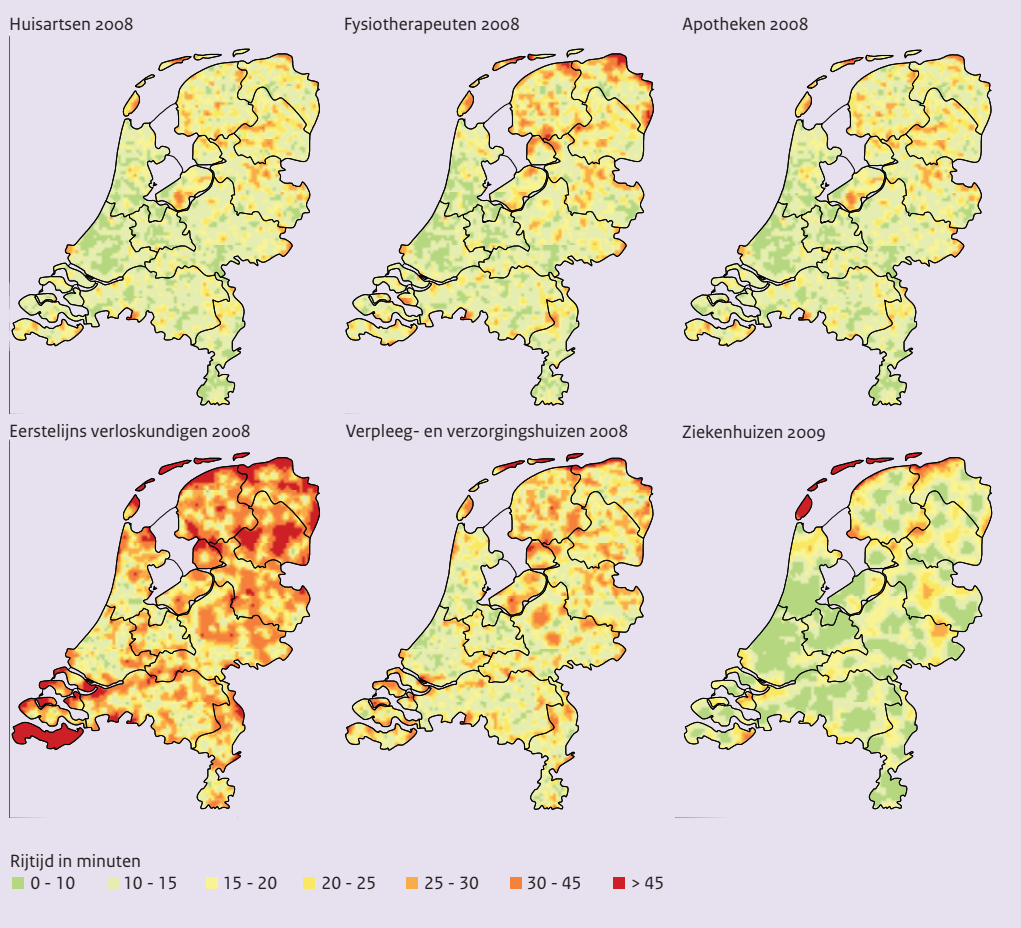
### **Minder dan 1% van de bevolking moet met de auto langer dan 10 minuten rijden naar de dichtstbijzijnde huisarts, fysiotherapeut of apotheek**

De bereikbaarheid van eerstelijns zorgvoorzieningen (huisartsen, apotheken, fysiotherapeuten en verloskundigen) levert voor het grootste deel van de Nederlandse bevolking geen problemen op. Minder dan 1% van de bevolking moet langer dan 10 minuten rijden met de auto naar de dichtstbijzijnde huisarts (0,1%), fysiotherapeut (0,5%) of apotheek (0,1%). Het percentage vrouwen in de vruchtbare leeftijd dat langer dan 10 minuten moet reizen naar een eerstelijns verloskundige, ligt met 7,4% hoger dan bij de andere eerstelijns zorgvoorzieningen. In *figuur 3.3.1* is te zien dat de bereikbaarheid van eerstelijns verloskundigen in de noordelijke provincies en Zeeland minder goed is dan in de Randstad. Binnen niet-stedelijke gemeenten is het door de geringe bevolkingsdichtheid en de gemiddeld oudere bevolking, voor een verloskundige moeilijker een rendabele praktijk op te bouwen (NIVEL, 2008). De bereikbaarheid van de verloskundigenpraktijk is van belang in de periode voor en na de bevalling. Vlak voor de bevalling speelt de afstand die de verloskundige moet afleggen naar de patiënt een grote rol. Hier zijn geen gegevens over bekend.

### **De bereikbaarheid van ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen levert maar voor een klein deel van de bevolking een probleem op**

Ongeveer 0,3% van de Nederlandse bevolking moet met de auto meer dan 30 minuten rijden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Voor ongeveer 1% is het meer dan 10 minuten rijden naar het dichtstbijzijnde verpleeg- en verzorgingshuis. *Figuur 3.3.1* toont per zorgsoort de rijtijd naar de dichtstbijzijnde instelling of praktijk. Deze kaarten laten zien dat de bevolking die meer dan 15 minuten moet rijden voornamelijk geconcentreerd is in de noordelijke delen van de provincies Friesland en Groningen, de Waddeneilanden en in de provincie Zeeland.

**Figuur 3.3.1: Rijtijd naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening van een bepaald soort, 2008/2009**



(Bron: NIVEL, 2008; KNMP, 2008; RIVM, 2009; Actiz, 2008)

**De gemiddelde rijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde huisarts is 1,3 minuten; de gemiddelde rijtijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is 7,7 minuten**

In tabel 3.3.1 is per zorgsoort de gemiddelde rijtijd opgenomen. De gemiddelde rijtijd naar de dichtstbijzijnde huisarts is 1,3 minuten. Met uitzondering van de eerstelijns verloskundige is dit ook voor de andere onderzochte eerstelijnsvoorzieningen minder dan 1,5 minuten. De gemiddelde rijtijd naar de dichtstbijzijnde eerstelijns verloskundige bedraagt 4,0 minuten. De gemiddelde rijtijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is 7,7 minuten. Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is de gemiddelde rijtijd 1,8 minuten.



**Tabel 3.3.1: Gemiddelde rijtijd in minuten naar dichtstbijzijnde zorgvoorziening, 2008**

	Rijtijd in minuten
Eerstelijnszorg	
• huisartsen <sup>a</sup>	1,3
• fysiotherapeuten <sup>a</sup>	1,4
• apotheken <sup>b</sup>	1,2
• verloskundigen <sup>a</sup>	4,0
Tweedelijnszorg	
• ziekenhuizen <sup>c</sup>	7,7
• verpleeg- en verzorgingshuizen <sup>d</sup>	1,8

(Bron: <sup>a</sup> NIVEL, 2008; <sup>b</sup> KNMP, 2008; <sup>c</sup> RIVM, 2009; <sup>d</sup> Actiz, 2008)

### De gemiddelde rijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde huisarts of het dichtstbijzijnde ziekenhuis is stabiel gebleven

Voor huisartsen en ziekenhuizen zijn gegevens over de spreiding uit respectievelijk 1998, 2006 en 2008, en 2001, 2007 en 2009 beschikbaar. De gemiddelde rijtijd naar de dichtstbijzijnde huisarts is in de periode 1998-2008 min of meer stabiel gebleven. Ook de geografische toegankelijkheid van ziekenhuizen is gelijk gebleven (zie tabel 3.3.2 en 3.3.3). Het aantal ziekenhuizen is in de periode 2001-2009 met ongeveer 3% afgenomen. Het aantal buitenpoliklinieken is echter verdubbeld. Wanneer we deze ook in de analyse zouden betrekken, zou het beeld van de geografische toegankelijkheid en spreiding nog aanzienlijk verbeteren.

**Tabel 3.3.2: Gemiddelde rijtijd in minuten tot dichtstbijzijnde huisarts, 1998, 2006 en 2008**

	1998	2006	2008
Gemiddelde rijtijd in minuten	1,2	1,2	1,3

(Bron: NIVEL, 1998; 2006; 2008; RIVM, 1998; 2006; 2008; AND, 2007)

**Tabel 3.3.3: Gemiddelde rijtijd in minuten tot dichtstbijzijnde ziekenhuis, 2001, 2007 en 2009**

	2001	2007	2009
Gemiddelde rijtijd in minuten	7,7	7,7	7,7

(Bron: RIVM, 2001; 2007; 2009; AND, 2007)

## Conclusie

We kunnen concluderen dat de geografische toegankelijkheid van eerste- en tweedelijns zorgvoorzieningen in Nederland goed tot zeer goed is. In de laatste Europese analyse naar de geografische toegankelijkheid van zorg uit 2006 bleek dat het percentage mensen in Nederland dat binnen 20 minuten een ziekenhuis kan bereiken ver boven het Europese gemiddelde ligt. De rijtijd naar zorgvoorzieningen, waar minder frequent gebruik van wordt gemaakt, is vanzelfsprekend langer dan de rijtijd naar eerstelijns-

voorzieningen, zoals de huisarts en de apotheek. Het is dus niet zozeer het verschil tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg dat het verschil in rijtijd verklaart, maar vooral het verschil in de frequentie van gebruik. In dat kader valt ook te verklaren waarom de eerstelijns verloskunde een langere rijtijd heeft dan de overige onderzochte zorgvoorzieningen.

De geanalyseerde rijtijden zijn netto-rijtijden. De feitelijke reistijd zal hoger zijn omdat geen rekening is gehouden met bijvoorbeeld de tijd die nodig is voor parkeren. De netto-rijtijd geeft wel heel goed de spreiding en de nabijheid weer van de zorgvoorzieningen. De nabijheid van de zorgvoorzieningen in de Randstad en de grote steden is groter dan in de rest van Nederland. Wanneer we de spreiding van huisartsen en de ziekenhuizen nu vergelijken met het verleden zien we dat de afstand tot beide zorgvoorzieningen stabiel is gebleven.

## 3.4 Tijdigheid van acute zorg

### Kernbevindingen

- In 2008 was 92% van de ambulances binnen de norm van 15 minuten ter plaatse
- In 2007 kon 98,2% van de bevolking overdag binnen 30 minuten bereikt worden door een mobiel medisch team
- In 2009 woonde 0,7% van de bevolking meer dan 30 minuten rijden van een spoedeisende hulpdienst
- Ongeveer 30.000 mensen moeten langer dan 30 minuten reizen naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost
- Bij 37% van de telefonische spoedoproepen voldoet de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken niet aan de norm van 30 seconden
- 7% van de mensen die acute zorg nodig hadden, kreeg niet de benodigde zorg en 11% kreeg deze hulp niet zo snel als ze wilde

### Hoe we tijdigheid van acute zorg vaststellen

Niet-tijdige acute zorg heeft direct nadelige gevolgen voor de patiënt. Te denken valt aan een langere revalidatieperiode, blijvende invaliditeit en in het uiterste geval overlijden. Het beleid van het ministerie van VWS is er dan ook op gericht dat patiënten met een acute zorgbehoefte de juiste zorg snel op de juiste plek kunnen ontvangen (AZN, 2007).

In deze Zorgbalans besteden we aandacht aan de tijdigheid van vier basisdiensten in de acute zorg. Het gaat om ambulancezorg, mobiele medische teams (MMT), spoedeisende hulpdiensten (SEH) en huisartsenposten (HAP). Samen geven ze een goed beeld van de acute zorg. Het merendeel van alle mensen dat acute zorg nodig heeft, heeft met deze diensten te maken. Naast een kwantitatieve analyse van de

tijdigheid van acute zorg wordt ook gekeken naar patiëntenervaringen. Voor verschillende onderdelen van de acute zorg bestaan er bereikbaarheidsnormen:

- Beleidsregels stellen dat een ambulance bij een spoedeisende situatie binnen 15 minuten na melding ter plaatse moet zijn. In berekeningen wordt uitgegaan van drie minuten meld- en uitruktijd; de netto reistijd is twaalf minuten (RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid, 2009). De algemeen aanvaarde norm is dat 95% van de spoedritten binnen deze norm ter plaatse moet zijn;
- Het ministerie van VWS heeft in haar beleidsvisie traumazorg aangegeven dat een traumateam (MMT) alleen meerwaarde heeft als het binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn (VWS, 2005b);
- Voor spoedeisende hulpdiensten wordt een normtijd van 30 minuten met de auto gehanteerd. Dit is geen officiële norm;
- De IGZ noemt twee veldnormen voor wat betreft de aanrijtijden naar een huisartsenpost: 15 en 30 (auto)minuten (IGZ, 2006c). Deze veldnormen zijn door de zorgaanbieders zelf vastgesteld. Daarnaast geeft de IGZ aan dat ook de telefonische toegankelijkheid van huisartsenposten van belang is: een spoedoproep moet binnen 30 seconden beantwoord worden (IGZ, 2006c).

### Indicatoren

- Percentage spoedeisende ambulanceritten dat de normtijd van 15 minuten overschrijdt
- Percentage mensen dat binnen 30 minuten door een mobiel medisch team bereikt kan worden
- Aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst binnen 30 minuten kan bereiken
- Aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken
- Telefonische bereikbaarheid van huisartsen voor spoedoproepen
- Percentage mensen met een acute hulpvraag dat niet de hulp kreeg die ze nodig hadden of wilden

### De stand van zaken

#### In 2008 was 92% van de ambulances binnen de norm van 15 minuten ter plaatse

Acht procent van de spoedritten (A1-ritten) van ambulances was in 2008 niet binnen de gestelde norm van 15 minuten ter plaatse. Hiermee is de sector nog 3 procentpunten verwijderd van de algemeen aanvaarde norm. Deze stelt dat in geval van A1-ritten 95% van de ambulances binnen 15 minuten de patiënt bereikt moet hebben (AZN, 2009). De norm is opgebouwd uit twee minuten voor aannahme door de MKA (meldkamer ambulancezorg), 1 minuut voor uitgifte en 12 minuten aanrijtijd. In 2006 was de sector nog 4 procentpunten verwijderd van de norm (AZN, 2007). Er is sprake van een A1-rit als het gaat om een levensbedreigende situatie (RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2008). Overschrijdingen ontstaan door een combinatie van factoren als onvoldoende beschikbaarheid, onvoldoende spreiding van standplaatsen en overmacht (RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2008). Bij het hanteren van de 15-minuten norm dient niet alleen naar de tijdigheid te worden gekeken, maar ook naar de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. De drieminutennorm voor de aannahme en uitgifte door de MKA draagt wel bij aan de tijdigheid, maar uit onderzoek is gebleken dat in een groot aantal gevallen een A1-rit ten onrechte wordt uitgegeven (Van Duin et al., 2009). Dit komt doordat de centralisten te weinig tijd hebben om de melding goed te kunnen beoordelen. Wanneer er meer tijd zou zijn, zouden zij in een aantal gevallen de urgentie anders hebben ingeschat.

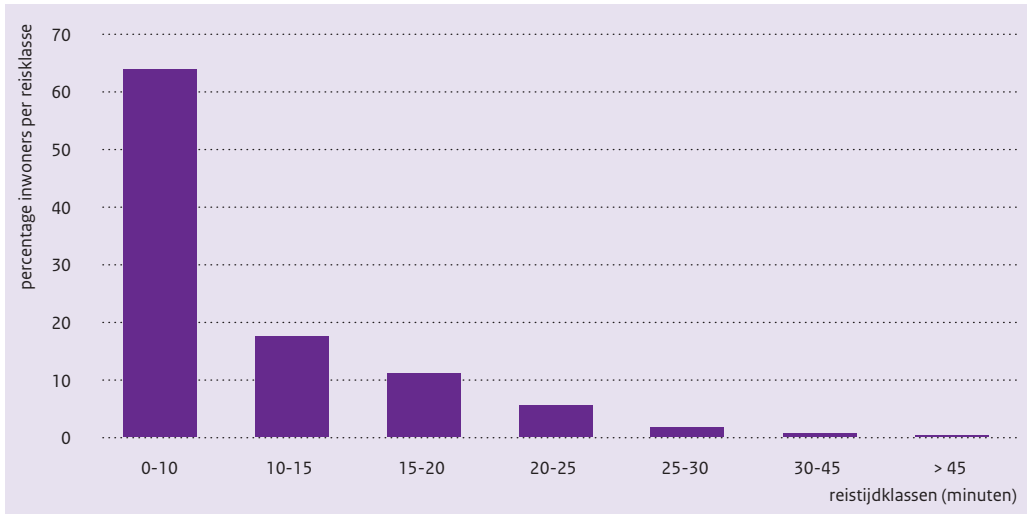
### **In 2007 kon 98,2% van de bevolking overdag binnen 30 minuten bereikt worden door een mobiel medisch team**

In 2008 is door het RIVM onderzoek gedaan naar het percentage mensen dat binnen 30 minuten door een mobiel medisch team (MMT) bereikt kan worden. Een MMT is onderdeel van een traumacentrum en levert specialistische acute medische zorg op de plek van een ongeval. Uit het onderzoek is gebleken dat 98,2% van de bevolking overdag binnen 30 minuten bereikt kan worden door een MMT. Er zijn geen nieuwe resultaten van dit onderzoek beschikbaar. Er kan echter vanuit worden gegaan dat het percentage mensen dat bereikt kan worden ten opzichte van 2007 stabiel is gebleven. Het aantal traumacentra is niet toe- of afgenomen en de locatie van de tien traumacentra is niet veranderd. Daarnaast kan er vanuit worden gegaan dat de spreiding van de bevolking gelijk is gebleven. In 2006 is een pilot uitgevoerd met nachtvluchten van de traumahelikopter van het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen. Op basis van deze pilot is besloten de paraatheid van de vier traumahelikopters van Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Nijmegen vanaf januari 2009 uit te breiden naar 7 keer 24 uur. Momenteel wordt nog onderzocht of uitbreiding op de huidige locaties mogelijk is binnen de milieuwetgeving van de betreffende luchthavens. Het bereik van de helikopters is 's nachts minder groot dan overdag. In de nacht ligt de gemiddelde snelheid lager dan overdag. Het aantal inwoners dat binnen 30 minuten bereikt kan worden is daardoor, afhankelijk van de stationering van de helikopter, 30% tot 45% lager ten opzichte van de dagsituatie (Zwakhals et al, 2008).

### **In 2009 woonde 0,7 % van de bevolking meer dan 30 minuten rijden van een spoedeisende hulpdienst**

Op 1 januari 2009 waren er 103 SEH-afdelingen. In 2006 waren dit nog 107 locaties. De meeste mensen gaan op eigen gelegenheid naar een SEH-afdeling. Ongeveer 0,7% van de Nederlandse bevolking (106.905 mensen) woont meer dan 30 minuten rijden verwijderd van een SEH (zie tabel 3.4.1 en figuur 3.4.1). Het gaat met name om de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duiveland, Noordoostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen. In tabel 3.4.1 is te zien dat tussen 2001 en 2008 de bereikbaarheid van de spoedeisende hulpdienst gelijk is gebleven. Door de sluiting van de SEH in Vlissingen is de bereikbaarheid in 2009 ten opzichte van voorgaande jaren wel enigszins verslechterd.

**Figuur 3.4.1: Percentage van de bevolking dat met de auto een spoedeisende hulpdienst kan bereiken, per reistijdklasse, 2008**



(Bron: Deuning, 2009)

**Tabel 3.4.1: Percentage van de bevolking dat in theorie niet binnen 30 minuten met de auto een spoedeisende hulpdienst kan bereiken, 2001-2009**

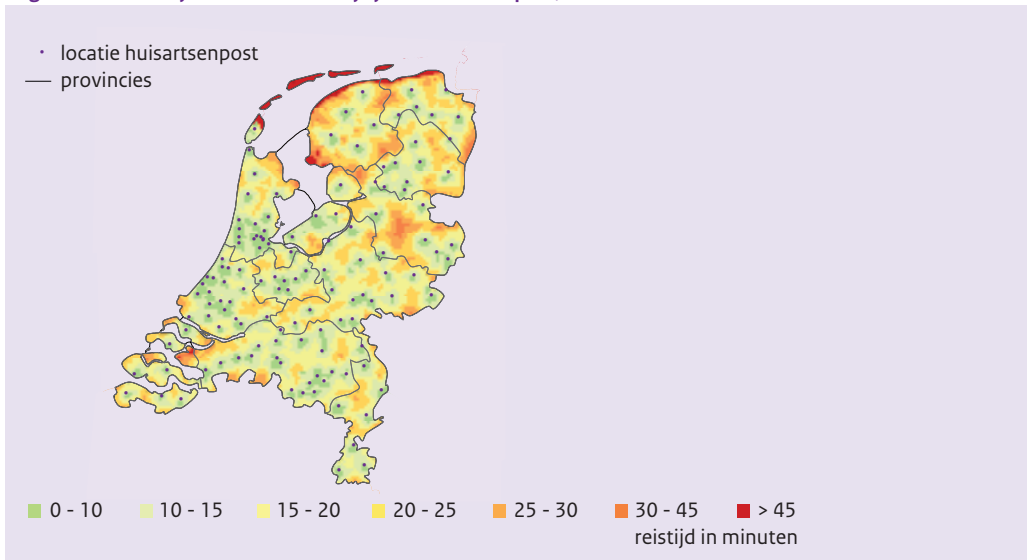
	2001	2005	2006	2008	2009
Aantal SEH's	107	106	105	104	103
Bevolking (%)	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7
Bevolking (aantal)	77.690	94.640	94.800	95.560	106.905

(Bron: Deuning, 2009)

### Ongeveer 30.000 mensen moeten langer dan 30 minuten reizen naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost

Zo'n 14,7 miljoen mensen kunnen binnen 15 minuten op een huisartsenpost zijn. Ongeveer 30.000 mensen moeten langer dan 30 minuten reizen naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost (RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid, 2009). De langste reistijden zien we voornamelijk in een aantal gebieden in het noorden van het land (zie *figuur 3.4.2*). Voor een aantal mensen is de dichtstbijzijnde huisartsenpost niet de post waar men gebruik van kan maken. De patiënt moet namelijk naar de huisartsenpost waarbij de eigen huisarts is aangesloten. Er zijn geen recente gegevens beschikbaar over de verzorgingsgebieden van de huisartsenposten, waardoor hier niet voor gecorrigeerd kon worden. Ongeveer 98% van alle huisartsen is aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur (HDS). Dat is een overkoepelende organisatie die de administratieve zaken voor één of meer huisartsenposten regelt. Patiënten die een huisarts hebben die niet is aangesloten bij een HDS, kunnen niet terecht bij een huisartsenpost. De betreffende huisartsen organiseren zelf de diensten buiten kantooruren (VHN, 2007).

**Figuur 3.4.2: Reistijd naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost, 2008**



(Bron: VHN; CBS; RIVM; AND)

### **Bij 37% van de telefonische spoedoproepen voldoet de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken niet aan de norm van 30 seconden**

Voor spoedoproepen moeten huisartsenpraktijken binnen 30 seconden drempelloos bereikbaar zijn. In 2008 heeft de IGZ een onderzoek gedaan naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken voor normale (niet-spoedeisende) en spoedeisende oproepen. Uit dit onderzoek is gebleken dat het bij 37% van de spoedoproepen langer dan 30 seconden duurt, voordat de beller iemand aan de telefoon krijgt. Meer dan een kwart van de patiënten heeft zelfs na 90 seconden (waarna KPN de verbinding automatisch verbreekt) niemand aan de lijn gekregen. De bereikbaarheid voor spoedoproepen is in groepspraktijken beter dan in duo- of solopraktijken. Aan het eind van de dag is de telefonische bereikbaarheid voor spoedoproepen het slechtst. Huisartsen moeten tijdens kantooruren continuïteit van zorg kunnen garanderen. Wanneer dit niet het geval is kunnen mensen geneigd zijn ook voor niet levensbedreigende situaties 112 te bellen (IGZ, 2008b).

### **7% van de mensen die acute zorg nodig hadden, kreeg niet de benodigde zorg en 11% kreeg deze hulp niet zo snel als ze wilde**

Uit de Jaarrapportage Klantervaringen in de zorg 2008, waarbij patiënten naar hun feitelijke ervaringen met de zorg wordt gevraagd, blijkt dat 7% van de mensen die in de afgelopen 12 maanden meteen hulp nodig hadden voor een ziekte, verwonding of een aandoening, niet de hulp kregen die zij nodig hadden; 93% kreeg meestal (24%) of altijd (69%) de benodigde hulp. Van de mensen met één of meer keren een acute hulpvraag gaf 10,9% aan nooit of soms de hulp te hebben gekregen zo snel zij wilde (CKZ / NIVEL, 2010).

## Conclusie

Ten opzichte van 2006 is de bereikbaarheid van acute zorg stabiel gebleven. We zien dat de bereikbaarheid van de acute zorg op een aantal punten goed scoort. Toch zijn er enkele kritische kantekeningen te maken. De norm voor aanrijtijden van ambulances wordt nog niet in 95% van de gevallen gehaald. Ten opzichte van 2006 is er wel een lichte stijging te zien. Landelijk gezien is de geografische spreiding van SEH's goed. In de meeste gebieden liggen vaak meerdere ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulpverlening. Wel zijn er nog landelijke gebieden waar in sommige gevallen maar één ziekenhuis met SEH in de buurt van de plaats van ongeval ligt. Door fusies van ziekenhuizen kan de bestaande spreiding van ziekenhuizen onder druk komen te staan waardoor ook de spoedeisende hulpverlening in de knel kan komen. Dat speelt met name in landelijke gebieden.

In 2008 bleek uit onderzoek van de IGZ dat de telefonische bereikbaarheid voor spoedoproepen van huisartsenpraktijken sterk verbeterd moet worden om aan de voorwaarden van verantwoorde zorg te voldoen.

## 3.5 Tijdigheid van reguliere zorg

### Kernbevindingen

- Voor 22,3% van de mensen die zorg ontvangen, vormt het wachten op zorg een probleem
- In huisartsenpraktijken wordt 48% van de telefonische oproepen niet binnen twee minuten beantwoord
- Het aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg nam in 2008-2009 toe met 7%
- Een kwart van de ziekenhuisafdelingen geeft aan dat de wachttijd voor de polikliniek de Treeknorm overschrijdt
- De problematische wachtlijst in de langdurige zorg bedroeg begin 2008 naar schatting 4.475 personen
- Het aantal wachtenden op een donororgaan is sinds 2004 afgenomen

### Hoe we tijdigheid van reguliere zorg vaststellen

Wie een beroep doet op een arts of een zorginstelling moet vaak wachten voordat hij behandeld wordt. Lange wachtlijsten duiden op schaarste, verminderde keuzevrijheid en verminderde toegankelijkheid. Lange wachttijden kunnen nadelig zijn voor adequate hulp en kunnen de gezondheid of het welzijn van de patiënt (soms zelfs ernstig) in gevaar brengen. Verder kunnen ze de tevredenheid van patiënten en burgers negatief beïnvloeden. Wachttijden hoeven binnen bepaalde grenzen overigens geen probleem te vormen en kunnen zelfs nut hebben voor de patiënt (bedenktijd) en voor de logistiek van de zorgaanbieder (efficiënt gebruik van middelen). Bij te lange wachttijden vervallen deze voordelen echter.

In deze Zorgbalans stellen we de tijdigheid van de zorg allereerst vast met enquêtegegevens onder burgers. Deze gegevens geven inzicht in hoe de mensen het wachten op zorg ervaren. Daarnaast worden registratiegegevens gepresenteerd over wachtlijsten en wachttijden voor de GGZ, ziekenhuiszorg en langdurige zorg.

Voor de beoordeling van de registratiegegevens vormen de Treeknormen een belangrijke graadmeter. In het Treek-overleg is in januari 2000 overeenstemming bereikt over streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg (ZN, 2000). Een tweede belangrijke graadmeter vormt de omvang van de problematische wachtlijsten. Deze wordt door gebrek aan gegevens in andere sectoren alleen beschreven voor de langdurige zorg. Bij de wachttijden in de ziekenhuiszorg wordt het wachten op orgaandonoren extra uitgelicht.

### Indicatoren

- Percentage burgers dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn
- Telefonische bereikbaarheid van huisartsen
- Aantal mensen dat wacht op geestelijke gezondheidszorg naar soort (de omvang van de wachtlijst)
- Aantal ziekenhuizen met wachttijden langer dan de Treeknorm
- Aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg
- Aantal mensen dat wacht op een donororgaan

### De stand van zaken

#### **Voor 22,3% van de mensen die zorg ontvangen, vormt het wachten op zorg een probleem**

Ongeveer 22,3% van de mensen die zorg ontvangen geeft in het Jaarrapport Klantervaringen in de zorg 2008 aan, het wachten op zorg als een probleem te ervaren. Hierbij kan nog onderscheid gemaakt worden in het ervaren als een klein probleem en het ervaren als een groot probleem. Op de vraag in hoeverre het een probleem is geweest om te wachten op verzorging, het onderzoek of een behandeling geeft 4,4% van de ondervraagden aan dat zij het wachten als een groot probleem ervaren. Bijna 18% geeft aan het wachten op zorg als een klein probleem te ervaren. Voor ruim drie kwart van de ondervraagden vormt het wachten op zorg geen probleem (CKZ / NIVEL, 2010).

#### **In huisartsenpraktijken wordt 48% van de telefonische oproepen niet binnen twee minuten beantwoord**

In 2008 heeft de IGZ in samenwerking met de NPCF de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken tijdens kantooruren onderzocht. In dit onderzoek is voor gewone oproepen de norm gehanteerd dat de telefoon binnen twee minuten door een persoon beantwoord moet zijn (IGZ, 2008b). Bij 48% van de oproepen bleek deze norm van twee minuten niet te worden gehaald. Op maandagochtend is tegen de verwachting in de bereikbaarheid het best. De telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken in de minder stedelijke gebieden is beter dan de in de stedelijke gebieden. Er blijkt minder verschil te zijn tussen de verschillende praktijkvormen, al scoren de groepspraktijken iets beter dan de duo- en solo-praktijken. Er is nog geen goed onderbouwde analyse gemaakt van de oorzaken van de slechte telefonische bereikbaarheid. De slechte telefonische bereikbaarheid kan veroorzaakt worden door de bezettingsproblemen van de doktersassistent, maar ook door andere organisatievraagstukken en beperkte



toepassing van technische hulpmiddelen. Huisartsen dienen binnen een jaar na uitkomst van het onderzoek hun telefonische bereikbaarheid op orde te hebben. De IGZ en de NPCF zullen in 2010 het onderzoek herhalen (IGZ, 2008b). In het onderzoek van de IGZ is niet onderzocht hoe de patiënten de telefonische bereikbaarheid ervaren. Wanneer de patiënten langer dan twee minuten moeten wachten wil dit nog niet zeggen dat zij de telefonische bereikbaarheid als slecht ervaren. In *paragraaf 3.6* wordt verder ingegaan op de ervaring van de patiënt.

### Het aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg nam in 2008-2009 toe met 7%

Het aantal wachtenden op aanmelding, beoordeling of behandeling in de jeugd-, volwassenen- en ouderen-GGZ is in de periode 2008-2009 met 6.400 personen toegenomen. Het aantal wachtenden op 1 januari 2009 was daarmee 7% hoger dan op 1 januari 2008. Dit is een stijging die redelijk in de pas loopt met de toename van het aantal cliënten (4%).

Hoewel het aantal wachtenden op GGZ-zorg de afgelopen jaren sterk is gestegen, is de gemiddelde wachttijd van degenen die zorg krijgen in de periode 2007-2009 minder sterk toegenomen (GGZ Nederland, 2009b). *Tabel 3.5.1* laat ook zien dat het aantal wachtenden in 2009 minder sterk is gestegen dan in 2008.

Drie kwart van de volwassenen en ouderen die gedurende 2008 in behandeling zijn genomen, hebben de wachtfasen doorlopen binnen de gestelde tijd. De wachttijd tot behandeling is met zes weken het hoogst; 25-33% heeft op het moment dat de volgende fase in de zorg start, op basis van de werkelijke wachttijden langer gewacht dan de Treeknorm (zie *tabel 3.5.1*). Het is onbekend hoe de wachttijden in de drie fasen voor cliënten bij elkaar optellen.

**Tabel 3.5.1: Wachttijstgegevens GGZ, peildatum 1 januari, 2006-2009**

	2006	2007	2008	2009	Verandering 2008-2009
Aantal wachtenden					
• aanmeldingsfase	-	26.000	40.400	38.600	- 5%
• beoordelingsfase	-	32.100	31.300	42.000	+ 25%
• behandelingsfase	-	20.100	20.500	18.000	- 13%
Totaal	-	78.200	92.200	98.600	+ 7%
Werkelijke wachttijd van degenen die uiteindelijk zijn behandeld in het betreffende jaar (in weken)					
• aanmeldingsfase	3	3	3	-	
• beoordelingsfase	4	4	5	-	
• behandelingsfase	4	6	6	-	
Percentage cliënten dat langer wacht dan de Treeknorm op basis van werkelijke wachttijden					
• aanmeldingsfase	-	-	28	-	
• beoordelingsfase	-	-	33	-	
• behandelingsfase	-	-	25	-	

(Bron: GGZ Nederland, 2009b)

### Een kwart van de ziekenhuisafdelingen geeft aan dat de wachttijd voor de polikliniek de Treeknorm overschrijdt

Voor het bepalen van de tijdigheid van ziekenhuiszorg maken we gebruik van de registratiegegevens van de ziekenhuizen. Iedere ziekenhuislocatie is per 1 januari 2009 volgens de Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg van de NZa verplicht om maandelijks haar wachttijden op haar website te publiceren. De wachttijden over 2005, 2006 en 2007 zijn gebaseerd op de Regeling verplichte aanlevering minimale dataset somatische zorg (MDS) van de NZa. De belangrijkste verandering ten opzichte van voorgaande jaren is dat er geen onderscheid meer wordt gemaakt in wachttijden voor meerdaagse opname en dagbehandeling. Er is nu één wachttijd voor behandeling. Daarnaast is de wachttijd diagnostiek toegevoegd.

Op 1 december 2009 gaf 27,5% van de ziekenhuisafdelingen (specialismen) aan dat patiënten voor een bezoek aan de polikliniek rekening moeten houden met een langere wachttijd dan de Treeknorm. Dit is een afname van drie procentpunten ten opzichte van 2005 (zie tabel 3.5.2). Het is niet duidelijk of deze afname het gevolg is van een daadwerkelijke afname van de wachttijden of van definitie- en registratiewijzigingen.

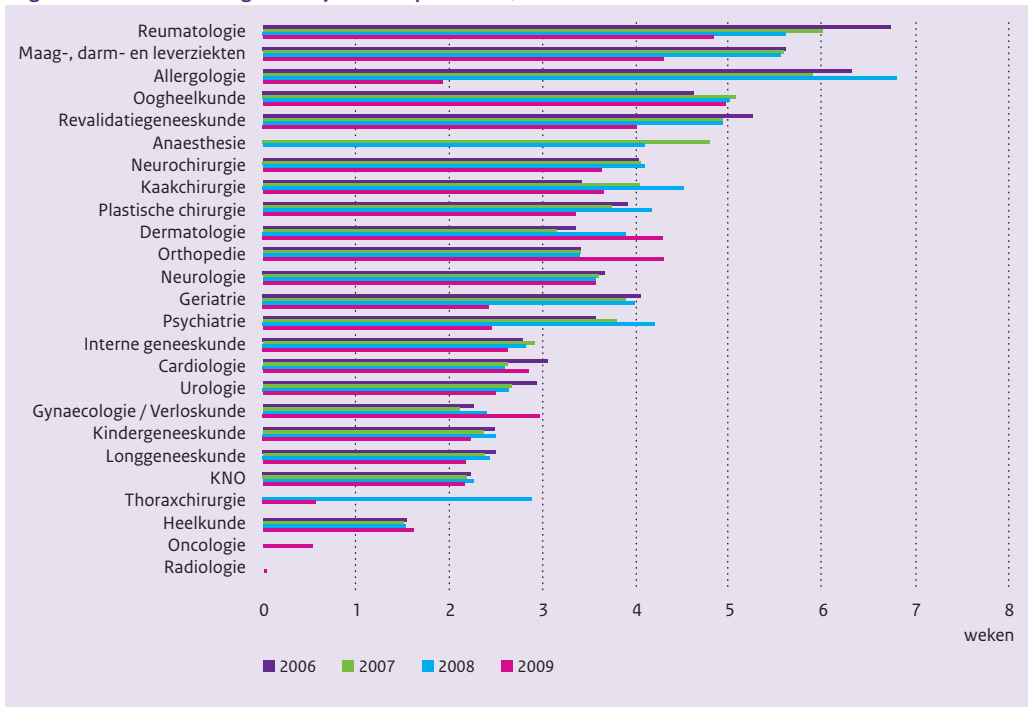
**Tabel 3.5.2: Percentage ziekenhuisafdelingen waarbij de verwachte wachttijden boven de Treeknorm uitkomen, 2005-2007**

	2005	2006	2007
Polikliniek	27,1	21,2	22,1
Kliniek	19,6	16,6	18,5
Dagverpleging	17,2	22,3	14,8

(Bron: DIS, 2005-2007)

Evenals in eerdere jaren bestaan er op de peildatum van 1 januari 2009 nog grote verschillen tussen specialismen in de overschrijding van de Treeknorm. Zo blijkt dat in meer dan 60% van de poliklinieken gastro-enterologie de wachttijd boven de Treeknorm uitkomt tegenover bijvoorbeeld 7,6% bij de longpoliklinieken. Uit de monitor van de NZa blijkt dat de meeste specialismen in het jaar 2009 een daling laten zien (zie figuur 3.5.1). Opvallend zijn de wachttijden voor dermatologie en orthopedie. Deze komen in 2009 boven de Treeknorm uit. Reumatologie, maag-, darm- en leverziekten en oogheekunde laten een daling zien van de wachttijden, maar bevinden zich nog boven de Treeknorm (NZa, 2010a).

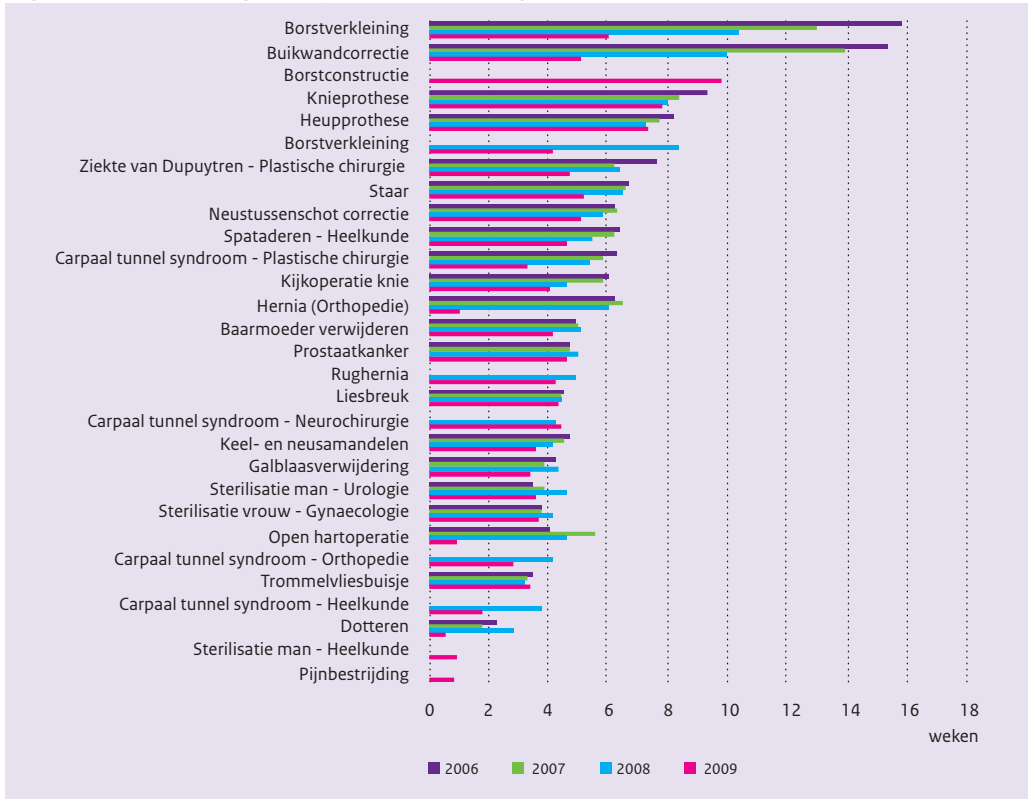
**Figuur 3.5.1: Ontwikkeling wachttijden voor polikliniek, 2006-2009**



(Bron: NZa, 2010a)

Voor behandeling en diagnostiek werd op 1 december 2009 de Treeknorm in respectievelijk 18,7% en 14,8% van de ziekenhuisafdelingen overschreden. Het is niet goed mogelijk iets te zeggen over de ontwikkeling van deze algemene wachttijd voor behandeling en diagnostiek ten opzichte van 2007 en eerdere jaren vanwege de veranderingen in de registratie. Wel is bekend dat in 2009 de wachttijden van de veel voorkomende behandelingen spataders, liesbreuk, hernia en staar onder de Treeknorm liggen, en die voor borstreconstructie, knieprothese en heupprothese nog ruim daarboven (NZa, 2010a). Daarnaast blijkt uit de monitor van de NZa dat ten opzichte van 2006 de wachttijden (na correcties om de vergelijkbaarheid met voorgaande jaren zo goed mogelijk te benaderen) voor bijna alle behandelingen uit de minimale dataset somatische zorg zijn afgenomen (zie *figuur 3.5.2*). De wachttijd diagnostiek is in alle type instellingen, in 2009 ten opzichte van 2008 afgenomen. Alleen de wachttijd voor gastroscopie laat in de algemene ziekenhuizen een stijging zien. Verder valt op dat vooral de UMC's een grote afname in de wachttijden hebben gerealiseerd (NZa, 2010a).

**Figuur 3.5.2: Ontwikkeling wachttijden voor behandeling, 2006-2009**



(Bron: NZa, 2010a)

Wanneer we naar de wachttijdontwikkeling in het jaar 2009 kijken, dan zien we dat de wachttijden voor polikliniek zijn toegenomen (zie tabel 3.5.3). Op 1 januari 2009 bedroeg de overschrijding van de Treeknorm voor polikliniek 24,1%. Op 1 december 2009 was dat 27,5%. De overschrijding van de Treeknorm voor behandeling en diagnostiek is daarentegen afgenomen.

**Tabel 3.5.3: Percentage ziekenhuisafdelingen waarbij de verwachte wachttijden boven de Treeknorm uitkomen, 2009**

	jan 2009	juli 2009	dec 2009
Polikliniek	24,1	25,5	27,5
Behandeling	23,6	23,7	18,7
Diagnostiek	20,4	21,1	14,8

(Bron: MediQuest, 2009; databewerking RIVM)

## De problematische wachtlijst in de langdurige zorg bedroeg begin 2008 naar schatting 4.475 personen

Onder problematisch wachtenden in de langdurige zorg worden wachtenden verstaan voor wie bemiddeling door het zorgkantoor moet plaatsvinden en voor wie niet binnen redelijke termijn passende zorg is te realiseren. In de periode 2007-2008 is het aantal problematisch wachtenden ongeveer gelijk gebleven maar er is wel een verschuiving per probleemcategorie zichtbaar. In bijna alle situaties gaat het om cliënten met meervoudige problematiek en/of specifieke cliëntengroepen. Voor verpleging en verzorging bestaat de belangrijkste groep problematisch wachtenden volgens de zorgkantoren uit psychogeriatrische cliënten die wachten op een plaats in een verpleeghuis en uit jonge, lichtverstandelijk gehandicapten al dan niet met gedragsproblemen. Het aantal wachtende psychogeriatrische cliënten is in 2008 ten opzichte van 2007 gedaald van 2.750 naar 1.600 (zie tabel 3.5.4). Voor de jonge, lichtverstandelijk gehandicapten neemt de vraag sneller toe dan het aanbod, dit geldt vooral voor de gesloten voorzieningen.

**Tabel 3.5.4: Aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg, peildatum 1 januari, 2007-2008**

Categorie	1-1-2007	1-1-2008
Psychogeriatrische cliënten	2.750	1.600
Lichtverstandelijk gehandicapten jeugd (met gedragsproblemen)	1.100	2.125
Ouderen met bijzondere zorgvraag	750	750
Totaal	4.600	4.475

(Bron: HHM, 2009)

## Het aantal wachtenden op een donororgaan is sinds 2004 afgenomen

Sinds 2004 is het aantal wachtenden op een donororgaan afgenomen. Op 31 december 2004 wachtten 1.443 mensen op een donororgaan, op 31 december 2009 waren dat er 1.288. Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar orgaan, blijkt dat het aantal patiënten dat wacht op een long tussen 2004 en 2009 is gestegen van 79 naar 183 en dat het aantal wachtenden op een nier is afgenomen van 1.166 naar 926. Ook het aantal wachtenden op een leverdonatie is substantieel gedaald van 151 wachtenden naar 107 (zie tabel 3.5.5).

**Tabel 3.5.5: Aantal patiënten dat wacht op orgaandonatie, naar orgaan, per 31 december, 2004-2009**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nier <sup>a</sup>	1.166	1.088	1.084	937	952	926
Lever	151	162	157	131	117	107
Hart <sup>b</sup>	45	54	46	47	54	60
Longen	79	108	141	158	177	183
Totaal	1.443	1.425	1.440	1.284	1.316	1.288

(Bron: NTS, 2008-2009)

<sup>a</sup> Inclusief nier met pancreas en nier met lever

<sup>b</sup> Inclusief hart met long

De gemiddelde wachtduur (registratieduur op de wachtlijst) in dagen varieerde in 2009 sterk naar orgaan. Zo is de gemiddelde registratieduur voor een niertransplantatie het langst met 1.150 dagen (3,2 jaar). Voor levertransplantatie is de registratieduur het kortst met 266 dagen. Ten opzichte van 2004 is de periode dat mensen wachten op een niertransplantatie van alleen nier afgenomen. De registratieduur van de andere organen is ten opzichte van 2004 toegenomen (zie tabel 3.5.6).

**Tabel 3.5.6: Registratieduur in dagen van met postmortale organen getransplanteerde patiënten, 2004-2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Alleen nier	1.291	1.171	1.235	1.166	1.150
Alleen hart	214	361	337	263	325
Alleen long	332	356	449	570	410
Alleen lever	262	336	329	308	266

(Bron: NTS, 2009)

In 2009 lag het aantal geëffectueerde postmortale donoren met 215 nog 14% onder het streven van 250 in 2008 (Rijksbegroting, 2007). In 2008 was dit nog 20% (zie tabel 3.5.7). Geëffectueerde donoren betreffen bij orgaandonoren die donoren van wie minimaal één orgaan is getransplanteerd en bij weefseldonoren donoren van wie minimaal één orgaan is uitgenomen met als doel transplantatie. Gezien de aantallen per jaar vanaf 2002 lijkt 2007 met 257 donoren een positieve uitzondering geweest te zijn.

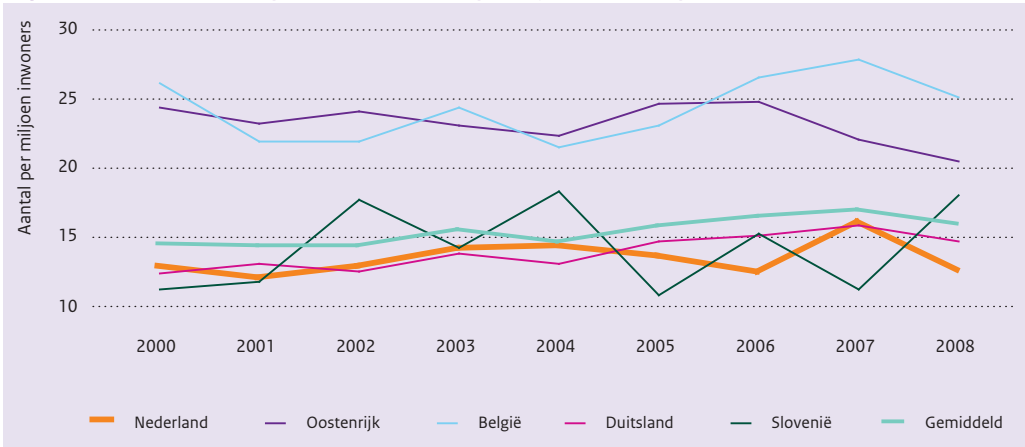
**Tabel 3.5.7: Geëffectueerde postmortale donoren, 2002-2009**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Orgaandonoren	202	223	228	217	200	257	201	215
Toe- of afname	-	+10,4%	+2,2%	-4,8%	-7,8%	+28,5%	-21,8%	+7%

(Bron: NTS, 2009)

In vergelijking met andere Europese landen (die participeren in Eurotransplant) ligt het aantal Nederlandse geëffectueerde postmortale donoren per miljoen inwoners in 2008 met 12,3 onder het gemiddelde van 15,6 (zie figuur 3.5.3). Oostenrijk en België hebben in de periode 2000-2008 het hoogste aantal geëffectueerde postmortale donoren per miljoen inwoners. Het lage aantal verkeersdoden in Nederland is hiervan één van de oorzaken (Westert en Verkleij, 2006). Nederland behoort samen met Zweden en het Verenigd Koninkrijk tot de top van verkeersveilige landen in de EU-27 (WHO-HFA, 2009). Dit heeft wel tot gevolg dat het aantal beschikbare orgaandonoren lager is.

Figuur 3.5.3: Geëffectueerde postmortale donoren, per miljoen inwoners, per land, 2000–2008



(Bron: Eurotransplant, 2001-2009)

## Conclusie

Het wachten op reguliere zorg laat de laatste jaren niet veel verandering zien. In sommige sectoren is sprake van een lichte verbetering, in andere van een lichte verslechtering. Ruim 22% ervaart het wachten op zorg als een probleem. De gepresenteerde indicatoren geven geen totaal overzicht van knelpunten, maar wel enkele signalen. Het aantal wachtenden in de GGZ is sterk toegenomen. De belangrijkste groep problematisch wachtenden bestaat uit dementerenden die wachten op een plaats in een verpleeghuis en jonge, lichtverstandelijk gehandicapten.

De meeste wachtlijst- en wachttijdgegevens in de reguliere zorg zijn nog niet helemaal op orde. Er vindt wel een verbeteringslag plaats. Zo is iedere ziekenhuislocatie per 1 september 2008 volgens de Nadere Regel Minimale Dataset van de NZa verplicht om maandelijks haar wachttijden volgens de definitie te publiceren op haar website. In de vernieuwde registratie dienen de wachttijden actueel te zijn en mogen niet langer retrospectief zijn. Door de verandering in de registratie van de wachttijden is het niet goed mogelijk om iets te zeggen over de ontwikkeling van de *algemene* wachttijd polikliniek, behandeling en diagnostiek die voor deze Zorgbalans zijn berekend. Uit de monitor van de NZa blijkt wel dat de meeste specialismen in het jaar 2009 een daling van de wachttijd laten zien en dat de wachttijd voor bijna alle veelvoorkomende behandelingen is afgenomen.

## 3.6 Toegankelijkheid naar behoefte

### Kernbevindingen

- 90% van de mensen geeft aan dat ze (bijna) altijd de hulp kregen die ze nodig hadden
- Ruim 30% van de bevolking heeft problemen ervaren met de telefonische bereikbaarheid van reguliere zorg tijdens kantooruren
- Bijna 95% van de bevolking vindt dat ze meestal of altijd prettig worden bejegend in de zorg
- De gezondheidszorg is voor lager en hoger opgeleiden even toegankelijk
- Heropnames en lange ligduur in ziekenhuizen komen bij niet-westerse allochtonen ongeveer 10% meer voor dan bij autochtonen
- Voor dak- en thuislozen is de feitelijke toegankelijkheid van medische basiszorg - met uitzondering van de tandarts - redelijk, subjectieve drempels spelen echter een belangrijke rol
- De toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is de afgelopen tien jaar verbeterd, maar de toegankelijkheid van de tweede lijn blijft zorgelijk

### Hoe we toegankelijkheid naar behoefte vaststellen

In deze paragraaf bekijken we de toegankelijkheid naar behoefte vanuit een gelijkheidsperspectief: gelijke toegankelijkheid betekent gelijke toegang én gelijk gebruik van zorg bij gelijke behoefte mét een gelijke kwaliteit van zorg voor iedereen (Whitehead, 1991). Gelijke kwaliteit van zorg betekent dat deze moet aansluiten op persoonsgebonden kenmerken zoals leeftijd, geslacht, etniciteit of sociaal-economische status (Whitehead, 1992; AHRQ, 2004). Kwalitatief goede zorg houdt in dit kader dus in dat de zorg aangepast is aan de omstandigheden en mogelijkheden van de patiënt. Dat kan bijvoorbeeld inhouden dat, om hetzelfde resultaat te bereiken, bij dezelfde hulpvraag voor sommige patiënten meer hulpverleningscontacten en meer uitleg nodig zijn dan bij andere patiënten. In dit kader zou ook aan vraaggerichtheid kunnen worden gedacht. In *paragraaf 2.6* komt dat uitgebreid aan de orde.

Dat betekent dat het moeilijk is om indicatoren te formuleren die los staan van de ervaringen van de patiënt. Daarom start deze paragraaf met een drietal indicatoren die gericht zijn op patiëntervaringen. Naast de patiëntervaringen wordt ook gekeken of de latente zorgvraag van een cliënt of patiënt wordt omgezet in een zorgbehoefte. Er gaat namelijk veel mogelijke gezondheidswinst verloren als effectieve medische behandelingen niet door iedereen gebruikt worden die daarvan kunnen profiteren. Om hier inzicht in te krijgen, kijken we in deze paragraaf naar verschillen in zorggebruik tussen verschillende groepen gecorrigeerd voor verschillen in gezondheidstoestand. Dit is een indicator voor mogelijk ondergebruik en daarmee voor mogelijke onderbenutting van effectieve medische behandelingen. We onderscheiden groepen met een lage en een hoge opleiding en verschillende etnische groepen. Daarnaast kijken we naar de toegankelijkheid van de zorg voor een tweetal groepen die aan de rand van de samenleving staan. Dit zijn dak- en thuislozen en mensen zonder een wettige verblijfsstatus.



## Indicatoren

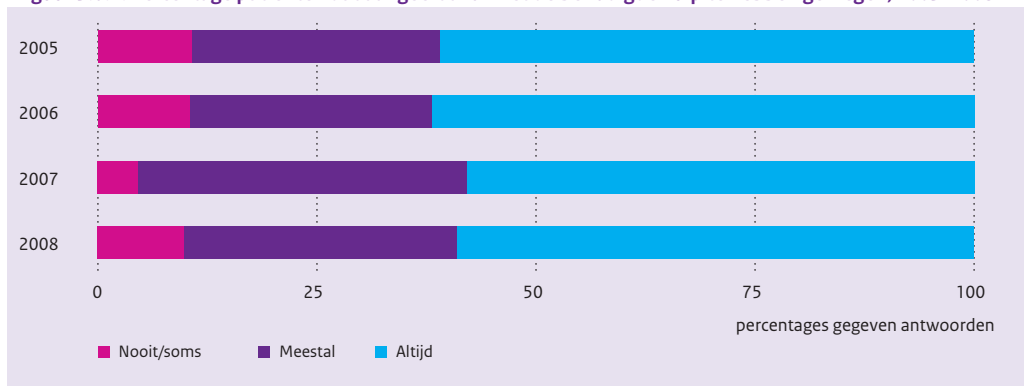
- Afstemming van de geleverde zorg, onderzoek en behandeling op de behoefte
- Telefonische bereikbaarheid van de reguliere zorg tijdens kantooruren
- Bejegening door zorgverleners
- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden
- Verschil in ziekenhuis heropnamen tussen verschillende etnische groepen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor dak- en thuislozen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus

## De stand van zaken

### 90% van de mensen geeft aan dat ze (bijna) altijd de hulp kregen die ze nodig hadden

Figuur 3.6.1 illustreert in hoeverre mensen van mening zijn dat zij de benodigde hulp hebben gekregen in de gezondheidszorg. Deze gegevens zijn gebaseerd op vragen over de snelheid en adequaatheid van hulp bij telefonische contacten, spoedgevallen en consulten. Hieruit blijkt dat ongeveer 60% aangeeft altijd de benodigde hulp te hebben ontvangen en dat ongeveer 30% aangeeft meestal de benodigde hulp te hebben ontvangen. Het percentage mensen dat nooit of soms de benodigde hulp ontving, bedraagt zo'n 10% met uitzondering van 2007, toen dit ongeveer 5% was. De cijfers zijn redelijk constant.

Figuur 3.6.1: Percentage patiënten dat aangeeft al of niet de benodigde hulp te hebben gekregen, 2005-2008



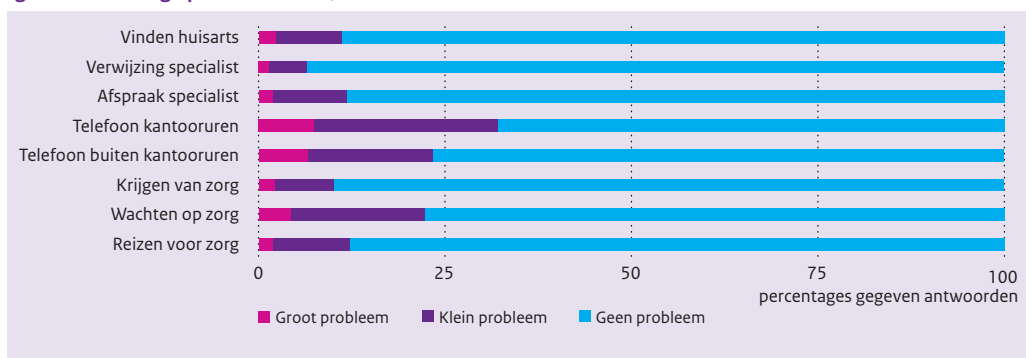
(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### Ruim 30% van de bevolking heeft problemen ervaren met de telefonische bereikbaarheid van zorgverleners tijdens kantooruren

Uit enquêtes onder patiënten blijkt dat ongeveer een derde van de bevolking aangeeft een probleem te hebben ervaren met de telefonische bereikbaarheid van zorgverleners tijdens kantooruren. De problemen zijn onderscheiden naar grote en kleine problemen. 7,5% heeft grote problemen ervaren en 25% kleine problemen. Vergelijken met andere indicatoren die onderzocht zijn in verband met de ervaren

toegankelijkheid van zorgverleners zijn dit hoge percentages (zie *figuur 3.6.2*). Daarvan scoort de telefonische bereikbaarheid tijdens kantooruren het slechtst. Het is opvallend dat de telefonische bereikbaarheid buiten kantooruren beter scoort dan de telefonische bereikbaarheid tijdens kantooruren. De IGZ heeft in 2008 eveneens een onderzoek gedaan naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsen. Hierover is in de *paragrafen 3.4 en 3.5* gerapporteerd. Het hier gepresenteerde percentage van 30% betreft ervaringen van cliënten en geeft aan hoe in de behoefte van patiënten wordt voorzien. In het IGZ-onderzoek zijn de telefonische wachttijden afgezet tegen een norm. Op die manier wordt de tijdige beantwoording van telefonische oproepen getoetst.

**Figuur 3.6.2: Percentage patiënten dat aangeeft problemen te hebben ervaren met toegankelijkheid van de gezondheidszorg op acht terreinen, 2008**

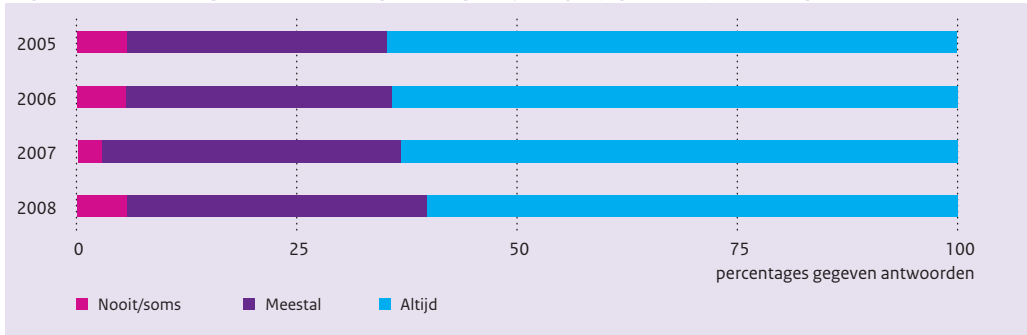


(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### **Bijna 95% van de bevolking vindt dat ze prettig bejegend worden in de zorg**

Bijna 95% van de mensen vindt dat zij prettig worden bejegend in de zorg. De cijfers zijn gebaseerd op CQ-vragen over de mate waarin zorgverleners beleefd en respectvol zijn, patiënten serieus nemen, aandachtig luisteren, voldoende tijd nemen en dingen begrijpelijk uitleggen. Dit percentage is hoog en over de jaren heen tamelijk stabiel. Met vier meetjaren is het nu nog moeilijk te zeggen binnen welke marges gesproken kan worden van trendverschillen. *Figuur 3.6.3* toont wel een kleine daling in het percentage mensen dat zegt altijd prettig bejegend te worden. Daarnaast is de groep mensen die vindt dat ze nooit of bijna nooit prettig bejegend wordt redelijk constant. In hoeverre 2007 als een positieve uitschieter geïnterpreteerd moet worden, is voornamelijk nog niet duidelijk.

**Figuur 3.6.3: Percentage van de bevolking dat aangeeft prettig bejegend te zijn door zorgverleners, 2005-2008**

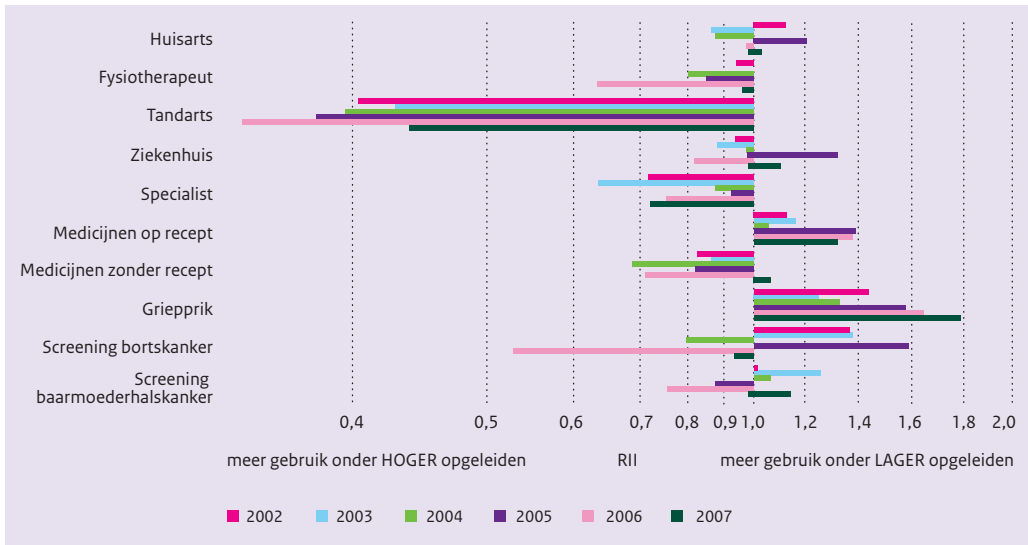


(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### **De gezondheidszorg is voor lager en hoger opgeleiden even toegankelijk**

Lager opgeleiden zijn gemiddeld ongezonder dan hoog opgeleiden (Van der Lucht en Polder, 2010). Een mogelijke oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat lager opgeleiden een slechtere toegang hebben tot zorggebruik dan hoger opgeleiden. Deze slechtere toegankelijkheid kan zich uiten in een lager of afwijkend gebruik van gezondheidszorg. *Figuur 3.6.4* geeft een overzicht van de verschillen in gebruik van tien soorten gezondheidszorg, gecorrigeerd voor gezondheidsverschillen. Met uitzondering van het tandartsenbezoek zijn de verschillen in zorggebruik tussen lager en hoger opgeleiden niet voor alle zes weergegeven jaren significant. Toch is een aantal niet significante verschillen vermeldenswaardig. Deelname aan de griepvaccinatie is onder lager opgeleiden in alle gerapporteerde jaren hoger dan onder hoger opgeleiden. Hetzelfde geldt voor het gebruik van receptgeneesmiddelen. Dit lijkt dan weer gecompenseerd te worden door een ondergebruik van medicijnen zonder recept door deze groep ten opzichte van de groep hoger opgeleiden. Hoger opgeleiden ontvingen in alle jaren meer zorg van specialisten en fysiotherapeuten. De screeningsprogramma's voor borstkanker en baarmoederhalskanker geven in de zes beschreven jaren een wisselend beeld; het ene jaar is er een hoger gebruik onder lager opgeleiden, het andere jaar onder hoog opgeleiden.

**Figuur 3.6.4: Zorggebruik (bezoeken en voorschriften) naar opleidingsniveau gemeten middels de Relative Index of Inequality (RII), gecorrigeerd voor gezondheidsverschillen, 2002-2007**



(Bron: CBS, Pols-Gezondheid en Arbeid, 2002-2007; databewerking RIVM)

Naast een analyse van de grootte van de verschillen in zorggebruik is ook de ontwikkeling van de verschillen tussen 1990 en 2007 geanalyseerd. Dit is gedaan door een *RII-trend* te berekenen. Voor de griepvriek en het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen nemen de verschillen in de tijd toe. Voor de screening op baarmoederhalskanker nemen ze af. Voor de andere zorgtypen blijven de verschillen ongeveer gelijk.

### **Heropnames en lange ligduur in ziekenhuizen komen bij niet-westerse allochtonen ongeveer 10% meer voor dan bij autochtonen**

Niet-westerse allochtone patiënten worden vaker heropgenomen en liggen vaker in het ziekenhuis dan verwacht mag worden op grond van hun leeftijd, diagnose en behandeling. De gevonden verschillen ten opzichte van de autochtone bevolking liggen in de orde van 10%. Deze bevindingen kunnen wijzen op verhoogde patiëntveiligheidsrisico's voor niet-westerse allochtonen in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Er zijn ook verschillen geconstateerd tussen allochtone groepen. Het risico lijkt onder Surinamers en Antillianen meer verhoogd dan onder patiënten van Turkse en Marokkaanse herkomst. Er is een aantal mogelijke mechanismen die een verhoogd risico op veiligheidsincidenten bij patiënten van allochtone herkomst plausibel maken: zorgverlener en patiënt begrijpen elkaar niet vanwege de slechte Nederlandse taalvaardigheid van de patiënt, voor de hulpverlener onbekende genetische kenmerken van de patiënt, misverstanden als gevolg van verschillen in ziektepercepties en verwachtingen van de zorg en ten slotte niet-passende zorg als gevolg van vooroordelen (Essink-Bot et al., 2009).

Verschillen in het aantal heropnames of in de lengte van de ligduur in een ziekenhuis voor dezelfde aandoening kunnen wijzen op verschillen in kwaliteit van zorg tussen bevolkingsgroepen. Het kan ook zijn dat een langere ligduur passend is voor een bepaalde bevolkingsgroep, bijvoorbeeld omdat de zorg complexer is als gevolg van taal- en communicatieproblemen. Toch is het wel een signaal dat zou kunnen wijzen op een verschil in toegankelijkheid en verminderde patiëntveiligheid.

### **Voor dak- en thuislozen is de feitelijke toegankelijkheid van medische basiszorg - met uitzondering van de tandarts - redelijk, subjectieve drempels spelen echter een belangrijke rol**

Daklozen hebben meestal een slechte gezondheid. Daklozen in Amsterdam leven gemiddeld 25 jaar korter dan de gemiddelde Nederlander (Van Laere, 2009). De vraag is of dit (deels) is toe te schrijven aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Voor dak- en thuislozen spelen financiële belemmeringen, de aanwezigheid van voorzieningen, geografische afstand of wachtlijsten een even grote rol als voor de rest van de bevolking. De grootste problemen kunnen verwacht worden op het vlak van de financiële toegankelijkheid. Zorgverzekeraars hebben echter een acceptatieplicht als het gaat om de basisverzekering. Het probleem is vaak dat daklozen geen verzekering hebben. Op het moment dat ze zorg nodig hebben, worden ze echter vaak wel geholpen bij het afsluiten van een zorgverzekering (Akkermans, 2008). Problemen met de financiële toegankelijkheid spelen vooral bij gezondheidszorg die niet in de basisverzekering is ondergebracht, zoals de tandarts.

Als het gaat om toegankelijkheid van de zorg, spelen bij dak- en thuislozen subjectieve drempels echter een grote rol. Wanneer daklozen geen gebruik maken van medische zorg, blijkt dit meestal niet zozeer te liggen aan gebrekkige kennis of informatie, maar aan hun inschatting dat het niet nodig is om een arts in te schakelen. Om dit te doorbreken is een vertrouwensband tussen hulpverlener en dakloze zeer belangrijk (Akkermans, 2008).

### **De toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is de afgelopen tien jaar verbeterd, maar de toegankelijkheid van de tweede lijn blijft zorgelijk**

Eind 2008 lijkt de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor personen zonder wettige verblijfsstatus verbeterd ten opzichte van 10 jaar eerder. De verbeterde toegankelijkheid komt vooral doordat zorgverleners beter op de hoogte zijn van de vergoedingsmogelijkheden en meer bereid zijn zorg te verlenen. Tegelijkertijd blijkt echter dat een belangrijk percentage huisartsen niet op de hoogte is van deze vergoedingsregelingen. Vandaar dat de huisartsenzorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus zich steeds meer concentreert in een beperkt aantal huisartsenpraktijken. Het blijkt steeds weer nodig om zorgverleners te wijzen op de vergoedingsmogelijkheden (Veenema et al., 2009).

Doorverwijzing door de eerste lijn naar de tweede lijn is vaak zorgelijk vanwege de financiële eisen die worden gesteld. Vooral administratieve medewerkers in ziekenhuizen zijn vaak slecht geïnformeerd over de specifieke regelgeving en procedures betreffende patiënten zonder wettige verblijfsstatus. In ruim een kwart van de huisartsenpraktijken die patiënten zonder wettige verblijfsstatus behandelen bleek dat het is voorgekomen dat wel is overwogen om een patiënt door te verwijzen, maar dat daar toch vanaf is gezien. Bij psychische stoornissen, die veel voorkomen in deze doelgroep, werd slechts in één derde van de gevallen gedacht aan doorverwijzen. Bij twee derde van de SEH-afdelingen komt het voor dat de kosten ter plekke contant moeten worden betaald.

Om de betalingsonmacht van mensen zonder wettige verblijfsstatus op te vangen is in 1998 de Koppelingswet ingevoerd. Deze voorziet in de financiering van geleverde zorg aan mensen zonder wettige verblijfsstatus. Echter met de invoering van de Zvw in 2006 is de financiële drempel voor deze categorie weer verhoogd. Per 1 januari 2009 is er daarom een wijziging in de Zvw doorgevoerd. In hoeverre dit heeft geleid tot een betere toegankelijkheid van de zorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is momenteel nog niet duidelijk (Veenema et al., 2009).

## Conclusie

De afstemming van de zorg op de behoefte van de cliënt is over het algemeen goed. Ook de bejegening door de gezondheidszorg is goed. Echter, op specifieke elementen wordt lager gescoord. Vooral de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken tijdens kantooruren wordt door een aanzienlijke groep als problematisch ervaren. Lager opgeleiden gebruiken niet minder zorg dan hoger opgeleiden. We zien echter wel meer heropnames en een langere ligduur bij niet-westerse allochtonen in ziekenhuizen. Dit kan wijzen op een probleem met de afstemming tussen cliënt en zorgverlener en daarmee op een probleem met de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen. Het verdient aanbeveling om goed te analyseren of deze verschillen duiden op een mindere toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen of dat deze juist een aanwijzing zijn voor aanpassing van de zorg aan de doelgroep.

Bij dak- en thuislozen gaat het voor wat betreft de toegankelijkheid van de gezondheidszorg vooral om subjectieve drempels waarbij de vertrouwensband tussen cliënt en zorgverlener een belangrijke rol speelt. Voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg de afgelopen tien jaar verbeterd. Er zijn echter nog steeds weinig huisartsen bekend met speciale vergoedingsregelingen. De toegankelijkheid van de tweede lijn is voor deze groep nog zorgelijk.

## 3.7 Personeelsaanbod

### Kernbevindingen

- Het aantal vacatures per 1.000 banen in de gezondheidszorg vertoont een dalende trend
- Het percentage moeilijk vervulbare vacatures neemt gestaag toe
- Tussen 3% en 7,2% van de werknemers in de gezondheidszorg verliet de sector; deze cijfers vertonen een licht dalende trend
- Het percentage verzuimde arbeidsuren in de gezondheidszorg is redelijk stabiel sinds 2006
- De ervaringen met beschikbaarheid van personeel zijn beter in de thuiszorg dan in de verpleging en verzorging
- Vergeleken met andere landen heeft Nederland een gemiddeld aantal artsen en verpleegkundigen

## Hoe we beschikbaarheid van personeel vaststellen

De beschikbaarheid van personeel is een belangrijke voorwaarde om goede zorg te kunnen bieden. Tekorten kunnen leiden tot problemen in kwaliteit en toegankelijkheid. Er kunnen bijvoorbeeld langere wachttijden ontstaan of zorgverleners hebben te weinig tijd beschikbaar om goede zorg te kunnen leveren.

De werkgelegenheid in de zorgsector zal ook de komende jaren groeien. Op langere termijn zal het relatieve beslag op de arbeidsmarkt steeds groter worden. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door een groei van de sector, maar ook doordat de arbeidsmarkt zich volgens het CPB vanaf 2012 zal stabiliseren en vanaf 2019 zelfs zal gaan krimpen (Van der Windt et al., 2009a). Vergeleken met de totale economie loopt de arbeidsproductiviteit in de zorgsector achter (Boer en Croon, 2009). Dat wordt vooral veroorzaakt door de aard van het werk. Vergeleken met andere sectoren is gezondheidszorg een arbeidsintensieve ‘bedrijfstak’ waarbij het moeilijk is om arbeidsprocessen te mechaniseren of te automatiseren. Dit zal naar verwachting leiden tot een toename van het percentage werkenden in de zorgsector (zie hiervoor ook *hoofdstuk 4*).

Er zijn verschillende ‘perspectieven’ waar vanuit gekeken kan worden naar de beschikbaarheid van personeel. Deze kunnen globaal in drie groepen worden verdeeld:

- Macroniveau-arbeidsmarktindicatoren, zoals aantal vacatures, verloop en verzuim, maar ook de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit. Deze gegevens zeggen iets over de ontwikkeling in de feitelijke beschikbaarheid van personeel. Deze cijfers hebben een sterk objectief karakter, maar zeggen op zichzelf weinig over de mate waarin er tekorten worden ervaren;
- Het gebruikersperspectief; de mate waarin zorggebruikers een tekort ervaren aan personeel;
- Het perspectief van de werkgever; de mate waarin het werkgevers lukt om aan voldoende personeel te komen om goede zorg te kunnen leveren.

Uiteraard is een samenhang te verwachten tussen deze perspectieven, maar ze vullen elkaar ook in belangrijke mate aan.

### Indicatoren

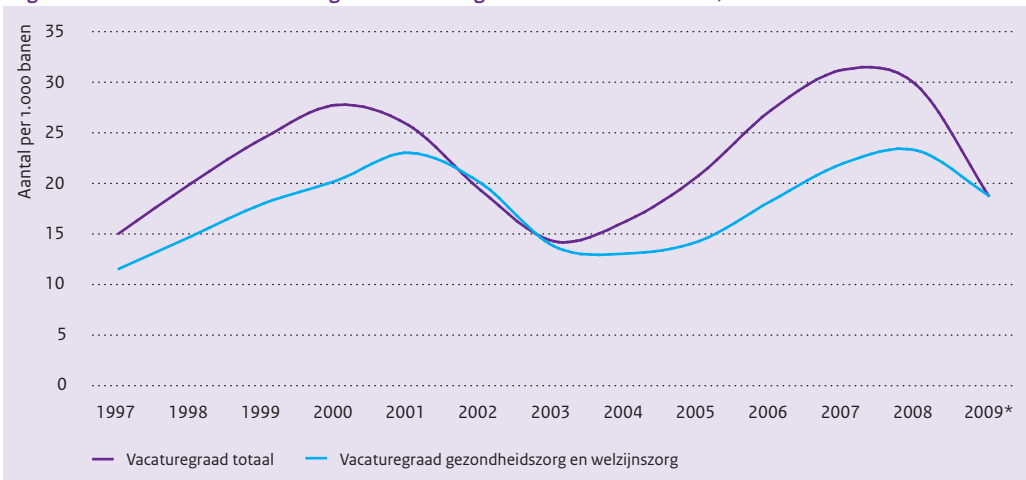
- Aantal vacatures per 1.000 banen in de gezondheidszorg
- Percentage vacatures dat moeilijk vervulbaar is
- Percentage werknemers in verpleging en verzorging dat de zorg verlaat (nettoverloop)
- Percentage verzuimde arbeidsuren (arbeidsverzuim)
- Percentage zorggebruikers dat vindt dat er voldoende personeel beschikbaar is tijdens verblijf in het ziekenhuis of verpleeghuis
- Aantal artsen en verpleegkundigen per 1.000 inwoners

## De stand van zaken

### Het aantal vacatures per 1.000 banen in de gezondheidszorg vertoont een dalende trend

Het aantal vacatures per 1.000 banen (de vacaturegraad) vertoont een cyclisch verloop waarbij de gezondheidszorg iets achter lijkt te lopen op de gehele arbeidsmarkt. In 2007 is een daling van het totaal aantal vacatures ingezet. In de gezondheidszorg is deze daling pas in 2008 begonnen. Zowel Nederland totaal als de zorgsector specifiek vertoont in 2009 een stevige daling van het aantal vacatures. Voor Nederland als geheel is dit de grootste daling sinds 1997 (10,5 procentpunten). Voor de zorgsector is alleen in 2003 een grotere daling geweest. Een daling van de vacaturegraad wijst op een minder gespannen arbeidsmarkt; er zijn weer makkelijker mensen te vinden voor de beschikbare banen. In de regel is de vacaturegraad in de zorgsector lager dan voor de gehele arbeidsmarkt. Alleen in de periode 2002-2003, bij een dalende vacaturegraad, liepen de beide curves parallel. Het is nog niet duidelijk hoe dit zich in 2010 zal ontwikkelen.

**Figuur 3.7.1: Vacatures in de sector gezondheidszorg en in alle sectoren samen, 1997-2009**



(Bron: CBS Kwartaalenquête vacatures, 2009)

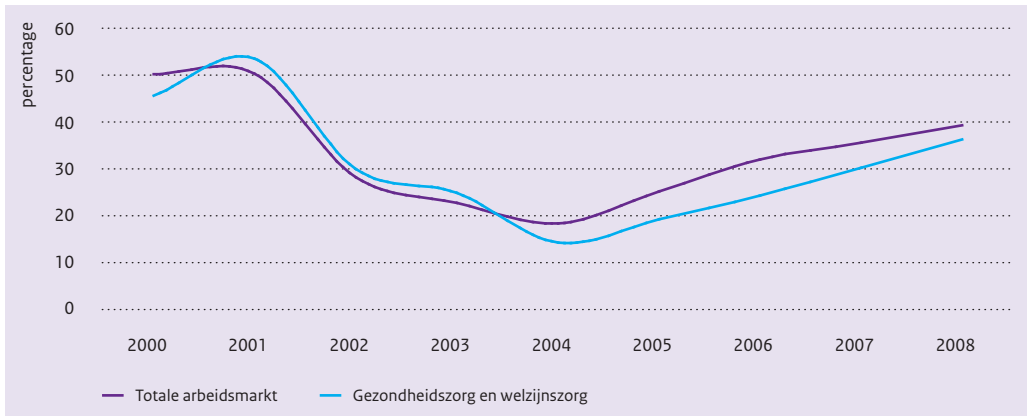
\* cijfers van het eerste halfjaar

### Het percentage moeilijk vervulbare vacatures neemt gestaag toe

Het aandeel moeilijk vervulbare vacatures is de laatste jaren weer aan het stijgen. Ondanks een daling van de vacaturegraad (zie boven) blijft het aandeel moeilijk vervulbare vacatures stijgen. Dit impliceert dat er vraag blijft bestaan naar personeel met specifieke kwalificaties ondanks een teruglopende arbeidsmarkt. De curve van moeilijk vervulbare vacatures in de gezondheids- en welzijnzorg volgt grosso modo de curve van de totale arbeidsmarkt.



**Figuur 3.7.2: Moeilijk vervulbare vacatures als percentage van het totaal aantal vacatures in de gezondheids- en welzijnszorg en in alle sectoren samen, 2000-2008**



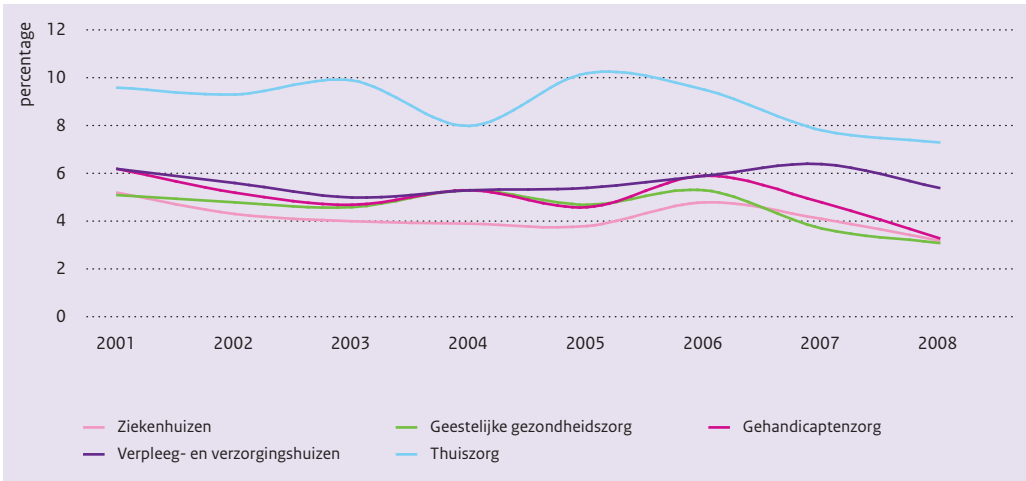
(Bron: CBS Statline, 2009i)

### **Tussen 3% en 7,2% van de werknemers in de gezondheidszorg verliet de sector; deze cijfers vertonen een licht dalende trend**

Het nettoverloop is het aantal werknemers uit een branche dat gedurende een jaar de sector verlaat als aandeel van het totaal aantal werknemers in die branche (Van der Windt et al., 2009b). In 2008 bedroeg het nettoverloop, afhankelijk van de deelsector, tussen de 3% en 7,2%. In de thuiszorg is het verloop het grootst en in de ziekenhuizen en de GGZ het kleinst.

Deze daling kan mogelijk worden verklaard door een krimpende economie. Door een kleiner aanbod van vacatures in andere sectoren van de arbeidsmarkt, daalt ook het nettoverloop. Deze verklaring moet echter met enige voorzichtigheid worden omkleed. In 2007 daalde namelijk ook het nettoverloop terwijl de economie toen nog geen dalende trend vertoonde.

**Figuur 3.7.3: Nettoverloop van verpleegkundigen en verzorgenden en sociaal-pedagogisch personeel in de zorg, 2001-2008**

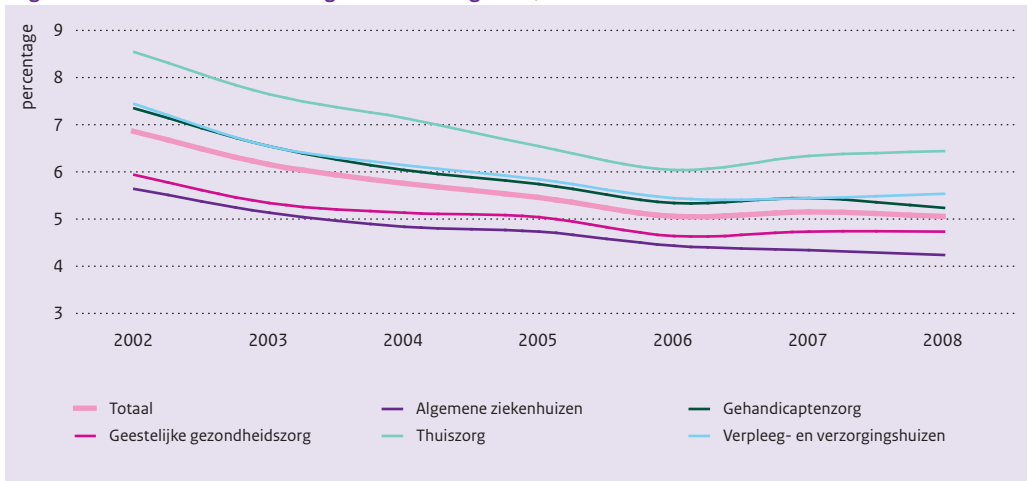


(Bron: Van der Windt et al., 2009b; Van Essen et al., 2006)

### Het percentage verzuimde arbeidsuren in de gezondheidszorg is redelijk stabiel sinds 2006

Voor het eerst sinds het jaar 2000 is in het 3e en in het 4e kwartaal van 2007 een structurele stijging te zien van het ziekteverzuim in de gezondheidszorg. De stijging werd voornamelijk veroorzaakt door het langdurig verzuim. De meldingsfrequentie is in het 4e kwartaal van 2007 eveneens voor het eerst gestegen (Vernet, 2008). In 2008 stabiliseerden de verzuimcijfers weer in de zorgsector. In de verpleging en verzorging en de thuiszorg stegen de verzuimcijfers 0,1% ten opzichte van 2007. In de gehandicaptenzorg en de ziekenhuissector daarentegen, daalden de verzuimcijfers met 0,1%. In deze laatste sector is het verzuimcijfer het laagst met 4,2%. Het verzuimcijfer voor de hele sector is 5%. De thuiszorg heeft het hoogste verzuim met 6,4%.

**Figuur 3.7.4: Arbeidsverzuim in de gezondheidszorgsector, 2002-2008**



(Bron: Vernet, 2008)

### De ervaringen met beschikbaarheid van personeel zijn beter in de thuiszorg dan in de verpleging en verzorging

Vanuit het gebruikersperspectief is de ervaren beschikbaarheid van personeel een belangrijke indicator. Tabel 3.7.1 geeft een overzicht van de ervaringen. Hierbij is een uitsplitsing gemaakt naar bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis, naar thuiszorgcliënten en naar vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten.

**Tabel 3.7.1: Ervaren beschikbaarheid van personeel in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg, 2007-2008**

Sector	Gemiddelde score 2007	Gemiddelde score 2008
Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	2,94	2,98
Thuiszorg cliënten	3,31	3,29
Vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten	2,99	2,99

(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

1=nooit, 2=soms, 3=meestal en 4=altijd goede ervaringen

Thuiszorgcliënten zijn over het algemeen wat positiever over de beschikbaarheid van personeel dan bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten. De ervaringen van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen is iets verbeterd sinds de laatste meting, maar is nog steeds niet hoog.

De spreiding in de antwoorden is niet groot. Dit wordt geïllustreerd in tabel 3.7.2. Deze geeft een overzicht van de gemiddelde scores van de 25% ondervraagden die het meest negatief waren, van de totale groep en van de 25% mensen die het meest positief waren in 2008.

**Tabel 3.7.2: Meest negatieve, meest positieve en gemiddelde ervaringen met beschikbaarheid van personeel in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg, 2008**

Sector	Meest negatieve scores (25%)	Gemiddelde score	Meest positieve score (25%)
Bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen	2,78	2,98	3,19
Thuiszorgcliënten	3,17	3,29	3,43
Vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten	2,86	2,99	3,17

(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

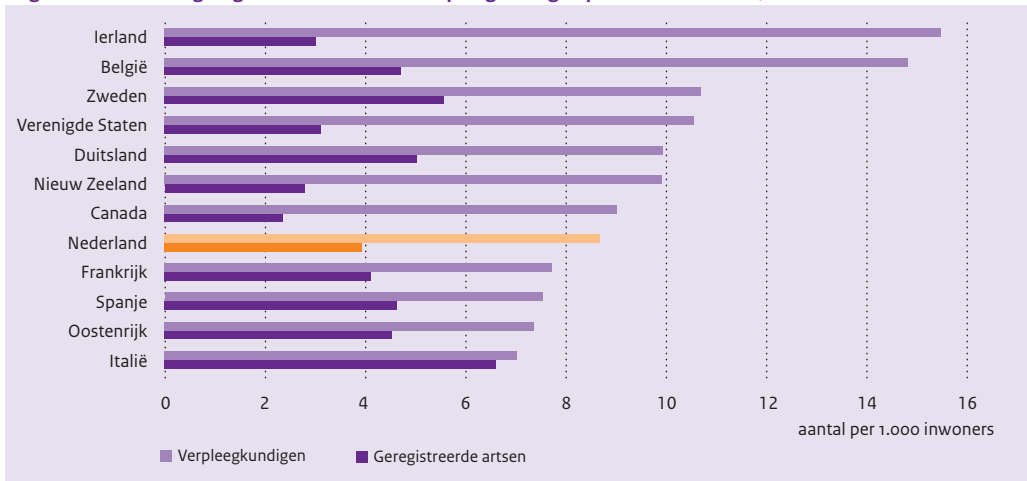
1=nooit, 2=soms, 3=meestal en 4=altijd goede ervaringen

### **Vergeleken met andere landen heeft Nederland een gemiddeld aantal artsen en verpleegkundigen**

In 2007 waren in Nederland per 1.000 inwoners 3,9 BIG-geregistreerde artsen en 8,7 werkzame verpleegkundigen. Hoeveel van de artsen ook daadwerkelijk hun beroep uitoefenen is niet bekend. Het aantal geregistreerde artsen varieert van bijna 2,4 per 1.000 inwoners in Canada tot meer dan 6,6 per 1.000 in Italië. Het aantal werkzame verpleegkundigen is juist in Italië het laagst (ruim 7 per 1.000) en is het hoogst in Ierland met 15,5 per 1.000 inwoners. Nederland ligt voor beide beroepsgroepen in de middenmoot.

De cijfers van de werkzame verpleegkundigen zijn niet vergelijkbaar met de gegevens uit de vorige Zorgbalans omdat de beschikbare bron geen gegevens meer over geregistreerde verpleegkundigen rapporteert, maar alleen over werkzame verpleegkundigen.

**Figuur 3.7.5: Aantal geregistreerde artsen en verpleegkundigen per 1.000 inwoners, 2007**



(Bron: OECD Health Data, 2009; databewerking RIVM)

Geregistreerde artsen in Frankrijk uit 2005 en verpleegkundigen in België en Zweden uit 2005

## Conclusie

Het aantal vacatures in de zorg daalt. Anders dan in andere arbeidsmarktsectoren, mag aangenomen worden dat de vraag naar zorg niet zal dalen bij een stagnerende economie. Uit een daling van het aantal vacatures mag daarmee geconcludeerd worden dat de vraag naar personeel in de zorg verder wordt ingevuld. Dat kan ook verklaren waarom de daling van het aantal vacatures in de zorgsector wat later intreedt dan de daling in de hele economie. Het aantal mensen dat de gezondheidszorg verlaat, daalt terwijl het percentage moeilijk vervulbare vacatures blijft stijgen. Kennelijk is bepaalde expertise niet zonder meer voorhanden, ook niet in een niet overspannen arbeidsmarkt. Het ziekteverzuim in de zorgsector is na jaren van daling gestabiliseerd. In de thuiszorg overtreft het verzuim en het verloop ruimschoots de andere deelsectoren.

Tegenover deze tamelijk abstracte indicatoren staat de ervaring van tekorten. 89% van de mensen heeft geen problemen ervaren met het vinden van een huisarts (zie daarvoor *paragraaf 3.8*). Cliënten in de verpleging, verzorging en thuiszorg hebben gemiddeld genomen redelijke ervaringen met betrekking tot de beschikbaarheid van het personeel. Een uitgebreid beeld over deze sector is te vinden in *paragraaf 2.4*. Vraaggerichtheid komt uitgebreid aan de orde in *paragraaf 2.6*. Vergeleken met andere Europese landen zien we dat het aantal verpleegkundigen en artsen in Nederland gemiddeld is.

## 3.8 Keuzevrijheid

### Kernbevindingen

- Ruim 11% van de mensen ervaart problemen met het vinden van een huisarts; dat is minder dan in 2006
- Het aantal gebruikers van een persoonsgebonden budget voor de Awbz blijft toenemen
- Ongeveer 3,5% van de verzekerden veranderde in 2009 van zorgverzekering
- Van de verzekerden geeft 5% of minder aan dat hun keuzevrijheid sterk beperkt werd door hun zorgverzekeraar
- Er zijn nog steeds barrières voor een effectief gebruik van kwaliteits- en keuze-informatie op het internet

### Hoe we keuzevrijheid vaststellen

Keuzevrijheid betekent dat mensen vrije toegang hebben tot de zorgverzekering en zorgverlening die zij wensen en dat zij hierbij kunnen kiezen uit verschillende alternatieven. Keuzevrijheid heeft bovendien betrekking op het persoonlijke vermogen om bewuste keuzes te maken. Dit houdt in dat burgers weten welk zorg- en verzekeringsaanbod het beste tegemoet komt aan de eigen behoeftes. De beschikbaarheid van adequate keuze-informatie is van belang om zinvol gebruik te kunnen maken van de beschikbare keuze-alternatieven.

De afgelopen twintig jaar is het vergroten van keuzevrijheid in de zorg een belangrijke beleidsdoelstelling geweest om de positie van zorggebruikers te versterken. Keuzevrijheid wordt allereerst intrinsiek waardevol gevonden vanwege het recht op zelfbeschikking (Stüssgen, 1997). Bijna alle Nederlandse burgers (95%) wilden in 2004 zelf hun behandelaar kiezen en 90% wilde dat de behandelaar verschillende behandelingsmogelijkheden met hen bespreekt (Westert en Verkleij, 2006). Daarnaast is keuzevrijheid een voorwaarde voor gereguleerde marktwerking. Dit is alleen mogelijk als de zorggebruiker de rol van kiezende consument kan vervullen. Ten slotte is keuzevrijheid een middel om de kwaliteit te verbeteren. Het is aangetoond dat zorgaanbieders geprikkeld worden om hun kwaliteit te verbeteren wanneer zij hun prestaties publiekelijk vergeleken zien met andere zorgaanbieders (Groenewoud et al., 2006; Lugtenberg en Westert, 2007).

We meten de stand van zaken aan de hand van de volgende drie vragen:

- 1 In welke mate ervaren mensen beperkingen in hun keuzevrijheid, met name bij het vinden van een huisarts of het veranderen van zorgverzekeraar?
- 2 Hoeveel mensen maken gebruik van bestaande keuzemogelijkheden, met name het persoonsgebonden budget (pgb) in de langdurige zorg en de vergrote keuzemogelijkheden binnen de zorgverzekeringen sinds in 2006 de acceptatieplicht voor de basisverzekering van kracht werd?
- 3 Hoeveel mensen zoeken (succesvol) naar informatie over de zorg, sinds de invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in 2006?

## Indicatoren

- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Aantal personen met een persoonsgebonden budget
- Percentage verzekerden dat verandert van zorgverzekeraar
- Percentage verzekerden dat beperkingen heeft ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeringen
- Aantal mensen dat zoekt naar informatie over de zorg

## Stand van zaken

### **Ruim 11% van de mensen ervaart problemen met het vinden van een huisarts; dat is minder dan in 2006**

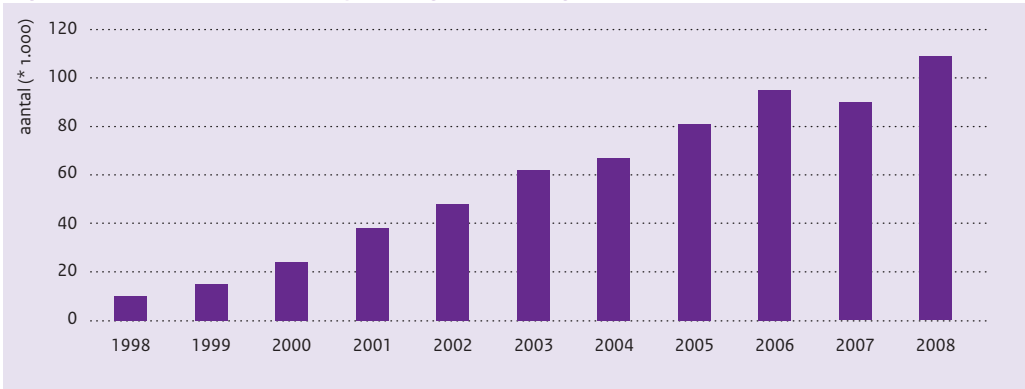
In een enquête onder zorgconsumenten gaf 11,2% aan problemen te hebben ondervonden bij het vinden van een huisarts. Dit zijn alleen de mensen die korter dan twee jaar ingeschreven stonden bij hun huidige huisarts. Ruim 20% van deze groep kwalificeerde dit probleem als groot. De overige 80% vond het een klein probleem. In 2006 was het percentage dat problemen ervoer met het vinden van een huisarts nog 14,5% (De Boer et al., 2007). Hoewel het vinden van een huisarts niet altijd vanzelf gaat, blijkt dat vrijwel iedereen staat ingeschreven bij een huisarts.

### **Het aantal gebruikers van een persoonsgebonden budget voor de Awbz blijft toenemen**

Iedereen die door een ziekte, handicap of door ouderdom Awbz-zorg nodig heeft, komt in aanmerking voor een pgb-Awbz. Met dit pgb kiezen cliënten zelf hun hulpverlener en bepalen zij zelf op welk moment de zorg wordt verleend. Ook bepalen cliënten zelf welke Awbz-functies zij inkopen. Dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn. Per 1 januari 2007 is de reikwijdte van de Awbz kleiner geworden. De financiering van huishoudelijke verzorging ging van de Awbz over naar de Wmo.

Sinds de invoering in 1998 en juli 2006 is het aantal pgb-houders voor Awbz-zorg toegenomen van 10.000 tot bijna 95.000. In 2007 nam dit aantal (exclusief pgb's voor huishoudelijke verzorging) af tot bijna 90.000. Wanneer echter rekening gehouden wordt met de overheveling van budgethouders naar de Wmo, dan zou dit aantal ongeveer 30.000 meer bedragen. Tot 31 december 2008 nam het aantal pgb-houders weer toe tot 109.000 (zie *figuur 3.8.1*).

**Figuur 3.8.1: Aantal houders van een persoonsgebonden budget, 1998-2008**



(Bron: VWS, 2007d; CVZ data, 2008; VWS, 2009a)

Eén op de drie budgethouders koopt met zijn pgb uitsluitend zorg in bij mantelzorgers. Eén op drie koopt zorg in bij zowel mantelzorgers als professionele hulpverleners of zorginstellingen. De rest koopt uitsluitend zorg in bij zorginstellingen. Het percentage jeugdigen met een pgb in de leeftijd tot en met 17 jaar is gestegen van 16% in 2003 tot 27% in 2006. In het eerste kwartaal van 2007 is het aandeel jeugdigen 4% van het totaal aantal budgethouders. Ongeveer 25% hiervan heeft de basisschoolleeftijd. Een mantelzorger die geld krijgt uit een pgb levert circa acht uur betaalde zorg per week en daarnaast veertien uur onbetaalde zorg. In 2009 bedraagt het subsidieplafond 2.281 miljoen euro.

### **Ongeveer 3,5% van de verzekerden veranderde in 2009 van zorgverzekering**

In 2009 was het percentage mensen dat overstapte naar een andere zorgverzekeraar 3,5%. Dat was gelijk aan het percentage in 2008 (zie *figuur 3.8.2*). In 2006 (het jaar van de invoering van de Zvw) veranderde 18% van de mensen van zorgverzekeraar. Dit was een hoog percentage, zowel ten opzichte van de voorgaande jaren als ten opzichte van de jaren erna.

Vektis geeft drie verklaringen voor de lage verzekerdenmobiliteit van de laatste jaren. Ten eerste kan de lage mobiliteit verklaard worden doordat de meeste verzekerden op dit moment tevreden zijn met hun huidige zorgverzekeraar (al lijkt men kritischer te kijken naar de aanvullende verzekering). Daarbij is het wel de vraag in hoeverre hier van tevredenheid gesproken kan worden. Het lijkt er volgens Vektis op dat zorgverzekeringen weer verworden zijn tot een 'low involvement product'. Ten tweede zullen collectiviteiten voor individuele verzekerden vermoedelijk ook leiden tot een daling van de verzekerdenmobiliteit. Ten slotte zien de meeste verzekerden zowel qua prijs (het verschil tussen individuele jaarpremies is maximaal € 183,-) als qua product weinig verschil tussen de verschillende zorgverzekeraars (Vektis, 2009).

De verwachting voor de toekomst is dat verzekerden toch weer kritischer gaan kijken naar wat voor soort polis zij hebben. De tendens dat steeds meer individueel verzekerden geen aanvullende verzekering nemen (of een aanvullende verzekering met beperktere dekking) lijkt zich door te zetten. De zorgverzekeraars hebben na de stelselwijziging getracht om door middel van concurrentie op de premie zoveel



mogelijk verzekerden binnen te halen. Uit eerdere mobiliteitsonderzoeken van Vektis blijkt echter dat de prijselasticiteit van zorgverzekeringen beperkt is. Tegelijkertijd is er weinig ruimte meer voor premieverlaging zonder verlies op de basisverzekering te lijden (Vektis, 2009). Volgens de laatste schattingen zal 4% tot 5% van de Nederlanders in 2010 voor een andere zorgverzekering hebben gekozen (Vektis, 2009). Er bestaat geen consensus over een gewenst percentage voor de verzekerdenmobiliteit.

**Figuur 3.8.2: Percentage verzekerden dat veranderde van zorgverzekeraar, 2001, 2003, 2005-2009**



(Bron: Laske-Aldershof en Schut, 2005; NZa, 2006; NZa, 2007a; Vektis, 2009)

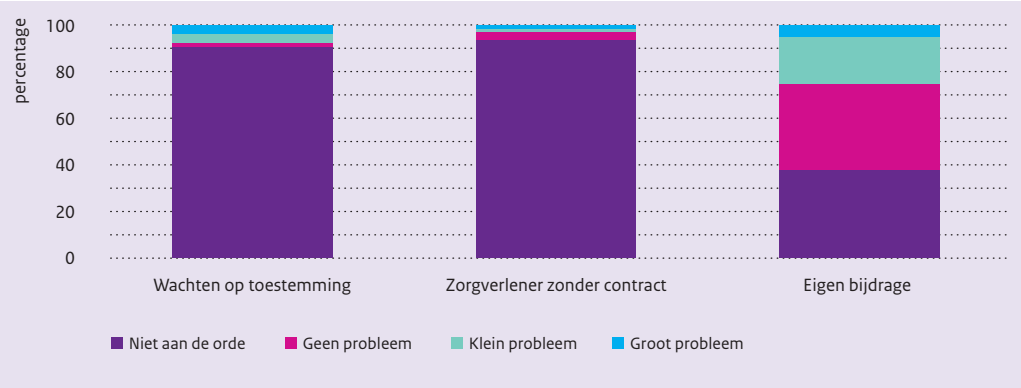
### **Van de verzekerden geeft 5% of minder aan dat hun keuzevrijheid sterk beperkt werd door hun zorgverzekeraar**

Uit secundaire analyses op data die verzameld zijn met de CQ-index Zorg en Zorgverzekering (Zwijnenberg et al., 2009) blijkt dat 9,3% van de respondenten in het voorgaande jaar wel eens heeft moeten wachten op toestemming van de zorgverzekeraar voor een bepaalde vorm van zorg. Ongeveer 39% van de respondenten die hebben moeten wachten blijkt dat een groot probleem te vinden. Dat betekent dat 3,6% van het totaal aantal respondenten het wachten op toestemming daadwerkelijk als groot probleem heeft ervaren.

Tevens gaf 6,1% van de ondervraagden aan een zorgverlener te hebben bezocht die geen contract had met hun zorgverzekeraar. Door 20% van deze mensen werd dat als een groot probleem ervaren. In totaal ging het dus om 1,2% van de ondervraagden.

Ten slotte gaf 61,9% van de ondervraagden aan dat zij in het voorgaande jaar een eigen bijdrage moesten betalen voor ontvangen zorg. Van deze mensen ervoer 8% dit als een groot probleem. Dat is dus 5% van de ondervraagden.

**Figuur 3.8.3: Percentage verzekerden dat aangeeft door de zorgverzekeraar beperkt te zijn in hun keuzevrijheid, 2008**



(Bron: CKZ / NIVEL, 2010)

### **Er zijn nog steeds barrières voor een effectief gebruik van kwaliteits- en keuze-informatie op het internet**

79% van de bevolking heeft wel eens informatie gezocht op internet over gezondheid, medicijnen, gezondheidsklachten of over bepaalde ziekten en behandelingen. Rond 90% van de bevolking staat positief tegenover het zelf zoeken van informatie hierover via internet en 95% van de bevolking vindt het belangrijk om zelf te kunnen kiezen naar welke zorgverlener men gaat. Een derde tot de helft van de bevolking zou de geboden informatie ook daadwerkelijk gebruiken om een keuze voor een zorgaanbieder of instelling te maken. Bovenstaande gegevens zijn afkomstig van een TNS NIPO onderzoek in opdracht van kiesBeter.nl (Van Wensveen en Brouwer, 2010).

In 2006 werd internet nog maar weinig gebruikt bij het kiezen van een ziekenhuis (10% soms, 1% meestal) of een medisch specialist (12% soms, 1% meestal) (SCP, 2006). Hoewel de resultaten door een andere onderzoekspopzet niet helemaal te vergelijken zijn, zijn de percentages uit 2010 beduidend hoger: 67% gebruikt internet bij het zoeken naar informatie over een ziekenhuis. Bij de zoektocht naar informatie over specialisten gebruikt 63% internet. Het gebruik van internet als bron van informatie over zorg en gezondheid lijkt dus sterk toe te nemen.

De websites die kwaliteits- en keuze-informatie bieden over zorgverzekeringen en zorgaanbieders blijken nog niet helemaal te bieden wat ze beogen. Er worden veel vergelijkingsmogelijkheden en veel informatie geboden, maar juist de hoeveelheid blijkt vaak een barrière te zijn voor gebruikers. Ook blijkt de interpretatie van gedetailleerde informatie die beschikbaar is, voor problemen te zorgen (Damman et al., 2009).

## Conclusie

De verruimde keuzevrijheid binnen het nieuwe zorgverzekeringsstelsel heeft (samen met de concurrentie tussen zorgverzekeraars) geleid tot een toename van verzekerdenmobiliteit in 2006. Daarna is de verzekerdenmobiliteit echter weer afgenomen. Verzekerden ervaren over het algemeen weinig beperkingen in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeraars en zorgverzekeringen. Het aantal mensen dat kiest voor een pgb blijft toenemen. Eén op de zes Nederlanders die langdurige zorg nodig hebben, kiest nu al voor een pgb. Het internet wordt een steeds belangrijkere bron bij de zoektocht naar kwaliteits- en keuze-informatie over zorgaanbieders. De ontsluiting van deze informatie is echter nog volop in ontwikkeling. De hoeveelheid en pluriformiteit van de informatie is een belangrijke barrière.

Op een aantal punten zijn er sinds de vorige Zorgbalans positieve ontwikkelingen op het gebied van keuzevrijheid. Er is echter nog weinig zicht op de vraag wat voor verschillende groepen burgers een optimale mix is van enerzijds keuzemogelijkheden en de daarbij behorende keuze-informatie en anderzijds de hoogte van de verzekeringspremies.



# 4

## Zorguitgaven en doelmatigheid

### 4.1 Hoe beoordelen we de zorguitgaven?

De hoogte van de zorguitgaven is al jaren een belangrijk thema in het debat over de gezondheidszorg. De economische terugval en de verslechtering van de overheidsfinanciën hebben dit de afgelopen tijd nog eens versterkt. Of de uitgaven aan zorg te hoog of te laag zijn, is echter niet zomaar met objectieve maatstaven vast te stellen. Jaarlijks wordt op politiek niveau de hoogte van het totale budget voor de gezondheidszorg vastgesteld. In de afwegingen die hierbij gemaakt worden, spelen onder andere voorkeuren over de hoogte van de collectieve lasten, het belang van andere publieke sectoren, en de mate van solidariteit een belangrijke rol. Tot op welke hoogte zijn we bereid de zorg collectief te financieren? Verschillende indicatoren kunnen meer houvast geven bij de beoordeling van de zorguitgaven en het maken van deze keuzes.

In dit hoofdstuk geven we eerst een indruk van de ontwikkeling in zorguitgaven op landelijk niveau. Daarbij komen de volgende vragen aan de orde: hoeveel geven we meer uit dan voorgaande jaren?; is dit in lijn met de landen om ons heen?; en, hoe verhoudt dit zich tot het bruto binnenlands product? Daarnaast rapporteren we over de ontwikkeling in verschillende zorgsectoren en determinanten van zorguitgaven, zoals prijs en volume.

Vervolgens besteden we aandacht aan de betaalbaarheid van de zorg op macroniveau. Betaalbaarheid staat voor de relatie tussen kosten en beschikbare middelen. Er worden drie indicatoren bestudeerd. Als eerste wordt aangesloten bij de gedachte van Chernew et al. (Chernew et al., 2003; Chernew et al., 2009). Zij hanteerden de volgende definitie: “zolang de uitgaven aan alle andere producten en diensten naast gezondheidszorg (of: totale inkomen - zorguitgaven) niet dalen, is de zorg betaalbaar”. In deze analyse staat centraal welk deel van de inkomensgroei aan de zorg wordt besteed. Vervolgens richten we

ons op de verhouding tussen de gezondheidszorg en andere publieke sectoren, zoals onderwijs. De uitgaven aan deze sectoren worden voor een belangrijk deel gefinancierd met belastingen en premies. De overheid is over het algemeen niet snel geneigd belastingen en premies te laten stijgen, onder andere omdat dit kan leiden tot koopkrachtverlies. Als gevolg hiervan kan een sterkere groei van de ene collectieve sector ten koste gaan van uitgavengroei in andere collectieve sectoren. De laatste indicator over macro-betaalbaarheid geeft de collectieve zorguitgaven per werkende weer, vanuit een internationaal perspectief. De premies voor het collectief gefinancierde deel van de zorg, zoals de Awbz-premie, worden geheven op inkomen uit arbeid. De hoogte van de collectieve uitgaven aan zorg heeft daarmee effect op de kosten van arbeid en het kostenniveau in de economie. Dit effect is mede afhankelijk van het aantal werkenden dat de collectieve zorglasten moet dragen.

Betaalbaarheid speelt niet alleen op macroniveau, maar ook op het niveau van huishoudens. Wanneer er op macroniveau voldoende middelen beschikbaar zijn voor de zorg, wil dat nog niet zeggen dat de zorg ook voor ieder huishouden betaalbaar is. Dit solidariteitsaspect komt in *paragraaf 3.2* over financiële toegankelijkheid aan de orde.

Ongeacht de uitkomst in termen van betaalbaarheid, kan een toe- of afname in zorguitgaven *wenselijk* worden geacht. Dit hangt vooral af van de opbrengsten die met de zorguitgaven worden gegenereerd, bijvoorbeeld in termen van gezondheidswinst, en de waarde die aan deze opbrengsten wordt gehecht. We kunnen ons dan ook niet beperken tot het analyseren van de zorguitgaven in vergelijking tot andere landen, het bbp, of voorgaande jaren. In *paragraaf 4.3* staat daarom de prijs-kwaliteit verhouding van het zorgsysteem centraal, ofwel de doelmatigheid. Kortgezegd staat doelmatigheid voor de verhouding tussen de middelen die worden ingezet in de zorg en de opbrengsten die met deze ingezette middelen worden behaald. Doelmatigheid onderscheidt zich van kostenbeheersing, die louter is gericht op het reduceren van de middelen, ongeacht of dit leidt tot een slechtere verhouding tussen middelen en opbrengsten.

De toenemende aandacht voor doelmatigheid komt zowel in onderzoek als in overheidsbeleid naar voren. Zo was een van de belangrijke doelen van de recente wijzigingen in het zorgstelsel een verbetering van de prijs-kwaliteit verhouding, ofwel van de doelmatigheid van het systeem. Daarbij heeft de financiële crisis voor extra focus op doelmatigheid gezorgd. “Doelmatigheid is meer dan ooit geboden”, stelde de Rijksbegroting voor 2010 (Rijksbegroting, 2009).

### **Indeling van het hoofdstuk**

De onderdelen zorguitgaven en doelmatigheid vormen de hoofdmoot van dit hoofdstuk. De financiële resultaten van zorginstellingen en zorgverzekeraars komen aan het eind van het hoofdstuk aan bod. Informatie over de (arbeids)productiviteit in de zorg is verwerkt in de paragrafen over uitgaven en doelmatigheid.

De indeling ziet er als volgt uit:

- Zorguitgaven (*paragraaf 4.2*)
- Doelmatigheid (*paragraaf 4.3*)
- Financiële positie zorginstellingen en zorgverzekeraars (*paragraaf 4.4*)

## 4.2 Ontwikkeling van de zorguitgaven

### Kernbevindingen

- In 2008 bedroegen de uitgaven aan zorg € 56 miljard volgens het Budgettair Kader Zorg en € 79 miljard volgens de Zorgrekeningen
- De uitgavengroei was in de periode 2007-2009 groter dan in de voorgaande jaren
- In 2007 gaf Nederland 9% van het bruto binnenlands product uit aan zorg; dat was een gemiddeld niveau ten opzichte van andere landen. In 2009 is dit percentage substantieel toegenomen
- Tussen 2000 en 2008 vertoonde de uitgavengroei in de verschillende zorgsectoren een vergelijkbaar patroon. De groei in 2008 en 2009 was, volgens voorlopige cijfers, het sterkst in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de paramedische zorg en de ziekenhuiszorg
- De volumegroei was na 2003 de belangrijkste determinant van de uitgavengroei
- De zorguitgaven groeiden de afgelopen decennia sneller dan het nationaal inkomen. Er bleef ruimte voor groei in uitgaven aan andere producten en diensten
- Het aandeel van de gezondheidszorg in de totale collectieve uitgaven is sinds 2000 gestegen van 13% tot 19%
- De collectieve zorguitgaven per werkende lagen in 2007 rond het gemiddelde van de westerse OECD-landen

### Hoe we de ontwikkeling van de zorguitgaven vaststellen

We vergelijken de zorguitgaven over de tijd en internationaal volgens verschillende definities. Zo wordt de uitgebreide Zorgrekeningen definitie van het CBS gehanteerd (CBS, 2006). Hierin worden alle uitgaven aan zorg meegenomen, zowel het collectief gefinancierde deel, de aanvullend verzekerde zorg als de zorg die mensen direct uit eigen zak betalen. De Zorgrekeningen bevatten een aantal voorzieningen die het ministerie van VWS tot het terrein van welzijn en maatschappelijke ondersteuning rekent, zoals kinderopvang. De Zorgrekeningen zijn ongevoelig voor wijzigingen in het basispakket en het meest bruikbaar voor het analyseren van trends. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) wordt gebruikt wanneer het collectief gefinancierde deel van de zorguitgaven centraal staat. Het BKZ is het uitgavenkader waarvoor de minister verantwoordelijk is en waarin de premiegefinancierde zorguitgaven worden meegeteld. Voor internationale vergelijkingen wordt gebruik gemaakt van de internationaal gangbare definities van zorg en zorguitgaven, zoals die gehanteerd worden in het System of Health Accounts (SHA) van de OECD (OECD, 2000; OECD Health Data, 2009). Het belangrijkste verschil tussen het SHA en de Nederlandse definities is dat een aantal voorzieningen niet meetelt in het SHA, zo blijven uitgaven aan verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg buiten beschouwing. Vanuit bovengenoemde perspectieven bekijken we de zorguitgaven ten opzichte van het bruto binnenlands product (bbp) en ten opzichte van andere sectoren. Ook worden determinanten van uitgavengroei, zoals prijs en volume beschreven.

Data over het BKZ en de Zorgrekeningen zijn tot en met 2009 beschikbaar. De uitkomsten over 2008 en 2009 zijn nog niet definitief en moeten dus met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Dit geldt ook voor het verschil tussen de BKZ-uitgaven en de Zorgrekeningen. De informatie uit het SHA gaat voor de meeste landen nog niet verder dan 2007. Bij de meeste trends is er, afhankelijk van de beschikbaarheid van data, vijf tot tien jaar teruggekeken in de tijd. In een aantal gevallen is een langere tijdreeks gehanteerd vanwege het belang van de historische context.

## Indicatoren

- Uitgaven aan de gezondheidszorg (totaal en per sector)
- Uitgavengroei in de gezondheidszorg (totaal en per sector)
- Zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product
- Determinanten van zorguitgaven (prijs en volume)
- Uitgaven aan zorg ten opzichte van uitgaven aan andere sectoren
- Uitgaven aan zorg ten opzichte van uitgaven aan andere collectieve sectoren
- Collectieve zorguitgaven per werkende

## De stand van zaken

### **In 2008 bedroegen de uitgaven aan zorg € 56 miljard volgens het Budgettair Kader Zorg en € 79 miljard volgens de Zorgrekeningen**

In 2008 werd binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) ongeveer € 56 miljard aan gezondheidszorg besteed (VWS, 2010a). De BKZ-uitgaven werden voor ruim 80% gefinancierd via de zorgpremies (Awbz-premie, nominale Zvw-premie, en inkomensafhankelijke bijdrage Zvw). Deze werden aangevuld met eigen betalingen en rijksbijdragen. De rijksbijdragen komen ten laste van de Rijksbegroting en bevatten onder andere de bijdrage aan zorg voor kinderen (zo'n € 2 miljard) en de rijksbijdragen aan de Awbz (een kleine € 5 miljard). Een andere omvangrijke gezondheidszorgpost op de Rijksbegroting was de zorgtoeslag (ongeveer € 3,5 miljard).

Volgens de Zorgrekeningen werd in 2008 € 79 miljard uitgegeven aan zorg (CBS Statline, 2009j). *Figuur 4.2.1* toont hoe dit bedrag is verdeeld over de verschillende zorgsectoren. Het aandeel van de verschillende sectoren in de totale uitgaven bleef over de jaren heen nagenoeg gelijk. Het grootste deel van de uitgaven ging in 2008 naar de ziekenhuiszorg (€ 20 miljard) en de ouderenzorg (€ 14,8 miljard). De overige sectoren waren aanzienlijk kleiner: huisartsenpraktijken € 2,4 miljard, GGZ € 5,6 miljard, leveranciers van geneesmiddelen € 6,1 miljard en gehandicaptenzorg € 7,2 miljard.

Volgens voorlopige cijfers bedroegen de zorguitgaven in 2009 € 84 miljard volgens de Zorgrekeningen (CBS Statline, 2009j) en € 59 miljard volgens het BKZ (VWS, 2010a).



**Figuur 4.2.1: Zorguitgaven per sector (€ miljard), 2000-2008**



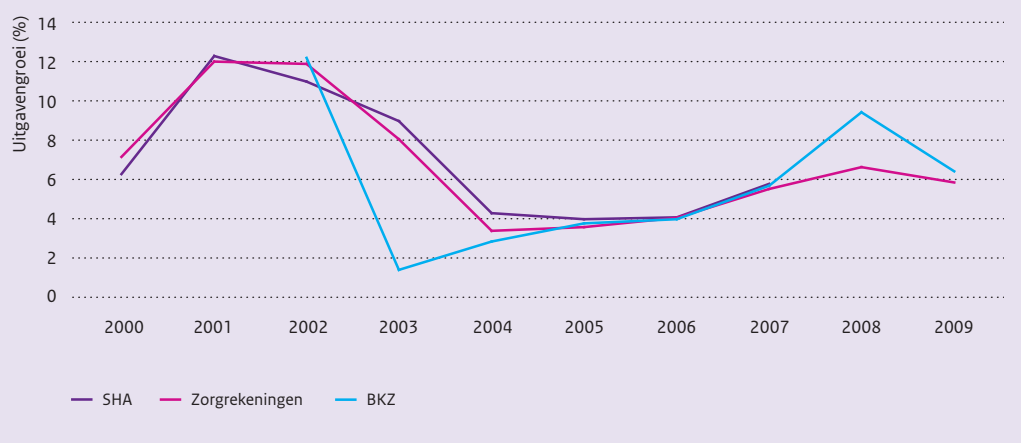
(Bron: CBS Statline, 2009)

\* Overig bestaat uit: GGD'en, arbo- en re-integratiebedrijven, leveranciers van therapeutische middelen, verstrekkers van ondersteunende diensten, verstrekkers van overige gezondheidszorg, verstrekkers van kinderopvang, verstrekkers van jeugdzorg, internaten, sociaal cultureel werk, verstrekkers van overige welzijnszorg en beleid en beheer

### De uitgavengroei was in de periode 2007-2009 groter dan in de voorgaande jaren

Figuur 4.2.2 laat zien dat de nominale (totale) uitgavengroei tussen 2007 en 2009 hoger was dan de jaren ervoor, ongeacht de gehanteerde definitie van zorguitgaven. De groei bedroeg in deze periode gemiddeld 6% volgens de Zorgrekeningen en 7% volgens het BZK (CBS Statline, 2009j; VWS, 2010a). In het afgelopen decennium was er tussen 2001 en 2003 sprake van een sterke groei in zorguitgaven. Na een vervolgens scherpe daling van de groei, liep deze de afgelopen jaren dus weer op. In de vorige Zorgbalans werd gerapporteerd dat het begrote budget tussen 2003 en 2007 werd overschreden, dit was ook in 2008 het geval.

**Figuur 4.2.2: Jaarlijkse nominale uitgavengroei (%), 2000-2009**



(Bron: VWS, 2009b; VWS, 2010a; CBS, 2009b; OECD Health Data, 2009)

BKZ = Budgettair Kader Zorg (= netto BKZ + eigen betalingen); SHA = System of Health Accounts

Figuur 4.2.3 toont de uitgavengroei vanuit internationaal perspectief. Omwille van de vergelijkbaarheid is gecorrigeerd voor inflatie en groei in bevolkingsomvang. Nederland had tussen 2000 en 2007 een gemiddelde reële uitgavengroei vergeleken met de overige landen in *figuur 4.2.3*. De uitgavengroei was bovengemiddeld in de jaren 2001-2003 en in 2007. Overigens zag de meerderheid van de westerse OECD-landen een relatief sterke groei tussen 2001 en 2003 (OECD, 2009).

Helaas kan niet op een gedetailleerde wijze rekening worden gehouden met de vergrijzing en de effecten ervan in verschillende landen, omdat internationaal gedifferentieerde data (als uitgaven naar leeftijd) ontbreken. Eerdere studies geven wel aanwijzingen dat de mate van vergrijzing nauwelijks invloed heeft op internationale verschillen in het niveau van de zorguitgaven en uitgavengroei (zie bijvoorbeeld Richardson en Robertson, 1999; Reinhardt, 2003). Ierland en het Verenigd Koninkrijk, de landen die hoogste stijging lieten zien, hebben het afgelopen decennium een beleidskeuze gemaakt voor extra investeringen in de zorg.

**Figuur 4.2.3: Gemiddelde jaarlijkse reële uitgavengroei per inwoner (%), 2000-2007<sup>a</sup>**



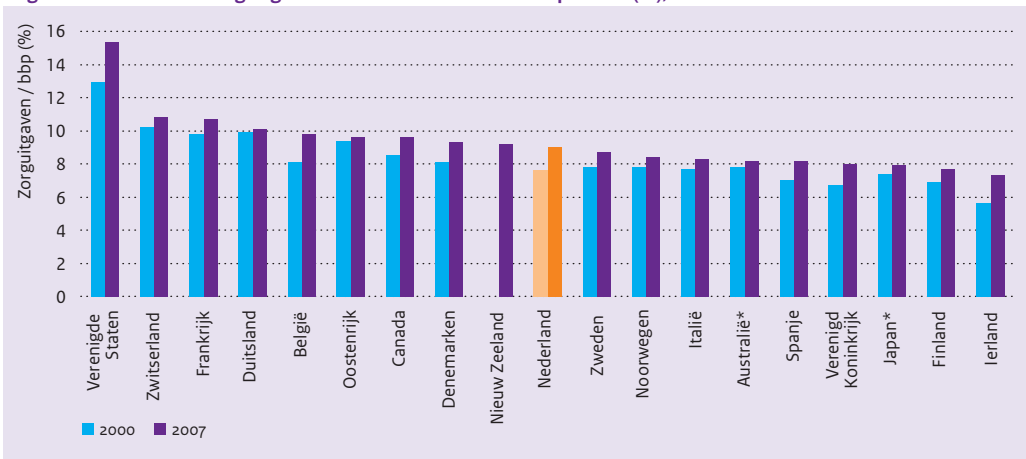
(Bron: OECD Health Data, 2009)

<sup>a</sup> Uitgaven aan verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg tellen in de internationale definitie niet mee

**In 2007 gaf Nederland 9% van het bruto binnenlands product uit aan zorg; dat was een gemiddeld niveau ten opzichte van andere landen. In 2009 is dit percentage substantieel toegenomen**

Het aandeel van de zorguitgaven, volgens het System of Health Accounts, in het bbp (zorgquote) bedroeg 9% in 2007. Dit is internationaal een gemiddeld niveau (zie *figuur 4.2.4*). De figuur laat zien dat dit percentage in alle landen is gegroeid in de loop van de tijd. In Nederland was de groei bovengemiddeld. Van de westerse OECD-landen geven de Verenigde Staten, Zwitserland, Frankrijk en Duitsland al verschillende jaren relatief het grootste deel van hun inkomen uit aan gezondheidszorg, met de Verenigde Staten als duidelijke uitschieter.

**Figuur 4.2.4: Aandeel zorguitgaven in het bruto binnenlands product (%), 2000 en 2007**



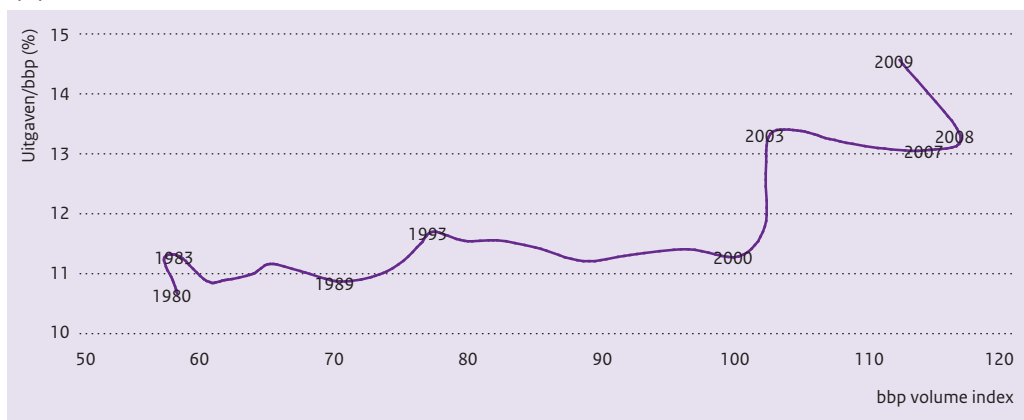
(Bron: OECD Health Data, 2009)

\* 2006, geen data beschikbaar voor 2007

Volgens de Zorgrekeningen vormden de zorguitgaven 13% van het bbp in 2008 (zie *figuur 4.2.5*; dit kan dus niet worden vergeleken met *figuur 4.2.4*!). Het CPB berekende voor 2009 een daling in het bbp van 4% (CPB, 2010). Voor 2009 is voorlopig geschat dat de zorguitgaven zijn toegenomen met 6% (Rijksbegroting, 2009; CBS Statline, 2009j). Wanneer we deze groeicijfers voor 2009 aanhouden, zou het aandeel van de zorguitgaven in het bbp in 2009 zijn toegenomen tot ruim 10% volgens de OECD-definitie en tot ruim 14% volgens de Zorgrekeningen. In vele landen zal de zorgquote, mede afhankelijk van het gevoerde beleid sneller of langzamer, zijn gestegen.

*Figuur 4.2.5* toont de uitgaven als percentage van het bbp ten opzichte van het bbp. Om te illustreren dat bij een geringere economische groei (uitgedrukt in bbp) de zorguitgaven niet direct meeveranderen is in deze figuur een langere tijdspanne genomen. In tijden van tegenvallende economische groei stijgt het aandeel van de zorguitgaven in het bbp sterker (bijvoorbeeld begin jaren '80, in 2000-2003 en in 2009).

**Figuur 4.2.5: Aandeel zorguitgaven in het bruto binnenlands product afgezet tegen het bbp volume (2000=100) (%), 1980-2009<sup>a</sup>**



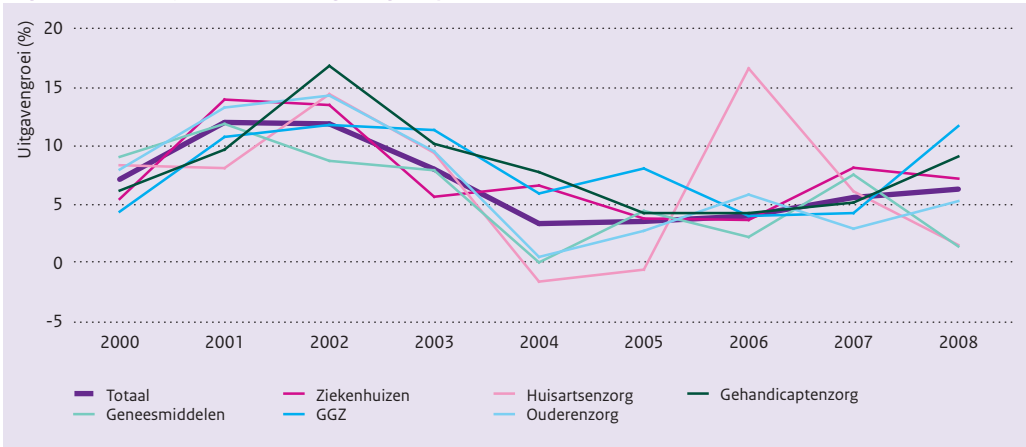
(Bron: CBS Statline, 2010c; CBS Statline, 2009j; OECD Health Data, 2009; databewerking RIVM)

<sup>a</sup>BBP volume van 2009 is geschat op basis van de verwachte nominale bbp groei en maandelijkse inflatie tot nu toe (CPB, 2010; CBS Statline, 2010c)

**Tussen 2000 en 2008 vertoonde de uitgavengroei in de verschillende zorgsectoren een vergelijkbaar patroon. De groei in 2008 en 2009 was, volgens voorlopige cijfers, het sterkst in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de paramedische zorg en de ziekenhuiszorg**

*Figuur 4.2.6* toont de jaarlijkse nominale uitgavengroei voor de verschillende zorgsectoren tussen 2000 en 2008 (CBS Statline, 2009j). De uitgavengroei vertoonde in de verschillende sectoren een vergelijkbaar patroon in deze periode. De voorlopige Zorgrekeningen cijfers van 2008 laten zien dat de uitgavenstijging voor de geneesmiddelen en huisartsenzorg in 2008 beperkt was. De GGZ kende een grotere groei, evenals de gehandicaptenzorg en de ziekenhuizen.

**Figuur 4.2.6: Jaarlijkse nominale uitgavengroei per sector (%), 2000-2008**



(Bron: CBS Statline, 2009j)

Op een aantal momenten viel een grotere uitgavenstijging samen met de invoering van nieuwe vormen van bekostiging (prijs- en volume-effecten worden in het vervolg besproken). In de vorige Zorgbalans werd al gerapporteerd over de uitgavenstijging in de huisartsenzorg in 2006 na de invoering van een nieuw bekostigingssysteem. In 2008 wijzigde de financiering van medisch specialisten in 'prestatiebekostiging' met als basis een aan diagnose behandeling combinaties (dbc) gekoppeld normtarief waarover binnen een bandbreedte kon worden onderhandeld (NZa, 2009a). De honoraria bleken achteraf te hoog te zijn vastgesteld (zo'n € 375 miljoen). Vanaf 2010 zullen de tarieven worden aangepast om dit te herstellen (NZa, 2009a). Het CVZ schatte voor 2008 de totale stijging van de lasten van honoraria op € 600 miljoen (CVZ, 2009a). De sterke uitgavenstijging in de GGZ in 2008 volgde op de opsplitsing van de GGZ in een Zvw-deel (geneeskundige GGZ) en een Awbz-deel (langdurige GGZ). Voor het Zvw-deel is een dbc-systeem ingevoerd. De uitgavenstijging komt bovenop de eenmalige lastenverschuiving die door het invoeren van het dbc-systeem is veroorzaakt. In dit nieuwe systeem worden de lasten geboekt in het jaar waarin de dbc wordt geopend en zijn er dus uitgaven geboekt waarvan de zorg pas na 2008 geleverd werd (ongeveer € 600 miljoen) (CVZ, 2009a). In *figuur 4.2.6* is hiervoor gecorrigeerd.

De groei van de gehandicaptenzorg in 2008 kwam voor een belangrijk deel voort uit capaciteitsuitbreiding (CVZ, 2009a). Langdurige zorg gefinancierd via het pgb groeide net als in voorafgaande jaren sterk, met ongeveer 25% (CVZ, 2009a).

### **De volumegroei was na 2003 de belangrijkste determinant van de uitgavengroei**

Voor het analyseren van de uitgavengroei kan een opsplitsing worden gemaakt in prijseffecten en volume-effecten. In *tabel 4.2.1* worden, op macroniveau, de totale groei (nominale groei) en de bijdrage van diverse determinanten van uitgavengroei weergegeven. Een van de determinanten is de demografische trend. Door de groeiende en verouderende bevolking stijgen de totale zorguitgaven jaarlijks met gemiddeld 1%. De inflatie zorgt voor een stijging in prijzen, deze lag tussen 2003 en 2008 tussen de 1% en 2,5% (CBS Statline, 2010c). De overige groei is een restgroep die kan bestaan uit veranderingen in het

zorgaanbod (technologische ontwikkelingen, meer behandelmogelijkheden), grotere zorgvraag (stijgende welvaart, andere preferenties) of een prijsstijging bovenop de gemiddelde inflatie.

**Tabel 4.2.1: Groei zorguitgaven (Zorgrekeningen) en determinanten van de groei (%), 2003-2009<sup>a</sup>**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nominale groei	8,0	3,3	3,5	4,0	5,4	6,6	5,8
Inflatie	2,1	1,2	1,7	1,1	1,6	2,5	1,2
Demografie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Overig	4,9	1,1	0,8	1,9	2,8	3,1	3,6

(Bron: CBS Statline, 2010c; CBS Statline, 2009j; Poos et al., 2008; databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Effect demografie is voor de jaren 1999, 2003, 2005 en 2007 berekend op basis van RIVM data (zie ook Poos et al., 2008); er wordt aangenomen dat dit voor de overige jaren in tabel 4.2.1 gelijk is

Op sectorniveau kan de uitgavengroei en vooral de volumegroei op een meer gedetailleerd niveau worden uitgewerkt. Tabel 4.2.2 laat het effect van prijs en volume zien op de uitgavengroei voor verschillende zorgsectoren (CBS Statline, 2009j). De uitkomsten van 2008 betreffen voorlopige cijfers.

**Tabel 4.2.2: Jaarlijkse groei in prijs en volume per zorgsector (%), 2003-2008<sup>a</sup>**

		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ziekenhuizen	prijs	1,7	0,1	-0,9	0,5	3,8	4,2
	volume	3,9	6,5	4,7	3,1	4,3	2,9
GGZ	prijs	1,2	-2,5	2,7	0,2	-0,3	2,0
	volume	10,1	8,4	5,3	3,8	4,5	9,7
Huisartsenpraktijken	prijs	9,8	-0,9	0,0	14,4	0,0	-0,9
	volume	-0,4	-0,7	-0,6	2,1	6,0	2,3
Ouderenzorg	prijs	5,0	-2,0	0,0	0,3	0,9	2,4
	volume	4,4	2,5	2,7	5,5	2,0	2,8
Gehandicaptenzorg	prijs	4,5	0,8	1,4	1,2	4,8	3,3
	volume	5,6	6,9	2,8	2,9	0,3	5,7

(Bron: CBS Statline, 2009j)

<sup>a</sup> Data over volume- en prijsontwikkeling bij leveranciers van geneesmiddelen ontbreken

Het CBS berekent de groeicijfers in tabel 4.2.2, behalve bij de huisartsenzorg, op basis van volume-indicatoren. Het deel van de uitgavengroei dat niet wordt verklaard door volumegroei vormt vervolgens de prijscomponent. Voor de sectoren ziekenhuizen, GGZ, ouderenzorg en gehandicaptenzorg kan de volumegroei dan ook nader worden uitgewerkt. Op basis van CVZ-data (zie CVZ, 2009b) wordt de volume-ontwikkeling van geneesmiddelen beschreven.

### Ziekenhuizen

In de ziekenhuiszorg is sinds 2000 een substantiële volumestijging zichtbaar: het aantal klinische opnames steeg jaarlijks met gemiddeld 3% en het aantal dagopnames met gemiddeld 10% (CBS Statline, 2009k). Deze groei wordt voor een klein deel verklaard door de demografische ontwikkeling (de groei van de bevolking en de vergrijzing) (TNO, 2009). Uit analyses van het RIVM blijkt dat de volumestijging vooral te maken heeft met een toename in nieuwe patiënten (dat wil zeggen patiënten die in de laatste vijf jaar niet zijn opgenomen) en met een groei in 'heropnames' (Poos et al., 2008; Slobbe en Polder, 2008). Patiënten worden na een opname vaker voor iets anders opnieuw opgenomen. In 2007 en 2008 was de uitgavenstijging bij ziekenhuizen iets groter dan de jaren ervoor (CBS, 2009b). Tegelijkertijd was de groei in opnames in deze jaren minder sterk. Een aantal andere factoren zorgden dus voor een prijseffect: zo is het gebruik van (dure) geneesmiddelen en hulpmiddelen verder gestegen, en in 2007 en 2008 stegen de kosten van kapitaal. De afschrijvingskosten namen vooral in 2007 sterk toe (14%) (NVZ, 2009; Vandermeulen, 2009; Blank et al., 2009).

Internationaal gezien ligt het aantal klinische opnames in Nederland nog steeds laag en is het aandeel dagopnames relatief hoog (OECD, 2009). Een prijsaspect dat in Nederland opvalt ten opzichte van andere landen zijn de salarissen van medisch specialisten. Uit onderzoek van de OECD is gebleken dat in ieder geval in de jaren 2003-2004 de salarissen van medisch specialisten in Nederland gemiddeld hoger lagen dan in tien andere vergelijkbare OECD-landen (OECD, 2008b). De impact van de salarishoogte op de totale zorguitgaven wordt gemitigeerd door het relatief lage aantal artsen per inwoner in Nederland.

### Geneesmiddelen

Binnen de geneesmiddelensector was er de afgelopen jaren sprake van een zeer uiteenlopend prijseffect en volume-effect. Er heeft een aanzienlijke prijsreductie plaatsgevonden als gevolg van de Wet geneesmiddelenprijzen, convenanten tussen overheid en industrie en in 2008 ook door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (CVZ, 2009b). Tabel 4.2.3 toont de prijscomponent en de volumecomponent achter de uitgavengroei van extramurale geneesmiddelen in de periode 2004-2008. Tegelijkertijd is het aantal gebruikers van extramurale geneesmiddelen de afgelopen jaren substantieel toegenomen (CVZ, 2009b).

**Tabel 4.2.3: Prijscomponent en volumecomponent achter de uitgavengroei van extramurale geneesmiddelen (€ miljoen), 2004-2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Prijs	5	21	-37	136	-250
Volume	-84	143	175	160	342

(Bron: CVZ, 2009b)

Tabel 4.2.4 toont de volumegroei van een aantal omvangrijke geneesmiddelengroepen. In de periode 2004-2008 kenden de cholesterolverlagers en maagmiddelen een opvallende volumegroei, gemiddeld 10% per jaar. Ook de groei in uitgaven aan dure geneesmiddelen was opvallend, deze zijn tussen 2004 en 2008 meer dan verdubbeld (SFK, 2009).

**Tabel 4.2.4: Aantal gebruikers, gemiddelde jaarlijkse groei aantal gebruikers (%) voor een aantal 'grote groepen' geneesmiddelen, 2004 en 2008 <sup>a</sup>**

	Aantal gebruikers		Jaarlijkse volumegroei
	2004	2008	
Antidepressiva	936.000	978.000	1,1
Cholesterolverlagers	1.046.000	1.591.000	11,1
Astma en COPD middelen	1.361.000	1.552.000	3,3
Maagmiddelen	1.521.000	2.274.000	10,6
Diabetesmiddelen	605.000	749.000	5,5
Slaap- en kalmeringsmiddelen	1.868.000	1.809.000	-0,8
Dure geneesmiddelen			
• Etanercept (reuma, psoriasis)	3112	10394	35,2
• Adalimumab (reuma, psoriasis, Crohn)	2355	6624	44,8

(Bron: CVZ, 2009b; SFK, 2009)

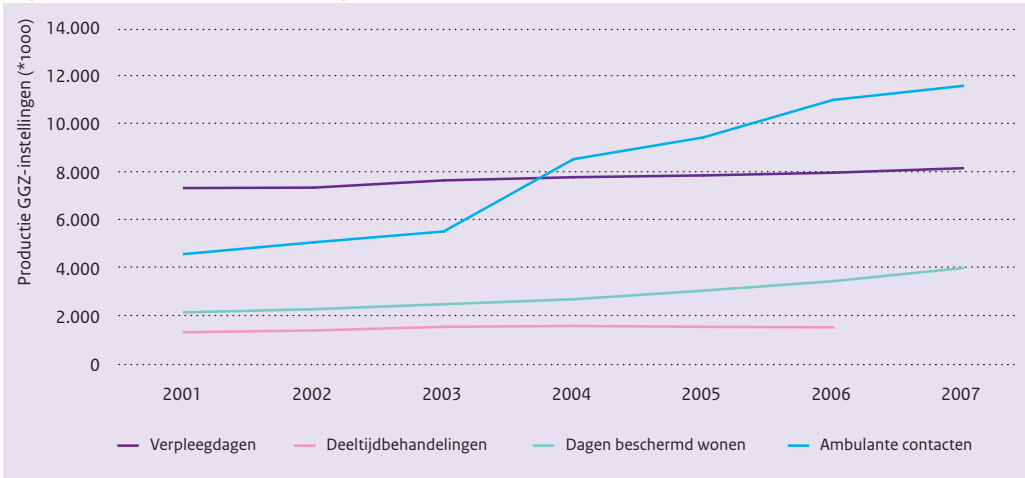
<sup>a</sup> Antidepressiva, cholesterolverlagers, astma en COPD middelen, maagmiddelen, diabetesmiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen op basis van CVZ (2009b) en dure geneesmiddelen op basis van SFK (2009). Een duur geneesmiddel kost volgens de SFK definitie meer dan € 500 per voorschrift

### Geestelijke gezondheidszorg

In de GGZ zijn de uitgaven tussen 2000 en 2007 toegenomen met gemiddeld 8% per jaar en in 2008 stegen de uitgaven met bijna 12% (CBS Statline, 2010c). De belangrijkste oorzaak van deze groei was een toename in het volume (zie tabel 4.2.2). Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar ambulante contacten, klinische verblijfdagen en deeltijdsessies (behandeling in dagdelen) blijkt dat de volumegroei voornamelijk plaatsvond in de ambulante contacten.



Figuur 4.2.7: Productie GGZ-instellingen (\*1000), 2001-2007

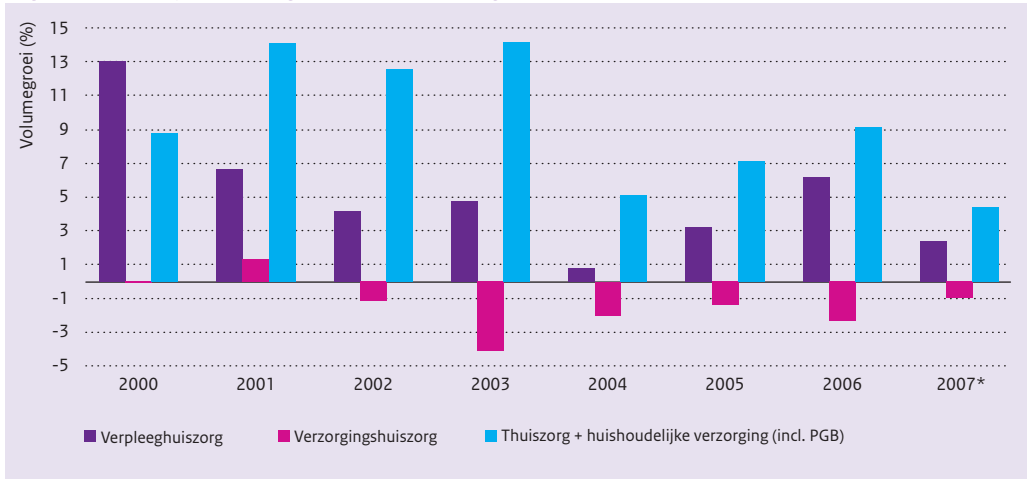


(Bron: Hilderink en Van 't Land, 2009)

### Ouderenzorg

Ook in de ouderenzorg was de volumegroei de laatste jaren de belangrijkste determinant van de uitgavengroei (zie tabel 4.2.2). Het CBS publiceerde onlangs over de volume-ontwikkeling in de ouderenzorg (CBS, 2009c). Over de gehele periode 2000-2007 kende de ouderenzorg een volumegroei van bijna 4% per jaar (CBS, 2009c). Figuur 4.2.8 toont de volumegroei voor verschillende vormen van ouderenzorg; verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg. Het volume wordt berekend op basis van het aantal uren en (lig)dagen geleverde zorg. Wat opvalt is dat de verzorgingshuiszorg qua volume is afgenomen en dat er aanzienlijk meer verpleeghuiszorg en vooral ook extramuraal zorg bij is gekomen. Aangezien het aantal patiënten nauwelijks is gestegen (ruim 1% per jaar), wordt gesproken van zorgintensivering (CBS, 2009c). Er zijn meer uren zorg per patiënt geleverd en de zorgwaarde van de patiënten is toegenomen.

**Figuur 4.2.8: Jaarlijkse volumegroei in de ouderenzorg (%), 2000-2007**



(Bron: CBS data; databewerking RIVM)

\*2007 zijn voorlopige cijfers

### Gehandicaptenzorg

Gemiddeld groeide het volume van de gehandicaptenzorg tussen 2000 en 2007 met 6% per jaar (CBS, 2008). Het volume is hierbij berekend als een gewogen gemiddelde van drie typen gehandicaptenzorg: zorg met verblijf en behandeling (aantal verpleegdagen naar ernst van de beperking en leeftijd), zorg met verblijf zonder behandeling (aantal verpleegdagen naar type beperking en instelling) en zorg zonder verblijf (onder andere aantal dagbestedingsdagen in dagverblijven en aantal uren behandeling thuis). De totale volumegroei kwam vooral voort uit een groei van zorg zonder verblijf (ambulante zorg). In de periode 2000-2004 groeide de gehandicaptenzorg met verblijf met 3% per jaar, terwijl de zorg zonder verblijf in een instelling groeide met ruim 15% per jaar. Na 2004 was de volumegroei lager: een kleine 2% per jaar voor zorg met verblijf en 9% per jaar voor zorg zonder verblijf.

### De zorguitgaven groeiden de afgelopen decennia sneller dan het nationaal inkomen. Er bleef ruimte voor groei in uitgaven aan andere producten en diensten

Wanneer de zorguitgaven jaarlijks sneller stijgen dan het nationaal inkomen, wat in *figuur 4.2.4* al werd getoond, kan dit ten koste gaan van andere bestedingen. Dit is afhankelijk van het deel van de inkomensgroei dat niet wordt ingezet voor gezondheidszorg en 'overblijft' voor overige consumptie. Het deel van de inkomensgroei dat wordt besteed aan gezondheidszorg wordt gehanteerd als indicator voor macro-betaalbaarheid. In een recente studie van Chernew et al. (2009) werd geschat hoe lang het Amerikaanse zorgstelsel nog betaalbaar zou zijn op basis van scenario's voor inkomensgroei, groei van de zorguitgaven en groei van de overige consumptie. Hierbij werd de volgende definitie voor macro-betaalbaarheid gebruikt: de stijging in zorguitgaven is houdbaar zolang de uitgaven aan andere producten en diensten niet hoeven te dalen.

Voor Nederland is een vergelijkbare analyse gedaan. Tabel 4.2.5 laat zien dat tussen 1975 en 2007 in Nederland de gemiddelde jaarlijkse groei in zorguitgaven 1% hoger was dan de toename in het bbp. De tabel toont tegelijk dat er in al die jaren ook ruimte is geweest voor groei in uitgaven aan andere producten en diensten. Tussen 1975 en 2007 namen de zorguitgaven maximaal 22% van de toename in het bruto binnenlands product in beslag, dit was tussen 2000 en 2007.

**Tabel 4.2.5: Gemiddelde jaarlijkse groei in bruto binnenlands product (bbp), zorguitgaven (SHA) en uitgaven aan overige producten en diensten, plus aandeel zorg in de groei van het bbp (%), gecorrigeerd voor inflatie, 1975-2005**

	1975- 2007	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995	1995- 2000	2000- 2007	2007- 2025
Groei bbp	2,0	1,9	0,7	2,8	1,6	3,4	1,5	1,5
Groei zorguitgaven	2,9	3,1	0,8	4,2	2,4	2,7	4,1	2,5
Groei uitgaven overig	1,9	1,8	0,7	2,7	1,5	3,5	0,5	1,4
Aandeel groei zorg- uitgaven in groei bbp	11,7	10,8	7,8	10,8	11,4	6,0	22,0	16,4

(Bron: OECD Health Data, 2009; databewerking RIVM)

In de laatste kolom van tabel 4.2.5 wordt een voorspelling gemaakt voor de periode 2007-2025. Toekomstvoorspellingen over het bbp en de zorguitgaven zijn met de nodige onzekerheid omgeven. Er wordt verondersteld dat de economie gemiddeld met 1,5% per jaar zal groeien (voorzichtige voorspelling; De Kam, 2009). Als de zorg ook in de toekomst gemiddeld 1% harder groeit dan het bbp, blijft er ook tot 2025 ruimte voor groei in overige bestedingen. In dat geval gaat ruim 16% van de inkomensgroei naar de zorg. Volgens deze berekeningen is de uitgavengroei nog wel een aantal jaren houdbaar.

De RVZ hanteerde onlangs een ander scenario. De raad achtte de zorguitgaven houdbaar wanneer deze niet meer dan twee keer zo snel zouden stijgen als de gehele economie (RVZ, 2008). Wanneer we dit maximumscenario doortrekken zal de zorg tegen 2025 ruim 20% van de economische groei innemen (niet in tabel). Volgens de definities van het CPB is een stijging in collectieve uitgaven houdbaar zolang de zorguitgaven meegroeien met het nationale inkomen en geen verhoging van de collectieve lastendruk veroorzaken (Van Ewijk et al., 2006). Gezien de historie van de gezondheidszorg is dit een zeer lastige opgave.

### Het aandeel van de gezondheidszorg in de totale collectieve uitgaven is sinds 2000 gestegen van 13% tot 19%

Een groot deel van de zorg wordt in Nederland collectief gefinancierd (via belastingen en premies die niet gerelateerd zijn aan het werkelijke of verwachte zorggebruik). De betaalbaarheid van dit deel van de zorg wordt dus in grote mate bepaald door de beschikbare middelen uit belastingen en premies. Aangezien belastingen en premies niet snel worden verhoogd zal een sterkere groei in de ene collectieve sector samengaan met een minder sterke groei in andere collectieve sectoren. Na 2000 is het aandeel van de gezondheidszorg in de totale collectieve uitgaven gestegen van 13% tot een kleine 20%. Tabel 4.2.6 toont dat deze trend al sinds de jaren '60 zichtbaar is. Het onderwijs behield in deze jaren een constant aandeel.

**Tabel 4.2.6: Collectieve uitgaven ten opzichte van bruto binnenlands product (%), 1960-2010**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010 <sup>a</sup>
Collectieve uitgaven	33	44	58	56	45	47	51
Openbaar bestuur	8	11	12	12	12	12	13
Onderwijs	4	6	7	6	5	5	6
Sociale zekerheid	7	12	19	17	11	11	13
Zorg	1	3	5	6	6	7	10
Overig	13	12	15	15	11	12	9
Aandeel zorg (%) in collectieve uitgaven	3	6	8	10	13	16	19

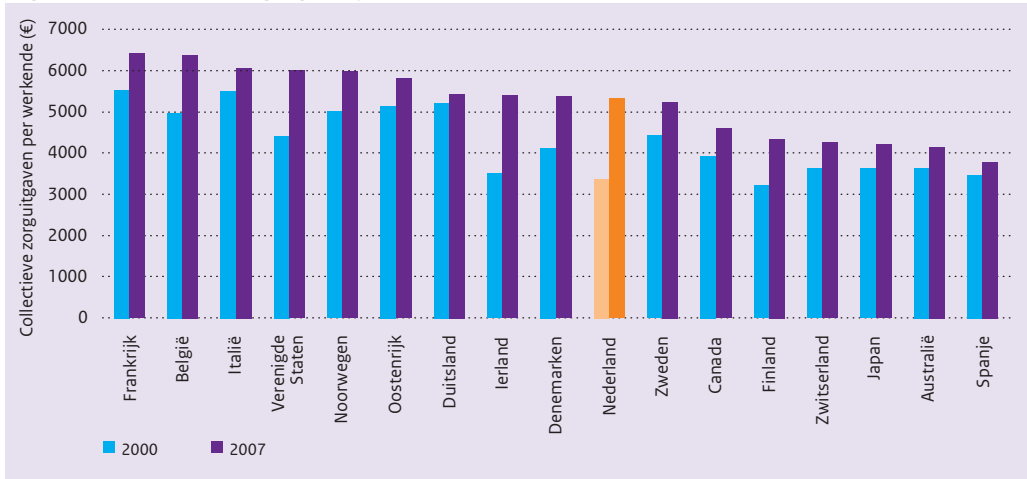
(Bron: De Kam, 2009; CPB, 2009)

<sup>a</sup> 2010 op basis van schatting Centraal Economisch Plan 2009 (CPB, 2009)

### De collectieve zorguitgaven per werkende lagen in 2007 rond het gemiddelde van de westerse OECD-landen

De premies voor het collectief gefinancierde deel van de zorg, zoals de Awbz-premie, worden geheven op inkomen uit arbeid. De hoogte van de collectieve uitgaven aan zorg heeft daarmee effect op de kosten van arbeid en het kostenniveau van producten. Dit effect is mede afhankelijk van het aantal werkenden dat de collectieve zorglasten moet dragen. Figuur 4.2.9 laat zien dat de collectieve zorguitgaven per werkende rond het gemiddelde van de andere westerse OECD landen lagen in 2007. De sterke stijging van Nederland is veroorzaakt door de invoering van de verplichte basisverzekering in 2006 (de voormalig particulier verzekerden maken nu ook onderdeel uit van de collectief verzekerden).

Figuur 4.2.9: Collectieve zorguitgaven per werkende (€), 2000 en 2007 <sup>a</sup>



(Bron: OECD Health Data, 2009; databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Data ontbreken voor het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland

## Conclusie

Tussen 2007 en 2009 groeiden de zorguitgaven sterker dan in de jaren ervoor; gemiddeld 6% volgens de Zorgrekeningen en gemiddeld 7% volgens het BKZ. De uitgavengroei was in deze periode het sterkst in de gehandicaptenzorg, de GGZ en de ziekenhuiszorg. In de GGZ volgt de uitgavenstijging op de opsplitsing van de zorg in een Zw-deel en een Awbz-deel en de introductie van dbc-financiering. In een aantal andere sectoren zijn recentelijke wijzigingen in de bekostiging van zorgaanbieders ook gepaard gegaan met een, al dan niet eenmalige, uitgavenstijging. Dit was het geval bij de nieuwe bekostiging van huisartsen in 2006 en bij het afschaffen van de lumpsum-financiering van medisch specialisten in 2008. De groei van de uitgaven aan gehandicaptenzorg in 2008 is in belangrijke mate veroorzaakt door capaciteitsuitbreiding. In de huisartsenzorg en extramuraal geneesmiddelen was de groei in 2008 beperkt en was vooral sprake van volumegroei. Wanneer we iets verder terugkijken, kan worden geconcludeerd dat sinds 2003 de (vaak aanzienlijke) volumegroei in vrijwel alle sectoren de belangrijkste determinant is geweest van de uitgavengroei.

Internationaal gezien loopt het Nederlandse zorgsysteem nog altijd niet uit de pas als het gaat om de uitgaven aan zorg. Vanuit het oogpunt van internationale concurrentie vormt het uitgavenniveau ook geen probleem, de collectieve uitgaven per werkende lagen rond het gemiddelde van westerse OECD-landen. Verder valt op dat, ondanks dat de zorg in alle jaren sneller groeide dan de totale economie, er altijd ruimte was voor meer uitgaven aan producten en diensten buiten de zorg. De gezondheidszorg neemt tot nu toe maximaal een kwart van de inkomensgroei in beslag. Uit het oogpunt van de collectieve lasten kan er wel een lastige situatie ontstaan. Het aandeel van de zorg in de totale collectieve lasten is na 1990 bijna verdubbeld, van 10% tot bijna 20%. De vraag is of de groei van de gezondheidszorg de groei van andere publieke sectoren in de weg gaat staan. Daarnaast kan de premiehoogte de koopkracht

steeds meer beïnvloeden. In ieder geval, wanneer de collectieve lastendruk niet te veel mag oplopen en ook andere publieke sectoren moeten blijven groeien, kan het historische groeiscenario van de collectief gefinancierde zorg niet heel lang doorzetten (zie ook De Kam, 2009; CPB, 2010). De economische crisis en de verslechtering van de overheidsfinanciën hebben de discussie over de zorguitgaven verder aangewakkerd.

Recent verschenen CPB-rapporten schetsen een somber beeld van de staat van de overheidsfinanciën (CPB, 2010). In welke mate en in welke sectoren als gevolg hiervan wordt ingegrepen is een politieke keuze. Voor de zorg zouden er een aantal opties bestaan, bijvoorbeeld het verkleinen van het basispakket of het verhogen van eigen bijdragen. Deze oplossingen kunnen de betaalbaarheid uit het oogpunt van de collectieve middelen verbeteren, maar zullen meer vragen van burgers en effect hebben op de financiële toegankelijkheid van de zorg. Een andere mogelijkheid is om inefficiëntie binnen de bestaande collectief gefinancierde zorg op te sporen en weg te werken. In dat geval zou het uitgavniveau kunnen worden bijgesteld zonder nadelige effecten op de toegankelijkheid of de kwaliteit van de zorg. Dit betekent dat moet worden gezocht naar verspilling in het systeem of naar zorg met weinig meerwaarde. In *paragraaf 4.3* over doelmatigheid wordt hier verder op ingegaan.

Ondanks dergelijke, eenmalige, ingrepen blijft het vraagstuk van uitgavengroei en de gevolgen ervan voor het zorgstelsel bestaan. Het arbeidsmarkt-vraagstuk voor de zorg (verwachte tekorten) bijvoorbeeld is niet zomaar opgelost wanneer een groter deel van de zorg privaat wordt gefinancierd. Vandaar dat de vraag relevant blijft of er een mogelijkheid is om de uitgavengroei om te buigen? De doorgaande volumegroei en de uitgavengroei ten opzichte van het bbp geven een indicatie dat de gezondheidszorg al jaren een autonome groei doormaakt. Daarbij zien we dat het vooraf vastgestelde macrobudget voor de zorg (BKZ) in de meeste jaren is overschreden. Het vele onderzoek uit de VS over effecten van bijvoorbeeld 'delivery system reform' (integrated care) en 'promarket strategies' (meer markt) op uitgavengroei geven aan dat "an obvious painless solution does not exist" (Chernew et al., 2010).

Uitgavengroei en volumegroei zijn overigens niet per definitie *ongewenst*, aangezien meer zorg ook meer gezondheid en welvaart kan opleveren. In *paragraaf 4.3* wordt hier verder op ingegaan en staat de doelmatigheid van de zorg centraal.

## 4.3 Doelmatigheid

### Kernbevindingen

#### *Macroniveau*

- Vanuit internationaal perspectief kende Nederland tussen 1990 en 2003 een beperkte groei in levensverwachting en een gemiddelde groei in zorguitgaven. Na 2004 was deze verhouding gunstiger
- De vermijdbare sterfte daalde in Nederland tussen 2000 en 2007 sterk, terwijl de uitgavenstijging gemiddeld was
- De stijging in zorguitgaven heeft de gezondheidsverschillen niet verkleind; deze zijn constant gebleven. Op het gebied van klantervaringen zijn de prestaties op het eerste gezicht gunstig, dit geldt in iets mindere mate voor de verpleging en verzorging
- Op macroniveau ontbreekt een totaalbeeld van de administratieve lasten in het zorgsysteem; het aandeel van de uitvoeringskosten voor de zorgverzekeringen in de totale uitgaven is internationaal gezien gemiddeld

#### *Mesoniveau*

- De productiviteit van ziekenhuizen, gemeten aan het aantal opnames en de ingezette middelen, groeide tussen 2003 en 2008 gemiddeld met 2,9%
- Zonder correctie voor case-mix en kwaliteit bestaat er behoorlijke variatie tussen ziekenhuizen in de prijzen van vrij onderhandelbare zorg
- Voor 15 onderzochte diagnoses kunnen regionale verschillen in opnames en operaties niet worden verklaard door de patiëntkenmerken leeftijd en inkomen
- Er is aanzienlijke variatie in ligduur tussen ziekenhuizen; de ligduur is in Nederlandse ziekenhuizen verder afgenomen, maar ligt internationaal gezien nog boven het gemiddelde
- Het hoogste consulttarief van een huisartsenpost was in 2008 ongeveer vijf keer zo hoog als het laagste tarief
- In de geneesmiddelensector is met prijsmaatregelen aanzienlijke winst behaald; toch blijft het gebruik van duurdere varianten groeien
- De hoeveelheid geleverde zorg steeg in de geestelijke gezondheidszorg tussen 2001 en 2007 iets sneller dan de arbeidsinzet
- Tussen 2004 en 2007 groeide de hoeveelheid geleverde ouderenzorg aanzienlijk sneller dan de arbeidsinzet; met eenzelfde hoeveelheid arbeid werden meer uren zorg geleverd
- Het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames in Nederland is internationaal gezien laag
- Verrichtingen binnen de module Modernisatie en Innovatie leiden tot op heden gedeeltelijk tot substitutie van de tweedelij naar de eerstelijns

#### *Dynamische efficiëntie (innovatiegraad)*

- Internationaal gezien scoort Nederland gemiddeld in het toepassen van dotteren, bypass en katheterisatie bij hartaanval
- Nederland heeft internationaal gezien een bovengemiddelde positie wat betreft de toepassing van dagbehandelingen

- De adoptiesnelheid van nieuwe kankermedicijnen is in Nederland gemiddeld
- De verspreiding van nieuwe extramuraal gebruikte geneesmiddelen en het aandeel van nieuwe middelen in de totale geneesmiddelenmarkt namen de laatste jaren af
- Nieuwe behandelmethoden substitueren niet altijd bestaande middelen, zoals blijkt uit het gebruik van oude en nieuwe antistollingsmedicatie
- Het aantal zorgaanbieders dat is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt is begin 2010 toegenomen tot 575 van de ongeveer 6500
- Het gebruik van zorg op afstand in de vorm van videocommunicatie en telebegeleiding is in 2008 gestagneerd

## Hoe we doelmatigheid vaststellen

Doelmatigheid wordt veelal omschreven als de relatie tussen ingezette middelen en de opbrengsten die met de ingezette middelen worden behaald. Het geeft de relatie weer tussen wat de zorg kost en wat deze opbrengt. Essentiële elementen voor het beoordelen van doelmatigheid zijn: de prestaties op de verschillende doelen van het zorgsysteem, de waarde van deze doelen en de middelen die hiervoor worden ingezet.

### Doelmatigheid op macroniveau

Het verbeteren van de gezondheid is de bestaansreden van het zorgstelsel en vormt dus een essentieel doel van de gezondheidszorg. Hiernaast bestaan nog andere doelen bijvoorbeeld op het gebied van het zorgproces en ongelijkheid (WHO, 2003). Een rechtvaardig systeem schenkt niet alleen aandacht aan het gemiddelde gezondheidsniveau, maar ook aan de verdeling van gezondheid (gezondheidsverschillen) (Sen, 2002). Ook het zorgproces levert 'nut' op, aangezien cliënten waarde hechten aan goede communicatie, waardigheid in behandeling, en directe beantwoording van hun zorgvraag (zie ook *paragraaf 2.6*). Goede klantervaringen leveren nut op, ook als deze niet bijdragen aan een verbetering van de gezondheid. Daarbij is ook de mate van ongelijkheid in klantervaringen relevant. Overige opbrengsten van zorg, zoals participatie in het arbeidsproces en participatie in de maatschappij, komen hier niet aan de orde. Daarvoor wordt verwezen naar het onlangs verschenen rapport *Maatschappelijke baten* (Post et al., 2010). In de vorige Zorgbalans is de relatieve waarde van verschillende systeemdoelen geanalyseerd, op basis van een enquête onder een groep Nederlanders (Franken, 2008). Van de totale waarde die we aan de in *tabel 4.3.1* getoonde systeemdoelen hechten gaat 34% naar de gezondheidsverdeling en 29% naar de gemiddelde gezondheid. Aan klantervaringen wordt minder waarde gehecht. Deze relatieve preferenties kunnen met de tijd veranderen. Daarnaast kan ook de absolute waarde van doelen veranderen. Op nationaal niveau blijkt een inkomensstijging vaak samen te gaan met een extra toename in zorguitgaven (Getzen, 2000). Anders gezegd: bij een stijgend inkomen lijken we als samenleving bereid een groter deel van het inkomen te besteden aan gezondheidszorg.



**Tabel 4.3.1: Relatieve waarde van zorgsysteem doelen (%)**

	Niveau	Verdeling
Gezondheid	29	34
Klantervaring	7	6
Financiële rechtvaardigheid <sup>a</sup>	-	24

(Bron: Franken, 2008)

<sup>a</sup> Financiële rechtvaardigheid gaat over de mate van solidariteit in de financiering van zorg (WHO, 2003)

De prestaties op de doelen in *tabel 4.3.1* worden geanalyseerd aan de hand van verschillende indicatoren. Voor de gemiddelde gezondheid wordt onder andere gekeken naar de (gezonde) levensverwachting. Deze uitkomstmaat wordt echter mede beïnvloed door factoren buiten het zorgstelsel. Daarnaast wordt het effect van meer zorg of een betere leefstijl mogelijk pas na verloop van tijd zichtbaar in de vorm van een betere levensverwachting. Op macroniveau kan voor al deze effecten vaak niet of moeilijk worden gecorrigeerd. Vandaar dat ook wordt gekeken naar sterfte aan specifieke ziektes. Hiervoor is een selectie gemaakt van ziektes waarvan bewezen is dat de gezondheidszorg de sterfte kan beïnvloeden; dit wordt aangeduid met de term vermijdbare sterfte (Nolte en McKee, 2004). Vervolgens komen de prestaties op de overige doelen aan bod. Voor de verdeling van gezondheid kijken we naar de verschillen in (gezonde) levensverwachting tussen sociaal-economische groepen. De prestaties op het terrein van klantervaringen en financiële rechtvaardigheid worden op basis van de *paragrafen 2.6 Vraaggerichtheid* en *3.2 Financiële toegankelijkheid* vastgesteld.

Een element dat wordt toegevoegd ten opzichte van de vorige Zorgbalans is de *administratieve lasten* in het zorgsysteem. De hoogte van de administratieve lasten is in onderzoeken over het Amerikaanse zorgsysteem vaak getypeerd als een belangrijke bron van verspilling en inefficiëntie (Reinhardt et al., 2004; Bentley et al., 2008). Administratieve lasten in de zorg kunnen te maken hebben met contractering, regulering en monitoring, promotie/marketing en uiteindelijke transacties (werkelijke zorggebruik). Bentley et al. (2008) definieerden administratieve lasten als verspilling wanneer deze niet bijdragen aan de hoofddoelen van het zorgsysteem. Door verschillen tussen landen, sectoren en jaren te bekijken wordt getracht de prestaties op dit terrein in kaart te brengen.

### Doelmatigheid op mesoniveau

Ook op mesoniveau wordt de verhouding tussen ingezette middelen en opbrengsten geanalyseerd. In veel gevallen is er helaas nog onvoldoende informatie over de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst die op sectorniveau wordt behaald. Dit vormt een belangrijke beperking voor het doen van uitspraken over doelmatigheid op mesoniveau. In de meso-analyses staan twee perspectieven centraal: de gemiddelde ontwikkeling in een sector en, voor zover mogelijk, verschillen tussen instellingen en regio's. Er wordt gekeken naar de variatie tussen ziekenhuizen in prijzen van vrij onderhandelbare zorg en naar de variatie in consulttarieven tussen huisartsenposten. Ook wordt gekeken naar variatie in zorggebruik. Dit laatste sluit aan bij de literatuur over *variatie in medisch handelen* die ook in het kader van doelmatigheid wordt gebruikt (Schut, 2009). Het is bekend dat er tussen artsen, instellingen, en regio's aanzienlijke variatie kan bestaan in medisch handelen (behandelmethode of zorgintensiteit) (Wennberg, 1996; De Jong, 2008a). Deze variatie kan door verschillende factoren worden verklaard, zowel aan de

vraagzijde als aan de aanbodzijde. Wanneer de variatie niet kan worden verklaard door verschillen in zorgzwaarte (case-mix) en wanneer meer zorg niet samengaat met betere uitkomsten staat de doelmatigheid ter discussie (zie bijvoorbeeld Fisher et al., 2003). De vraag die in deze onderzoeken wordt gesteld is: wat is de toegevoegde waarde van meer zorg? (Fuchs, 2004).

Vervolgens wordt ingegaan op substitutiemogelijkheden tussen de tweedelijns en de eerstelijns. Mensen op de juiste plek in het zorgsysteem behandelen en bijvoorbeeld niet onnodig in het ziekenhuis laten opnemen, kan een manier zijn om de efficiëntie te verbeteren. Als eerste kijken we naar het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames. Dit zijn opnames die voorkómen hadden kunnen worden door betere eerstelijnszorg. Daarnaast worden analyses over verrichtingen in de module Modernisatie en Innovatie (M&I) meegenomen. Dit zijn kleinere ingrepen waar huisartsen aparte financiering voor krijgen. Hiermee moet worden voorkomen dat deze behandelingen in de (duurdere) tweedelijns worden uitgevoerd. Een verhoging van de doelmatigheid op mesoniveau leidt niet per definitie tot verhoging van de efficiëntie op macroniveau. De doelmatigheid op macroniveau wordt ook beïnvloed door de aansluiting tussen sectoren en de mogelijke verschuiving van bestedingen tussen sectoren. Lagere bestedingen in de ene sector kunnen immers leiden tot hogere bestedingen in een andere sector. Daarom blijft het meten van de prestaties op macroniveau noodzakelijk.

### **Dynamische efficiëntie (innovatiegraad)**

De paragraaf eindigt met een analyse van de *innovatiegraad* van het Nederlandse zorgsysteem. Hiermee wordt getracht de dynamische efficiëntie beter in kaart te brengen. In de economische theorie wordt onderscheid gemaakt tussen statische efficiëntie en dynamische efficiëntie (zie bijvoorbeeld Jacobson en Andréosso, 1996). Bij statische efficiëntie wordt gekeken naar de doelmatigheid op één moment, gegeven de stand van de technologie. Op langere termijn is het mogelijk om door middel van verbeteringen in producten en processen de ‘productiefunctie van gezondheid’ te verschuiven. “Wanneer op lange termijn de middelen zo worden besteed dat voor de samenleving de marginale kosten van een extra investering in een innovatie precies opwegen tegen de marginale baten is sprake dynamische efficiëntie.” (Schut, 2001). Of een systeem dynamisch efficiënt is hangt daarmee af van verschillende factoren, zoals de additionele waarde van nieuwe technologie en de verspreidingssnelheid op het moment dat het product op de markt komt. In deze paragraaf wordt vooral aan het laatste element aandacht besteed. De indicatoren gaan over de adoptie- en verspreidingssnelheid van nieuwe technologie in de ziekenhuissector en de geneesmiddelensector en over het toepassen van ICT in de zorg.

### **Indicatoren**

#### *Macroniveau*

- Zorguitgaven ten opzichte van (gezonde) levensverwachting
- Zorguitgaven ten opzichte van vermijdbare sterfte
- Prestaties op systeemdoelen ongelijkheid en klantervaring
- Administratieve lasten

#### *Mesoniveau*

- Productiviteit ziekenhuiszorg
- Variatie in dbc-prijzen in het B-segment
- Regionale variatie in opnames en verrichtingen in ziekenhuizen
- Variatie in ligduur tussen ziekenhuizen

- Variatie in consulttarieven tussen huisartsenposten
- Extramurale geneesmiddelen: gebruik generieke medicijnen en regionale verschillen
- Ingezette middelen en geleverde zorg in de geestelijke gezondheidszorg
- Ingezette middelen en geleverde zorg in de ouderenzorg
- Vermijdbare ziekenhuisopnames in internationaal perspectief
- Substitutie-effect van de module Modernisatie en Innovatie

#### *Dynamische efficiëntie (innovatiegraad)*

- Gebruik van katheterisatie, bypass en dotteren bij hartaanval
- Adoptiesnelheid nieuwe kankermedicijnen
- Ontwikkeling uitgaven nieuwe geneesmiddelen
- Dagopnames als percentage van alle ziekenhuisopnames
- Aantal zorgaanbieders aangesloten op het Landelijk Schakelpunt
- Gebruik van zorg op afstand in de vorm van videocommunicatie en telebegeleiding

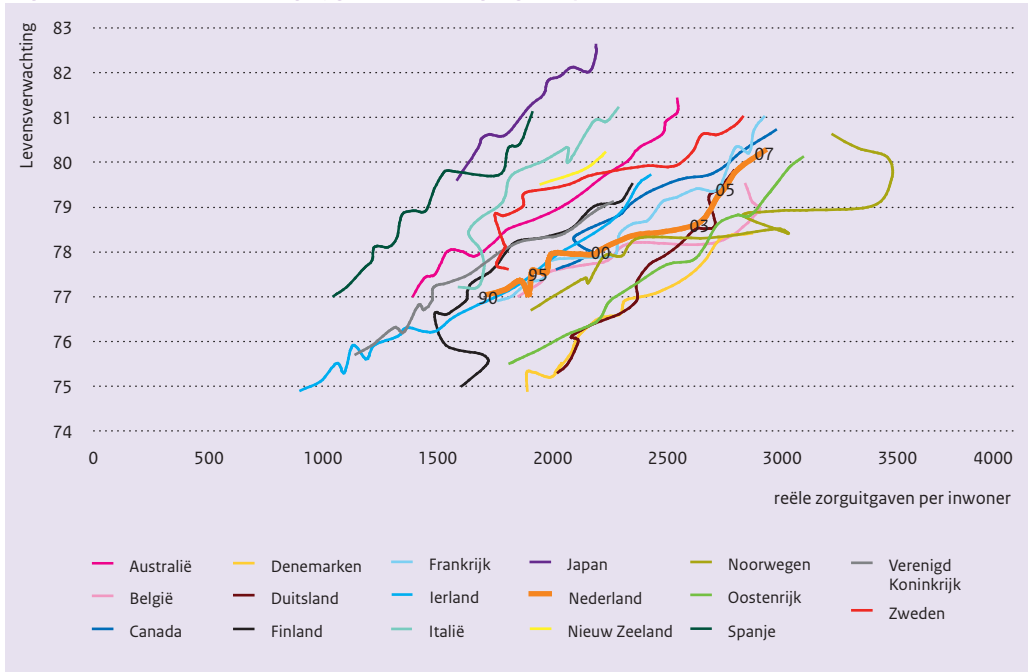
## De stand van zaken

### Doelmatigheid op macroniveau

#### **Vanuit internationaal perspectief kende Nederland tussen 1990 en 2003 een beperkte groei in levensverwachting en een gemiddelde groei in zorguitgaven. Na 2004 was deze verhouding gunstiger**

Het verbeteren van de gezondheid (sterfte en kwaliteit van leven) is een van de centrale doelen van het zorgstelsel. In de afgelopen twee decennia is de gemiddelde gezondheid in Nederland toegenomen (Van der Lucht en Polder, 2010). De levensverwachting bij geboorte is tussen 1990 en 2008 toegenomen van 77 jaar tot ruim 80 jaar. De levensverwachting bij mannen steeg in deze periode van 73,8 jaar naar 78,3 jaar en de levensverwachting bij vrouwen steeg van 80,1 jaar naar 82,3 jaar. Op ziekteniveau woog vooral de daling in sterfte aan hart- en vaatziekten mee in de stijgende levensverwachting. *Figuur 4.3.1* geeft de ontwikkeling in levensverwachting en reële zorguitgaven per inwoner weer tussen 1990 en 2007. Internationaal gezien (westerse OECD-landen) is de stijging in levensverwachting in Nederland tussen 1990 en 2003 klein en na 2003 bovengemiddeld. De verhouding tussen de uitgaven en de gemiddelde gezondheid verbeterde na 2003 (zie richtingscoëfficiënt van de lijn in *figuur 4.3.1*). Internationaal was deze verbetering niet uitzonderlijk, als we vergelijken met bijvoorbeeld België, Duitsland en Frankrijk.

**Figuur 4.3.1: Levensverwachting bij geboorte en zorguitgaven per inwoner (in US\$ PPP), 1990-2007<sup>a</sup>**

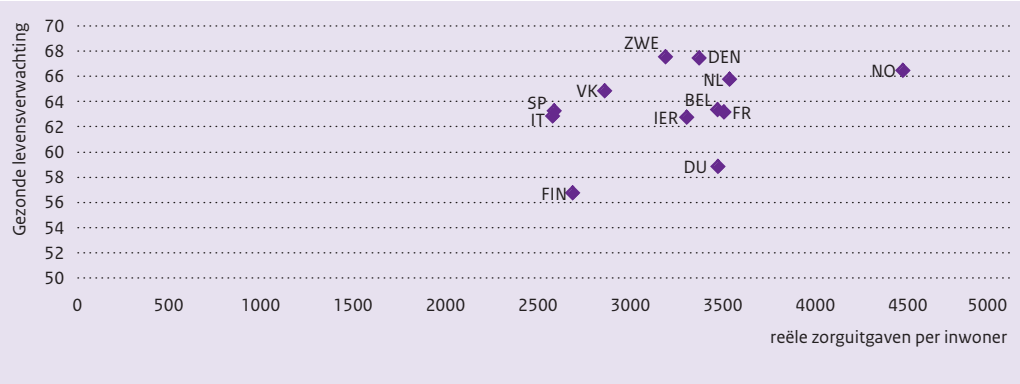


(Bron: OECD Health Data, 2009; databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Met het gebruik van US\$ Purchasing Power Parities (PPP) wordt gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen tussen landen

De gezondheidszorg richt zich niet alleen op het voorkómen van sterfte, maar ook op het verbeteren van de gezondheid gedurende het leven. In *figuur 4.3.2* wordt de gezonde levensverwachting weergegeven, of preciezer: het verwachte aantal levensjaren zonder beperkingen in het lichamelijk functioneren (Eurostat, 2009). De figuur toont de gezonde levensverwachting voor vrouwen en de zorguitgaven in 2007. Internationaal gezien zijn er landen die op deze uitkomstmaat beter scoren, ook met lagere of vergelijkbare uitgaven. Het beeld zou hetzelfde zijn wanneer de gezonde levensverwachting voor mannen was genomen, omdat er tussen mannen en vrouwen een beperkt verschil is in gezonde levensverwachting. De indicator gezonde levensverwachting moet met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het is onduidelijk of Nederlanders een bepaalde gezondheidstoestand eerder of later als lichamelijke beperking aanduiden dan bijvoorbeeld Denen?

**Figuur 4.3.2: Gezonde levensverwachting voor vrouwen en reële zorguitgaven per inwoner (in US\$ PPP), 2007 <sup>a</sup>**



(Bron: OECD Health Data, 2009; Eurostat, 2009; databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Met het gebruik van US\$ Purchasing Power Parities (PPP) wordt gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen tussen landen

BEL=België; DEN=Denemarken; DU=Duitsland; FIN=Finland; FR=Frankrijk; IER=Ierland; IT=Italië; NL=Nederland; NO=Noorwegen; SP=Spanje; VK=Verenigd Koninkrijk; ZWE=Zweden

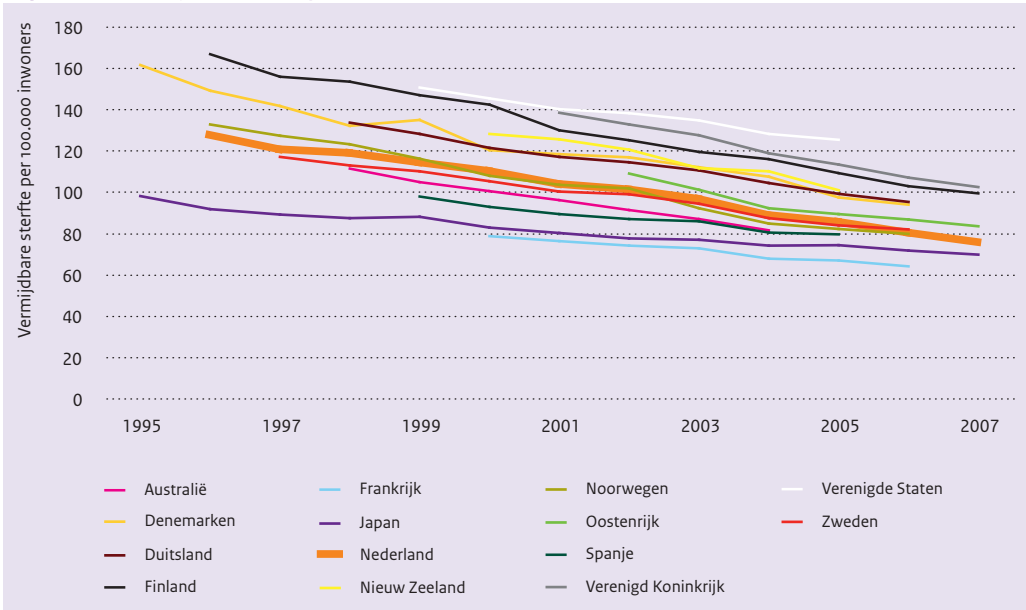
De levensverwachting is een relatief robuuste indicator, omdat sterfte eenduidig is vast te stellen (in tegenstelling tot zelf-gerapporteerde gezondheid). De vraag is wel in hoeverre de verandering in levensverwachting wordt beïnvloed door de gezondheidszorg. Er is immers ook een relatie met gezondheidsdeterminanten die niet door de zorg te beïnvloeden zijn, zoals leefstijl en omgevingsfactoren (Mackenbach, 2010). Ook is niet geheel duidelijk in welke mate investeringen uit het verleden (in bijvoorbeeld zorg en leefstijl) van invloed zijn geweest op de huidige gezondheidstoestand.

### **De vermijdbare sterfte daalde in Nederland tussen 2000 en 2007 sterk, terwijl de uitgavenstijging gemiddeld was**

Door ons te richten op specifieke ziektes kan het effect van zorg op gezondheid wellicht beter in kaart worden gebracht. We maken hierbij gebruik van de uitkomstmaat ‘vermijdbare sterfte’ (Nolte en McKee, 2008). Vermijdbare sterfte gaat over de sterfte aan ziektes die binnen de huidige stand van de zorg en de wetenschap behandeld kunnen worden. Hieronder vallen bijvoorbeeld sterfte aan tbc, astma, influenza, moedersterfte en borstkanker (in totaal 34 aandoeningen). In alle gevallen gaat het om sterfte onder de 75 jaar en voor sommige aandoeningen om nog kleinere leeftijdsgroepen. De gezondheidszorg kan de sterfte aan deze ziektes vermijden en over de tijd substantieel verminderen.

Figuur 4.3.3 geeft de ontwikkeling in de vermijdbare sterfte (gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht) weer tussen 1995 en 2007. Alleen OECD-landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau en landen waarvoor sterftecijfers in dezelfde ICD-codering beschikbaar waren, zijn geïnccludeerd in de analyse (WHO, 2009b). Zoals uit de figuur blijkt waren niet voor alle jaren data voor alle landen beschikbaar.

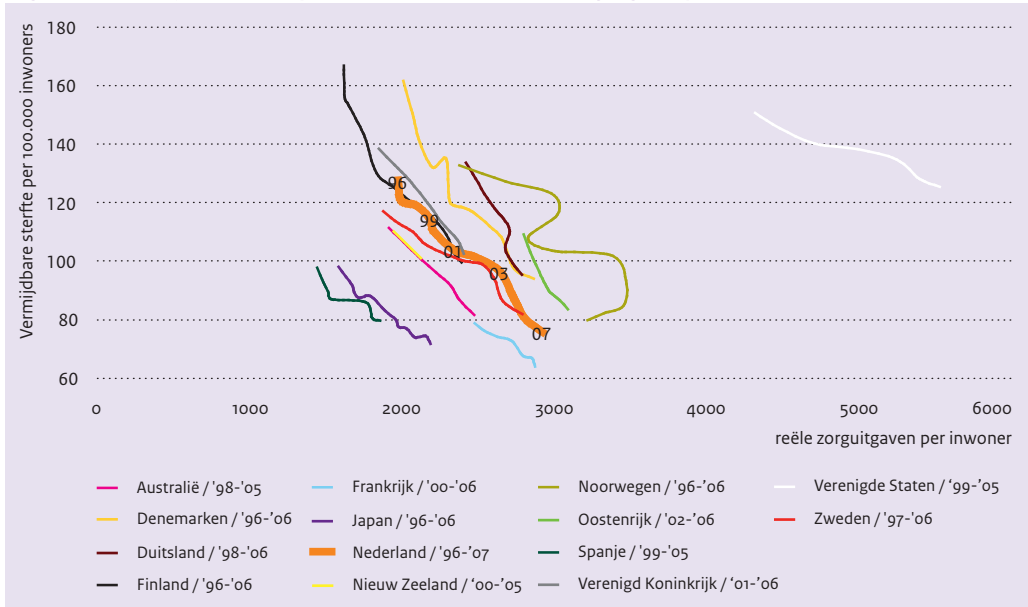
**Figuur 4.3.3: Vermijdbare sterfte per 100.000 inwoners, 1995-2007**



(Bron: WHO, 2009b; databewerking RIVM)

Figuur 4.3.3 laat zien dat de vermijdbare sterfte in de meeste landen vrij snel daalde tussen 1995 en 2007. Figuur 4.3.4 zegt meer over doelmatigheid en vergelijkt de reële uitgavengroei (ingezette middelen) met de behaalde opbrengsten in termen van vermijdbare sterfte. Wat betreft de daling in vermijdbare sterfte behoorde Nederland tot de beter presterende landen in deze groep, maar er zijn landen die met een minder sterke kostenstijging dezelfde prestatie leverden. De uitgavenstijging was tussen 2000 en 2007 gemiddeld (zie ook *figuur 4.2.2*). In termen van doelmatigheid is de prestatie dus gemiddeld.

**Figuur 4.3.4: Vermijdbare sterfte per 100.000 inwoners en reële zorguitgaven per inwoner (in US\$ PPP), 1996-2007<sup>a</sup>**



(Bron: OECD Health Data, 2009; WHO 2009; databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Met het gebruik van US\$ Purchasing Power Parities (PPP) wordt gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen tussen landen

De daling in vermijdbare sterfte (voor de betreffende leeftijdsgroepen) vormde in de periode 2000-2007 een kleine 20% van de totale sterftedaling in Nederland (WHO data; databewerking RIVM). Van de ziekten in de groep vermijdbare sterfte heeft Nederland een relatief lage sterfte voor hart- en vaatziekten (zoals beroerte onder de 75 jaar). Ook de daling in sterfte aan hart- en vaatziekten was internationaal gezien gunstig; een snelle daling na 2000. Nederland scoorde minder goed voor een aantal kankers (zoals sterfte aan darmkanker en borstkanker onder de 75 jaar).

**De stijging in zorguitgaven heeft de gezondheidsverschillen niet verkleind; deze zijn constant gebleven. Op het gebied van klantervaringen zijn de prestaties op het eerste gezicht gunstig, dit geldt in iets mindere mate voor de verpleging en verzorging**

Naast een verbetering in de gemiddelde gezondheid tellen ook een aantal andere doelen, zoals gezondheidsverschillen en klantervaringen als systeemprestaties (zie tabel 4.3.1). De stijging in de zorguitgaven heeft niet geresulteerd in minder gezondheidsverschillen of betere klantervaringen.

Gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen bleken in het afgelopen decennium tamelijk stabiel. Zo is het verschil in (gezonde) levensverwachting tussen hoogopgeleiden en laagopgeleiden weinig veranderd in het afgelopen decennium (1997-2008) (Bruggink, 2009; Kardal et al., 2009).

De prestaties op het gebied van klantgerichtheid komen in paragraaf 2.6 (Vraaggerichtheid) uitgebreid aan de orde. Over het algemeen is het oordeel over aspecten als ervaren bejegening, de geboden informatie

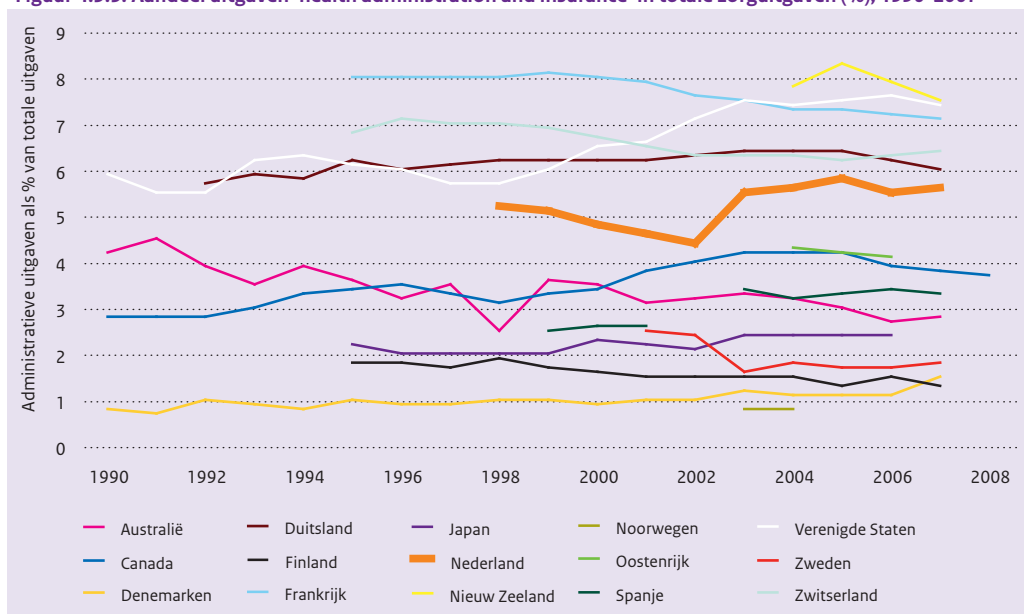
en de hoeveelheid tijd die aan de patiënt wordt besteed, positief en over de jaren heen vrij constant. Alleen bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen oordelen minder gunstig. Internationale vergelijkingen zijn voor klantervaringen nog niet te geven.

**Op macroniveau ontbreekt een totaalbeeld van de administratieve lasten in het zorgsysteem; het aandeel van de uitvoeringskosten voor de zorgverzekeringen in de totale uitgaven is internationaal gemiddeld**

Tot op heden is er in Nederland geen systeembreed onderzoek verricht naar administratieve lasten in de zorg. Dit is in een aantal andere landen wel gebeurd. Zo laten vergelijkingen tussen private en publieke zorgstelsels in de VS en Canada (Woolhandler et al., 2003) zien dat in deze landen private stelsels hogere administratieve lasten kennen dan publieke stelsels. Administratieve lasten kunnen te maken hebben met contractering, regulering en monitoring, promotie/marketing en uiteindelijke transacties (Bentley et al., 2008). Helaas is niet over al deze aspecten informatie beschikbaar.

Figuur 4.3.5 toont het aandeel van de totale zorguitgaven, dat bestemd is voor ‘health administration and health insurance’ (OECD Health Data, 2009). Hieronder vallen de uitvoeringskosten van overheid en verzekeraars voor activiteiten gerelateerd aan de financiering van zorg (planning, management, inning van gelden, behandelen van vorderingen en declaraties). De Nederlandse cijfers van voor en na 2002 zijn niet vergelijkbaar (trendbreuk in de methode), maar in beide periodes was Nederland een middenmoter. Scandinavische landen hebben een laag percentage en landen als Duitsland, Frankrijk, Zwitserland en de VS een hoog percentage.

**Figuur 4.3.5: Aandeel uitgaven ‘health administration and insurance’ in totale zorguitgaven (%), 1990-2007**



(Bron: OECD Health Data, 2009)



Tabel 4.3.2 toont het deel van het totale personeel dat is ingezet in 'overhead-functies' in zorginstellingen (niet-patiëntgebonden functies) als indicator voor administratieve lasten bij zorgverleners. Er is niet direct een norm/optimum aanwijsbaar, aangezien een bepaalde mate van overhead tot de normale bedrijfsvoering hoort. Verschillen tussen jaren en sectoren bieden enig vergelijkingsmateriaal. In de ziekenhuizen was het aandeel overhead-functies relatief hoog en in de gehandicaptenzorg was dit percentage relatief laag. Over de jaren heen bleef het aandeel overhead redelijk stabiel (2006-2008).

**Tabel 4.3.2: Werknemers in 'overhead-functies' als percentage van alle werknemers bij zorgaanbieders (in arbeidsjaren), 2006-2008**

	2006	2007	2008
Academische ziekenhuizen	31,3	30,1	30,7
Algemene ziekenhuizen	31,2	29,9	30,2
Categoriale ziekenhuizen	29,8	28,0	30,1
Geestelijke gezondheidszorg	25,1	24,2	24,8
Gehandicaptenzorg	15,6	15,5	15,3
Ouderenzorg	23,3	26,4	24,5

(Bron: CBS Statline, 2009)

Een in 2008 uitgevoerde enquête onder 15 huisartsenpraktijken geeft enig inzicht in administratieve lasten in de huisartsenzorg (SIRA, 2008). Het is onduidelijk of het hier een representatieve steekproef betreft. Huisartsen in dit onderzoek besteedden gemiddeld iets meer dan 25 uur per week aan het uitvoeren van administratieve handelingen. Het vastleggen van gegevens met betrekking tot de patiënt veroorzaakte 40-50% van deze lasten. De huisartsen gaven aan dat een groot deel (75%) van de handelingen onderdeel is van de normale beroepsuitoefening, zoals het bijhouden van een patiëntdossier.

De belangrijkste transactiekosten voor verzekerden zijn (jaarlijkse) zoekkosten bij het kiezen van een verzekeraar. Voor patiënten zijn er daarnaast kosten die samenhangen met het vinden van een zorgaanbieder. Verder worden administratieve handelingen verricht voor het aanvragen van zorg en de financiering ervan (pgb's, declaraties).

### Doelmatigheid op mesoniveau

In het voorgaande is de doelmatigheid van de Nederlandse zorg op macroniveau geanalyseerd. Dit wordt aangevuld met doelmatigheidsanalyses voor de verschillende zorgsectoren. Voor de sectoren ziekenhuizen, GGZ, ouderenzorg en geneesmiddelen wordt de verhouding tussen de geleverde zorg en de ingezette middelen bestudeerd over de jaren heen. Daarnaast wordt gekeken naar de variatie in prijzen (tussen huisartsenposten en tussen ziekenhuizen) en naar de variatie in zorggebruik en medisch handelen (op het gebied van geneesmiddelengebruik, ziekenhuisopnames en ligduur) tussen regio's en instellingen. De analyse op mesoniveau sluit af met twee indicatoren over de mogelijkheden voor substitutie van de tweedelij naar de eerstelij: het aantal vermijdbare opnames in ziekenhuizen, en de mate waarin huisartsen eenvoudige ingrepen overnemen van de tweedelij.

### **De productiviteit van ziekenhuizen, gemeten aan het aantal opnames en ingezette middelen, groeide tussen 2003 en 2008 gemiddeld met 2,9%**

In een recente studie van Blank et al. (2009) is de productiviteitsgroei van ziekenhuizen geanalyseerd voor de jaren 2003-2008. In deze analyse zijn de geleverde zorg in termen van het aantal opnames en de ingezette middelen personeel, verbruik en kapitaal meegenomen. De productiviteit in de Nederlandse ziekenhuizen vertoonde in deze periode een gunstige ontwikkeling, ten opzichte van eerdere jaren en andere sectoren. De totale productiviteitsgroei schommelde tussen de 1,2% en 6,3%, gemiddeld 2,9% per jaar (zie tabel 4.3.3). In alle jaren heeft het personeel een grote bijdrage geleverd aan de totale productiviteitsgroei. In hetzelfde rapport is ook onderscheid gemaakt naar verschillende typen ziekenhuizen: grote ziekenhuizen met weinig concurrentie vertoonden de grootste productiviteitsgroei. Een beperking van de studie is dat er geen rekening is gehouden met de gemiddelde kwaliteitsontwikkeling. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de gemiddelde kwaliteit van de ziekenhuiszorg tussen 2003 en 2008 is verslechterd (zie paragraaf 2.3).

**Tabel 4.3.3: Gemiddelde productiviteitsgroei ziekenhuiszorg (%), 2004-2008<sup>a</sup>**

	2004	2005	2006	2007	2008
Totaal	1,6	2,2	3,3	6,3	1,2
Personeel	2,2	3,0	4,6	9,0	1,7
Verbruik	0,5	0,8	1,3	2,7	0,6
Kapitaal	1,7	2,4	3,5	6,7	1,2

(Bron: Blank et al., 2009)

<sup>a</sup> Productie is gemeten in termen van opnames, met onderscheid naar type opname: specialismen met kortdurende opnames, beschouwende specialismen met gemiddeld langdurende opnames, snijdende specialismen met gemiddeld langdurende opnames en eerste polikliniekbezoeken zonder vervolgoopname. De studie is gebaseerd op 52 tot 77 ziekenhuizen

Tot slot is de schaal van Nederlandse ziekenhuizen bestudeerd en bleek er sprake van schaalnadelen. In eerdere onderzoeken werd al vastgesteld dat, vanuit doelmatigheidsperspectief, de optimale schaal voor ziekenhuizen tussen de 200 en 300 bedden ligt (zie Blank et al., 2008). Vrijwel alle ziekenhuizen werken met een groter aantal bedden.

### **Zonder correctie voor case-mix en kwaliteit, bestaat er behoorlijke variatie tussen ziekenhuizen in de prijzen van vrij onderhandelbare zorg**

In een deel van de ziekenhuiszorg (B-segment) wordt sinds 2005 onderhandeld tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen over de prijs van de zorg (op basis van dbc's). Tabel 4.3.4 toont voor de aandoeeningen met de grootste omzet in het B-segment, de ontwikkeling in de gemiddelde prijs en de mate van variatie rond de gemiddelde prijs (variaticoefficient). De variatie was het grootst voor knieslijtage, diabetes met secundaire complicaties en blaastumor.

**Tabel 4.3.4: Gemiddelde prijs per instelling (€) en spreiding (variatiecoëfficiënt) voor acht aandoeningen, 2006-2008 <sup>a</sup>**

Diagnose	2006	2007	2008
Knieslijtage	7493 (0,25)	7672 (0,23)	7608 (0,22)
Slijtage bekken/heup/bovenbeen	8807 (0,05)	8999 (0,05)	9107 (0,05)
Staar	1350 (0,07)	1379 (0,07)	1352 (0,07)
Diabetes met secundaire complicaties	845 (0,27)	896 (0,32)	1081 (0,43)
Incontinentie	4241 (0,13)	4343 (0,11)	4477 (0,11)
Blaastumor	3754 (0,32)	3910 (0,36)	4146 (0,33)
Dijbreuk/liesbreuk	1841 (0,15)	1874 (0,13)	1941 (0,13)
Amandelen	955 (0,12)	963 (0,10)	984 (0,10)

(Bron: NZa data; databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Variatiecoëfficiënt = Standaarddeviatie / gemiddelde

In *figuur 4.3.6* wordt de variatie tussen instellingen beter zichtbaar gemaakt en is als voorbeeld de aandoening dijbreuk/liesbreuk genomen. De 10 instellingen met de laagste prijzen bevonden zich tussen de € 1000 en de € 1500 en de 10 instellingen met de hoogste prijzen zaten tussen de € 2200 en € 2500.

**Figuur 4.3.6: Prijs per ziekenhuis voor de dbc dijbreuk/liesbreuk (€), 2007 en 2008**



(Bron: NZa data; databewerking RIVM)

Het is nog onduidelijk of hier gesproken kan worden over verschillen in doelmatigheid tussen instellingen. De prijsvariatie kan namelijk zijn veroorzaakt door:

- 1 Variatie in kwaliteit; duurdere instellingen leveren wellicht ook betere zorg en kunnen in dat geval zelfs doelmatiger zijn. De bestaande kwaliteitsindicatoren zijn echter nog van onvoldoende kwaliteit om hier uitspraken over te kunnen doen;
- 2 Variatie in zorgzwaarte; duurdere instellingen kunnen zwaardere patiënten hebben. Verder onderzoek moet uitwijzen in welke mate de variatie in zorgzwaarte prijsverschillen kan verklaren;
- 3 Inefficiëntie; wanneer de prijsvariatie niet wordt verklaard door 1) en 2) kan er sprake zijn geweest van verschillen in doelmatigheid tussen instellingen.

**Voor 15 onderzochte diagnoses kunnen regionale verschillen in opnames en operaties niet worden verklaard door de patiëntkenmerken leeftijd en inkomen**

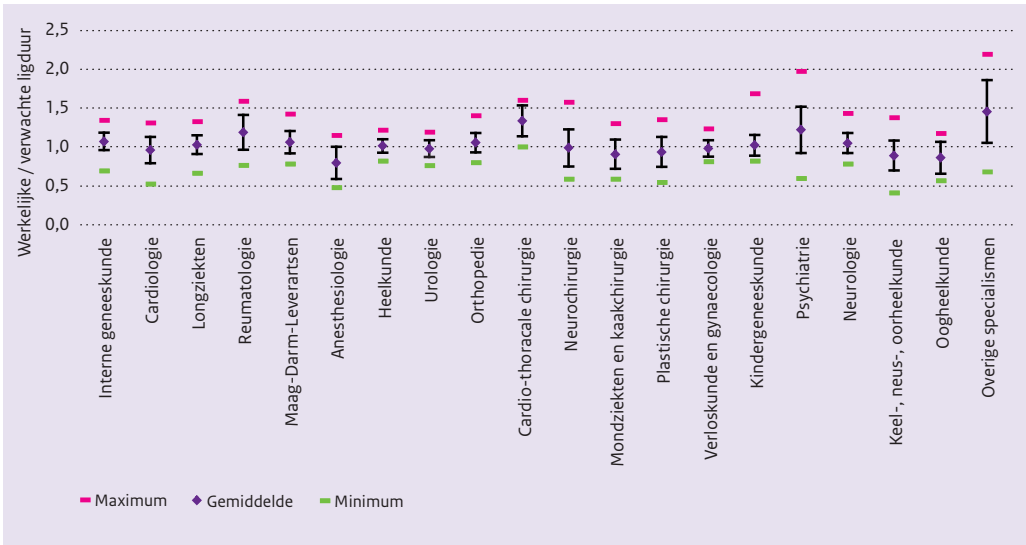
Onlangs heeft adviesbureau Plexus onderzoek gedaan naar de variatie tussen regio's (gemeentes) in het aantal operaties en opnames per 1000 inwoners, voor 15 aandoeningen (Van Beek et al., 2009).

Een hoge variatie in zorggebruik werd gevonden voor de chronische aandoening COPD, terwijl de variatie voor aandoeningen met een meer acuut karakter zoals liesbreuk en heupfractuur relatief klein was. De gemeten verschillen in zorggebruik tussen gemeentes konden niet worden verklaard door de patiëntkenmerken leeftijd en huishoudinkomen (als indicatoren voor de gezondheidstoestand en zorgbehoefte van de bevolking). Het is aannemelijk dat er naast leeftijd en inkomen nog andere factoren zijn die deze variatie hebben beïnvloed, maar waar de zorginstellingen geen invloed op hebben. De variatie die overblijft na correctie voor deze factoren vormt een indicatie voor de variatie in kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Het onderzoek is uitgevoerd op data uit het DBC-informatiesysteem (DIS) voor de jaren 2006 en 2007. Er bestaat nog onzekerheid over de registratiekwaliteit en de mate waarin deze verschilt tussen instellingen en regio's (Spanjaard, 2009).

**Er is aanzienlijke variatie in ligduur tussen ziekenhuizen; de ligduur is in Nederlandse ziekenhuizen verder afgenomen, maar ligt internationaal gezien nog boven het gemiddelde**

In de vorige Zorgbalans werd reeds vastgesteld dat de ligduur in ziekenhuizen behoorlijk kan variëren tussen instellingen. Dit wordt nog eens geïllustreerd in onderstaande *figuur 4.3.7* uit Borghans et al. (2008). Op de ij-as van deze figuur wordt de ratio van de werkelijke ligduur en de verwachte ligduur weergegeven. De verwachte ligduur wordt bepaald op basis van de gemiddelde ligduur in Nederlandse ziekenhuizen, waarbij rekening wordt gehouden met verschillen tussen instellingen in de leeftijd en diagnose van de patiënten. Na correctie voor deze patiëntkenmerken bleef er dus nog aanzienlijke variatie tussen instellingen over.

**Figuur 4.3.7: Ratio van de actuele ligduur en de verwachte ligduur in Nederlandse ziekenhuizen naar specialisme, 2006<sup>a</sup>**



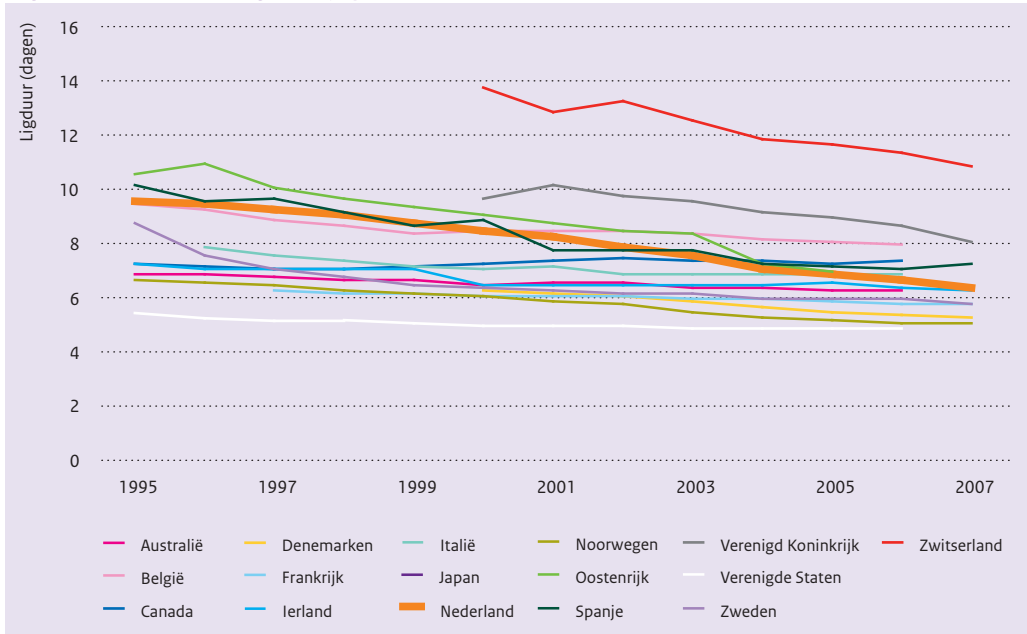
(Bron: Borghans et al., 2008)

<sup>a</sup> Een ratio van 1 betekent dat de werkelijke verpleegduur net zo hoog is als verwacht op basis van de leeftijd en diagnose van de patiënten en de verrichtingen

Het verkorten van de ligduur kan de doelmatigheid verbeteren op voorwaarde dat dit niet leidt tot een verschuiving van zorg en/of slechtere gezondheidsuitkomsten. Een aantal onderzoeken toonden aan dat een kortere ligduur niet per definitie samengaat met een lagere kwaliteit van zorg (zie bijvoorbeeld Clarke en Rosen, 2001).

De gemiddelde ligduur in Nederlandse ziekenhuizen is tussen 2006 en 2008 verder afgenomen. Deze dalende trend is al vele jaren, ook internationaal, gaande. Sinds 2002 is de afname iets versneld. *Figuur 4.3.8* toont dat de ligduur in Nederland dichterbij de landen met de laagste ligduur is gekomen.

**Figuur 4.3.8: Gemiddelde ligduur bij opname in het ziekenhuis, 1995-2007**

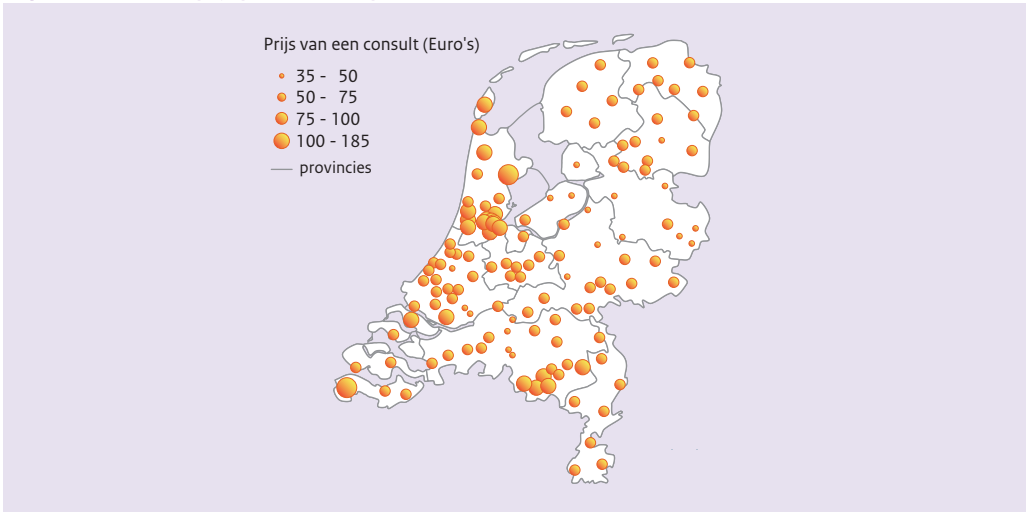


(Bron: OECD Health Data, 2009)

### Het hoogste consulttarief van een huisartsenpost was in 2008 ongeveer vijf keer zo hoog als het laagste tarief

De financiering van de huisartsenzorg is opgesplitst in verschillende componenten. De overdag geleverde zorg (zoals consulten) kent veelal landelijk vastgestelde tarieven. Huisartsenposten zijn er voor avond-, weekend- en nachtconsulten. De consulttarieven van huisartsenposten worden op basis van onderhandeling tussen de huisartsenposten en de lokaal opererende zorgverzekeraar(s) bepaald. *Figuur 4.3.9* toont de prijs van een consult bij verschillende huisartsenposten. In 2008 varieerde het consulttarief van € 35 bij de Stichting Huisartsendienstenstructuur Westerbork in Drenthe tot € 184 bij Nucleus Zorg in Oostburg, Zeeuws-Vlaanderen. Ook de tarieven voor visites verschillen tussen regio's, van € 275,50 voor Nucleus Zorg in Oostburg tot € 53,20 voor de Stichting Huisartsendienstenstructuur Westerbork. Het is niet bekend welk deel van de variatie wordt veroorzaakt door lokale omstandigheden (benodigde bereikbaarheid), lokale kostprijzen of wellicht door variatie in zorgzwaarte van patiënten tussen huisartsenposten.

**Figuur 4.3.9: Consultprijs per huisartsenpost (€), 2008**



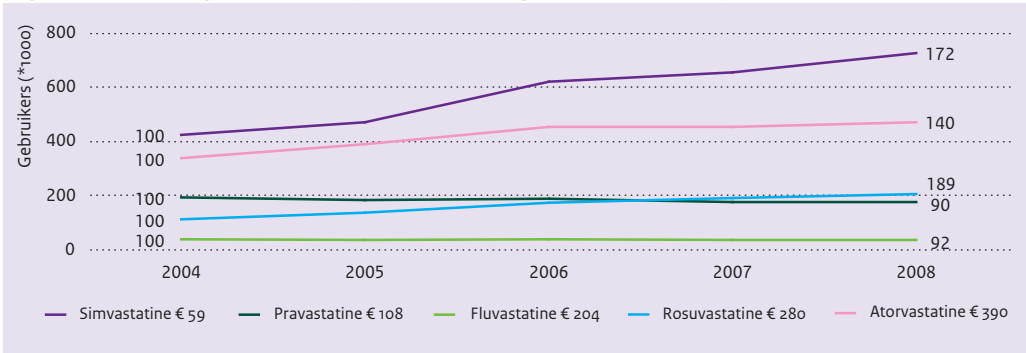
(Bron: Zwakhals, 2008)

### **In de geneesmiddelensector is met prijsmaatregelen aanzienlijke winst behaald; toch blijft het gebruik van duurdere varianten groeien**

De gemiddelde prijs per geneesmiddel is in de afgelopen vijf tot tien jaar gematigd gegroeid, en in een aantal jaren zelfs gedaald (CVZ, 2009b). In 2008 daalde de gemiddelde prijs zelfs met 10%. Tegelijkertijd steeg het gebruik in aantal dagdoseringen met ongeveer 13% in 2008. Wanneer de kwaliteit (behaalde gezondheidswinst) van geneesmiddelen bij lagere prijzen minimaal gelijk is, kan er sprake zijn van doelmatigheidswinst. De prijsdalingen over de afgelopen jaren kwamen tot stand door verschillende maatregelen, zoals de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp; sinds 1996 worden jaarlijks maximumprijzen vastgesteld op basis van prijzen in omliggende landen), het geneesmiddelenconvenant (prijsverlaging generieke geneesmiddelen in 2004) en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (sinds 2008) (CVZ, 2009b).

Tegelijkertijd zien we dat binnen geneesmiddelengroepen het gebruik van zowel duurdere als goedkopere varianten toe is genomen. *Figuur 4.3.10* toont het gebruik van vijf cholesterolverlagende middelen (totale uitgaven € 350 miljoen). De goedkope variant Simvastatine (€ 59 per gebruiker) werd tussen 2004 en 2008 steeds vaker ingezet bij nieuwe gebruikers. Toch steeg ook het gebruik van duurdere varianten als Atorvastatine en Rosuvastatine, beide nog onder patent staande geneesmiddelen. Het gebruik van Rosuvastatine steeg zelfs relatief het snelst.

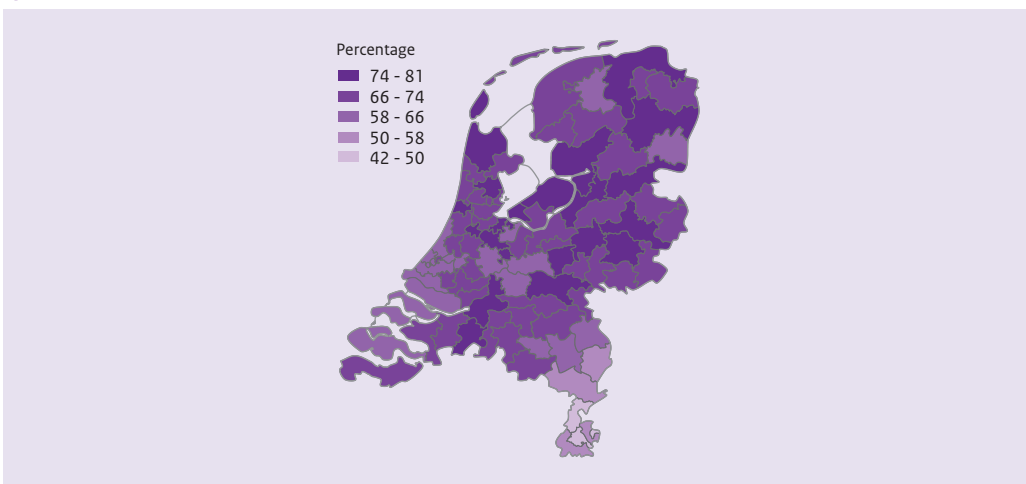
**Figuur 4.3.10: Aantal gebruikers van vijf cholesterolverlagers (\*1000) en indexcijfers, 2004-2008**



(Bron: CVZ data; databewerking RIVM)

De mate waarin goedkopere medicijnvarianten worden voorgeschreven verschilt tussen regio's. *Figuur 4.3.11* toont als voorbeeld regionale verschillen in het voorschrijfgedrag voor statines in 2008. In sommige regio's kreeg minder dan 50% van de nieuwe gebruikers een goedkopere variant voorgeschreven in 2008, terwijl het percentage in andere regio's rond de 80% lag. Geneesmiddelen bij maagklachten, protonpompremmers en RAS-remmers kenden een grotere regionale variatie in het voorschrijven van voorkeursmiddelen dan statines (variatiecoëfficiënt van respectievelijk 0,28, 0,17 en 0,14 ten opzichte van 0,11 voor statines). Overigens zien we bij andere geneesmiddelen niet altijd dezelfde regio's als goed-presterende en slecht-presterende regio's.

**Figuur 4.3.11: Gebruik voorkeursmiddelen als percentage van het totale gebruik van statines, per postcodegebied (%), 2008**



(Bron: Giesbers en Eimers, 2009)



### De hoeveelheid geleverde zorg steeg in de geestelijke gezondheidszorg tussen 2001 en 2007 iets sneller dan de arbeidsinzet

Tabel 4.3.5 toont de groei in arbeidsinzet (fte), klinische bedden capaciteit en hoeveelheid geleverde zorg voor de GGZ in de periode 2001-2007. De volume-index is een gewogen gemiddelde van het volume klinische zorg (verpleegdagen en dagen beschermd wonen), het volume deeltijdbehandelingen (aantal behandelingen) en het volume ambulante zorg (aantal contacten) (Denneman, 2008). Tussen 2001 en 2008 groeide de totale arbeidsinzet iets minder snel dan de hoeveelheid geleverde zorg.

**Tabel 4.3.5: Geleverde zorg en ingezette middelen in de geestelijke gezondheidszorg, indexcijfers, 2001-2007<sup>a</sup>**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Verpleegdagen	100	100	104	106	107	109	111
Dagen beschermd wonen	100	106	116	126	143	161	187
Deeltijdbehandelingen	100	105	117	120	117	116	-
Ambulante contacten	100	111	121	187	207	241	254
Volume-index (CBS)	100	107	118	126	133	138	146
Totaal fte <sup>b</sup>	100	104	112	116	120	127	134
Klinische bedden capaciteit	100	105	108	107	110	113	120
Uitgaven (inflatie-gecorrigeerd)	100	108	118	124	132	135	139

(Bron: Hilderink en Van 't Land, 2008; Denneman, 2008)

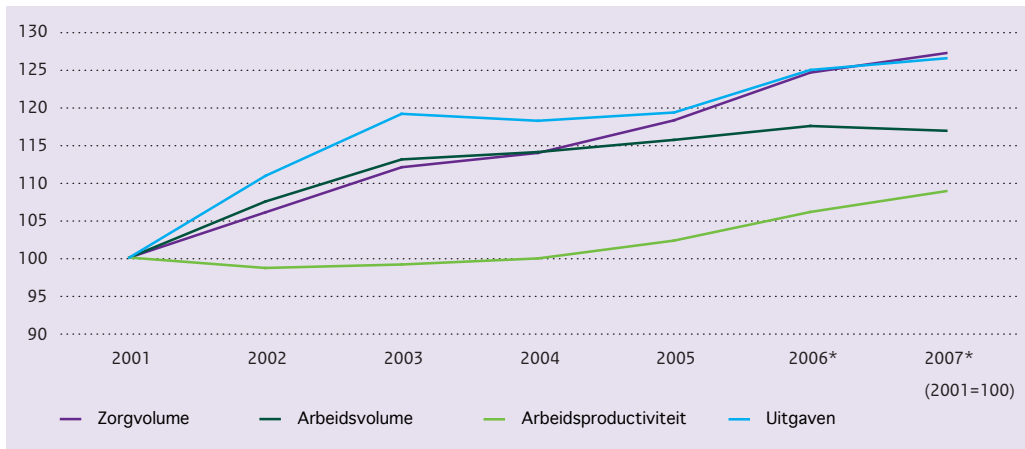
<sup>a</sup> De volume-index (CBS) is gebaseerd op Denneman (2008). Uitgaven zijn op basis van CBS Staline (2010b en 2010c). Overige cijfers zijn gebaseerd op Hilderink en Van 't Land (2008)

<sup>b</sup> Aantal fte is een ongewogen som van verschillende functies binnen de GGZ

### Tussen 2004 en 2007 groeide de hoeveelheid geleverde ouderenzorg aanzienlijk sneller dan de arbeidsinzet; met eenzelfde hoeveelheid arbeid werden meer uren zorg geleverd

Recentelijk publiceerde het CBS over de arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg (CBS, 2009c). *Figuur 4.3.12* geeft weer dat sinds 2004 het zorgvolume sterk is toegenomen terwijl de hoeveelheid ingezette arbeid weinig is gestegen, anders gezegd: er wordt meer zorg per werknemer geleverd. Tussen 2001 en 2004 nam zowel de arbeidsinzet als de hoeveelheid geleverde zorg toe. De volumegroei bestond uit groei in de hoeveelheid geleverde zorg per cliënt en een toename in zwaardere cliënten (die meer zorg nodig hebben). Ook in deze studie is geen rekening gehouden met kwaliteitsontwikkeling. De daling van het arbeidsvolume in 2007 had te maken met de invoering van de Wmo. Sinds de invoering van de Wmo wordt een deel van de zorg geleverd door goedkopere huishoudelijke hulp en verzorging en ging een deel van de werknemers uit loondienst. Een deel van het personeel dat uit loondienst ging werd wel weer ingehuurd; de arbeidsproductiviteit in *figuur 4.3.12* is hiervoor gecorrigeerd.

**Figuur 4.3.12: Zorgvolume, arbeidsvolume, arbeidsproductiviteit en uitgaven ouderenzorg, indexcijfers (2001=100), 2001-2007**



(Bron: CBS, 2009c; CBS Statline, 2010c)

\*voorlopige cijfers

**Tabel 4.3.6: Vermijdbare opnames per 100.000 inwoners, indexcijfers, 2005/2006**

	Astma	COPD	Diabetes acute complicaties	Diabetes amputaties	Hartfalen	Hypertensie
België	105	94	100	143	73	28
Canada	37	95	105	76	63	19
Denemarken	87	160	91	141	71	112
Duitsland	43	92	65	-	152	281
Finland	188	85	142	75	132	142
Frankrijk	88	40	-	85	119	
Ierland	106	192	197	69	83	55
Italië	34	74	49	71	133	78
Japan	118	17	-	-	58	72
Nederland	53	77	35	77	74	25
Nieuw Zeeland	148	154	6	80	89	21
Noorwegen	85	122	91	73	81	92
Oostenrijk	109	161	98	44	142	523
Spanje	89	70	82	178	101	18
Verenigd Koninkrijk	153	118	142	61	50	15
Verenigde Staten	243	102	259	240	190	64
Zweden	50	96	86	81	125	81
Zwitserland	64	50	52	106	67	73
Gemiddelde	100	100	100	100	100	100

(Bron: OECD, 2009)

### **Het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames in Nederland is internationaal gezien laag**

Voor bepaalde ziektes zou een dure ziekenhuisopname voorkómen kunnen worden door goede preventie of eerstelijnszorg. Wanneer de eerstelijnszorg goedkoper is dan (en net zo effectief als) ziekenhuiszorg levert deze substitutie doelmatigheidswinst op. In de vorige Zorgbalans werd getoond dat het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames voor twaalf aandoeningen zoals astma en longontsteking over de jaren heen toenam, maar minder hard groeide dan het totale aantal opnames in de ziekenhuizen. Voor een aantal van deze aandoeningen zijn internationale gegevens beschikbaar. *Tabel 4.3.6* toont dat Nederland in alle gevallen ruim onder het gemiddelde van deze landen scoort.

### **Verrichtingen binnen de module Modernisatie en Innovatie leiden tot op heden gedeeltelijk tot substitutie van de tweedelij naar de eerstelij**

Het NIVEL heeft voor de jaren 2006 en 2007 onderzocht in welke mate de verrichtingen in de module Modernisatie en Innovatie (M&I) leiden tot een afname in verwijzingen naar de tweedelij (Van Dijk et al., 2009). Deze module bevat verrichtingen die zoveel mogelijk in de eerstelij zouden moeten worden opgevangen, zoals diagnostische metingen voor astma en voor gehoorklachten, longfunctiemetingen, diabetesbegeleiding en kleine chirurgische ingrepen.

In 2006 en 2007 bleek voor kleine chirurgische ingrepen sprake van substitutie: meer verrichtingen in de eerstelij gingen samen met minder doorverwijzingen naar de tweedelij. Bij de overige M&I verrichtingen is dit verband echter niet gevonden. Het totale doelmatigheidseffect is lastig in te schatten, omdat de precieze uitgaven in de tweede lijn die 'uitgespaard' worden en de kwaliteit van de verrichtingen onbekend zijn. Daarbij vormden de M&I verrichtingen tot nu toe nog een beperkt deel van het totaal aan verrichtingen in de huisartsenpraktijk.

### **Dynamische efficiëntie (innovatiegraad)**

#### **Internationaal gezien scoort Nederland gemiddeld in het toepassen van dotteren, bypass en katheterisatie bij hartaanval**

De mate waarin nieuwe technologie wordt toegepast kan behoorlijk verschillen tussen landen. Bech et al. (2009) toonden dit in ieder geval aan voor behandelingen van patiënten met een acuut hartinfarct (AMI). Het gaat om de behandelmethoden katheterisatie, coronaire bypass en dotteren. Van al deze behandelingen is de effectiviteit wetenschappelijk aangetoond. Omdat Nederland niet is opgenomen in de studie van Bech et al. hebben wij op basis van geaggregeerde data gekeken naar het aantal uitgevoerde behandelingen per hartinfarct-opname.

**Tabel 4.3.7: Totaal aantal katheterisaties en dotter- en bypassbehandelingen per ontslagen AMI-patiënt, 2000 en 2006**

	Dotteren		Bypass		Katheterisatie	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Australië	0,6	0,8	0,5	0,3	1,6	1,6
België	1,7	2,8	1,0 <sup>b</sup>	0,9	2,9	3,4
Canada	0,6 <sup>b</sup>	0,8	0,5 <sup>b</sup>	0,5 <sup>d</sup>	0,9 <sup>b</sup>	1,0 <sup>d</sup>
Denemarken	0,5	0,8	0,6	0,3	0,2 <sup>a</sup>	0,1 <sup>d</sup>
Duitsland	-	2,0	-	0,5	-	3,6
Finland	0,2	0,5	0,3	0,2	0,2	0,1
Frankrijk	1,1	1,7	0,3	0,3	3,0	-
Nederland	0,4	1,0	0,4	0,4	1,0	1,4
Nieuw Zeeland	0,4	0,4	0,5	0,3	-	-
Noorwegen	0,4	0,6	0,3	0,2	-	-
Oostenrijk	1,1	-	0,4	0,3 <sup>d</sup>	2,8	3,1 <sup>d</sup>
Spanje	0,8	1,8	0,2	0,2	1,1	1,3
Verenigd Koninkrijk	0,3	0,6	0,3	0,3	0,1	0,06
Verenigde Staten	1,3	2,0	0,4	0,4	1,6	1,7
Zweden	0,3	0,4 <sup>d</sup>	0,2	0,1	-	0,03
Zwitserland	0,6 <sup>b</sup>	0,8	0,3 <sup>b</sup>	0,2	0,3 <sup>b</sup>	0,9
Gemiddelde	0,7	1,1	0,4	0,3	1,3	1,4

(Bron: OECD Health Data, 2009; databewerking RIVM)

<sup>a</sup> 2001; <sup>b</sup> 2002; <sup>c</sup> 2004; <sup>d</sup> 2005

Tabel 4.3.7 toont het resultaat voor de drie typen behandelingen in de jaren 2000 en 2006. Wat opvalt, is dat Nederland een middenpositie innam in deze periode, dat de Scandinavische landen deze behandelingen minder vaak toepasten en dat België, Duitsland, Frankrijk en Luxemburg gemiddeld hoog scoorden. De andere twee behandelingen volgen een vergelijkbaar patroon. Ondanks dat hier geen data op individueel niveau gebruikt zijn, komen deze internationale verschillen behoorlijk overeen met Bech et al..

### **Nederland heeft internationaal een bovengemiddelde positie wat betreft de toepassing van dagbehandelingen**

Het uitvoeren van een behandeling in dagopname in plaats van opname met verblijf kan doelmatiger zijn omdat wordt bespaard op onder andere verblijfskosten. Daarnaast is een dagopname ook voor de patiënt minder tijdrovend. Tabel 4.3.8 toont het aantal dagopnames als percentage van alle opnames voor hernia, amandelen, het strippen van aderen en staar in 2006. Nederland heeft een bovengemiddelde positie wat betreft het percentage dagopnames.

**Tabel 4.3.8: Dagopnames als percentage van alle opnames (2006) en gemiddelde jaarlijkse groei (%) voor hernia, amandelen, strippen aderen en staar naar jaren**

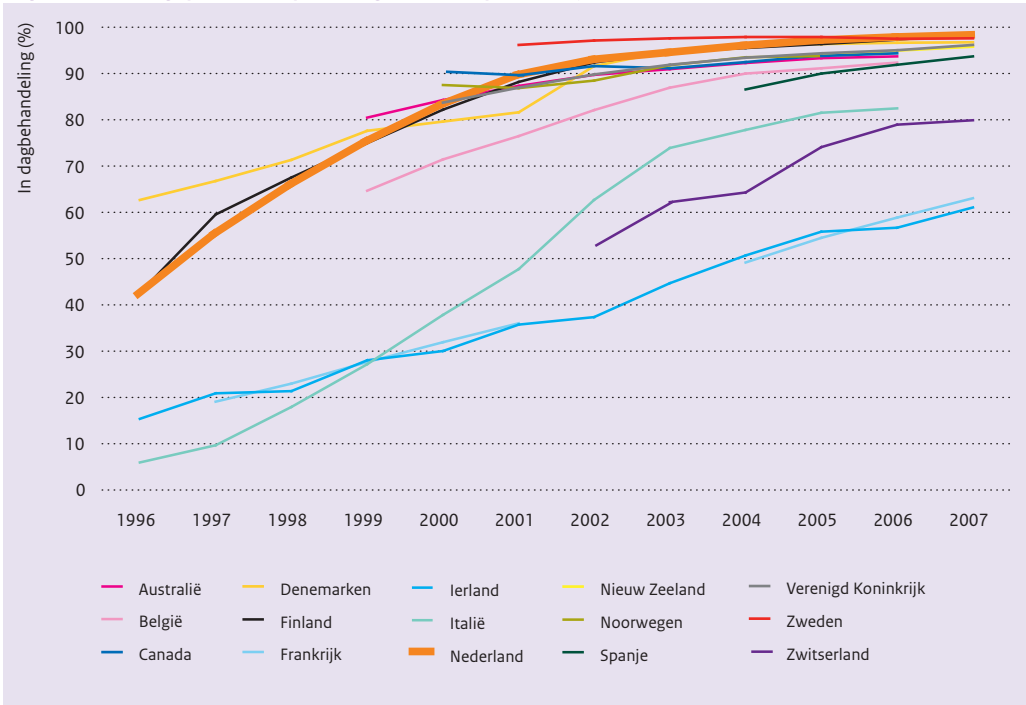
	Jaren	Hernia		Amandelen		Strippen aderen		Staar	
		2006	Groei	2006	Groei	2006	Groei	2006	Groei
Australië	1996-2006	22,9	3,8	5,2	14,9	22,9	7,1	93,5	2,2
België	1999-2006	21,9	13,7	66,5	4,6	70,5	10,9	92,2	5,2
Canada	1999-2006	71,8	2,4	75,6	1,5	91,5	1,2	99,5	-
Denemarken	1996-2007	69,9	5,6	30	9,8	91,1	5,6	96,5	4,0
Finland	1996-2007	53,7	7,0	52,6	26,2	70,2	7,5	97,1	8,0
Frankrijk	1997-2001	-	6,3	19,2	-1,3	-	4,0	58,7	16,2
Ierland	1996-2007	29,8	7,9	0,4	6,5	47,2	10,8	56,5	13,5
Italië	1996-2006	47,1	34,1	30,8	51,0	57,8	27,0	82,3	30,6
Luxemburg	1999-2007	17	0,5	4,9	23,5	30,9	13,8	33,1	3,0
Nederland	1996-2007	57,4	9,9	65	0,4	82,9	6,1	97	8,0
Nieuw Zeeland	1996-2007	49,4	2,2	42,3	3,7	17,9	-6,8	94,8	0,8
Noorwegen	2000-2006	61,4	2,3	52	2,8	85,1	2,8	94,2	1,3
Spanje	2004-2007	32,9	4,5	23,9	2,0	40,8	6,5	91,7	2,7
Verenigd Koninkrijk	1996-2007	54,5	6,2	17,6	17,6	65,9	4,0	94,9	2,0
Zweden	2001-2007	-	-	-	-	-	-	97,3	0,2
Zwitserland	2002-2007	9,5	-3,1	10,4	-4,5	12,9	-8,7	78,8	8,6
Gemiddelde	-	42,8		33,1		56,3		84,9	

(Bron: OECD Health Data, 2009)

<sup>a</sup> De kolom jaren geeft aan voor welke jaren data beschikbaar waren voor deze landen

Figuur 4.3.13 laat zien dat het percentage dagopnames voor staar in verschillende landen al in de buurt van de 100% is gekomen. Nederland had voor deze indicator snel een hoog percentage bereikt.

**Figuur 4.3.13: Dagopnames als percentage van alle opnames bij staar, 1996-2007**



(Bron: OECD Health Data, 2009)

### De adoptiesnelheid van nieuwe kankermedicijnen is in Nederland gemiddeld

De snelheid waarmee nieuwe kankermedicijnen in een land worden geïntroduceerd, nadat ze in Europa op de markt zijn gekomen, varieert tussen landen, in ieder geval in de jaren 1999 tot 2004 (Wilking en Jönsson, 2006). Meer recente data zijn helaas niet beschikbaar. Nederland kende voor deze medicijnen een gemiddelde adoptiesnelheid. Het rapport toont ook dat hoge investeringen in onderzoek niet per definitie samengaan met een hoge verspreidingssnelheid. Het Verenigd Koninkrijk investeert van deze landen het meest (per inwoner) in kankeronderzoek, maar loopt achter wat betreft de adoptie van nieuwe medicatie.

Tabel 4.3.9 toont voor een aantal kankermedicijnen hoe snel deze, na introductie op de Europese markt, zijn toegelaten in de verschillende landen. Voor vijf van de zeven middelen was de introductie op de Nederlandse markt gemiddeld of sneller dan gemiddeld. Bij het toelaten van nieuwe medicijnen zal een afweging worden gemaakt tussen de mogelijke nadelen/risico's van nieuwe technologie waar in het beginstadium nog meer onzekerheid over is, en de mogelijk gemiste gezondheidswinst bij langer wachten.

**Tabel 4.3.9: Adoptiesnelheid nieuwe kankermedicijnen (aantal maanden na introductie in Europa)**

	Dikke darmkanker			Longkanker		Chronische myeloïde leukemie	Non-Hodgskin's lymfklierkanker	Borstkanker
	Irinotecan	Oxaliplatin	Cape-citabine	Vinorelbine	Gem-citabine	Imatinib	Rituximab	Trastuzumab
Europa	sep-95	jul-96	jun-98	jun-89	apr-95	jul-01	dec-97	nov-98
BE	45	63	39	121	21	15	31	29
DEN	39	NA	39	108	23	5	12	25
DU	36	38	33	80	13	4	7	23
FIN	19	NA	33	89	5	4	7	23
FR	0	0	5	0	15	21	6	22
IER	36	NA	33	NA	36	6	8	25
IT	26	47	40	33	15	6	15	27
NL	36	37	36	NA	2	4	7	22
NO	35	NA	4	112	23	1	2	0
OOS	24	23	27	36	2	5	7	23
SP	21	45	32	46	7	9	9	24
VK	18	38	32	96	8	4	6	22
ZWE	33	38	32	88	0	4	6	23
ZWI	36	38	0	81	26	0	0	9
Gem.	29	37	28	74	14	6	9	21

(Bron: Wilking en Jönsson, 2006)

NA = niet aanwezig in het rapport

BE = België; DEN = Denemarken; DU = Duitsland; FIN = Finland; FR = Frankrijk; IER = Ierland; IT = Italië; NL = Nederland; NO = Noorwegen; OOS = Oostenrijk; SP = Spanje; VK = Verenigd Koninkrijk; ZWE = Zweden; ZWI = Zwitserland; Gem. = Gemiddelde

### De verspreiding van nieuwe extramuraal gebruikte geneesmiddelen en het aandeel van nieuwe middelen in de totale geneesmiddelenmarkt namen de laatste jaren af

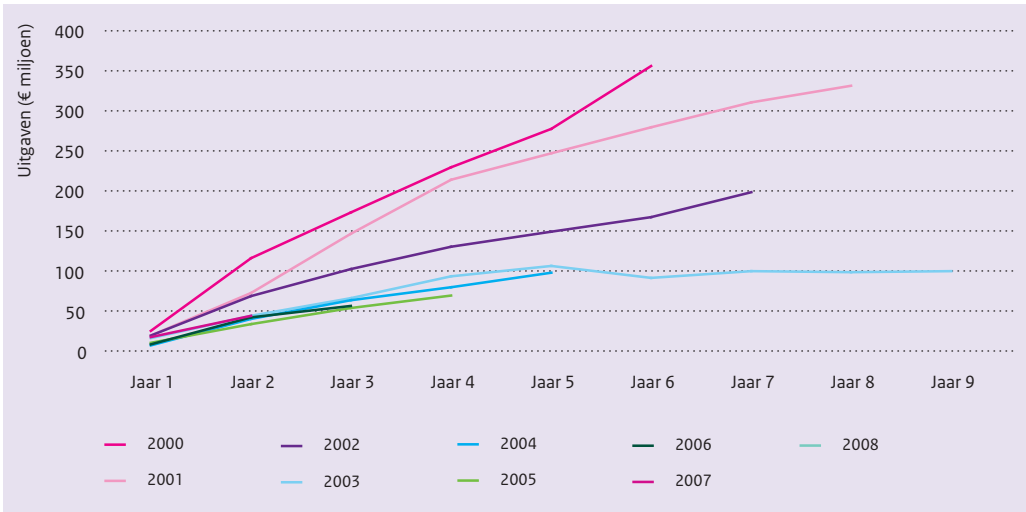
Onlangs publiceerde het CVZ over de uitgaven aan nieuwe extramurale geneesmiddelen (CVZ, 2009b).

*Figuur 4.3.14* toont hoe de uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen zich sinds 2000 hebben ontwikkeld.

Nieuwe geneesmiddelen uit de jaren 2001-2003 groeiden het snelst in omvang (uitgaven).

Geneesmiddelen die tussen 2004 en 2008 op de markt zijn gekomen wisten deze uitgavengroei, in ieder geval in de eerste jaren, niet te bereiken. De in de laatste jaren geïntroduceerde middelen veroverden dus een minder groot deel van de markt.

**Figuur 4.3.14: Totale uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen in Nederland naar introductiejaar (€ miljoen) jaar 1 t/m jaar 9 na introductie, 2000-2008**



(Bron: CVZ, 2009b; databewerking RIVM)

Uit onderzoek blijkt dat de adoptiesnelheid van nieuwe geneesmiddelen in sterke mate afhankelijk is van de houding van de individuele (huis)arts en van het type geneesmiddel (Florentius, 2006). Een kleine groep huisartsen blijkt vaak verantwoordelijk voor een onevenredig aandeel van het gebruik in beginjaren. De invloed van medisch specialisten op het voorschijfgedrag van huisartsen bleek in dit onderzoek beperkt.

### **Nieuwe behandelmethoden substitueren niet altijd bestaande middelen, zoals blijkt uit het gebruik van oude en nieuwe antistollingsmedicatie**

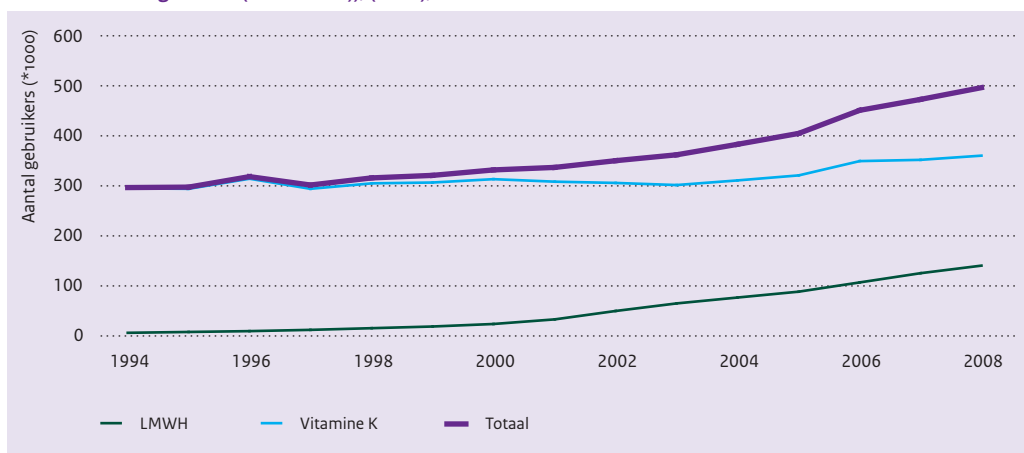
Nieuwe geneesmiddelen worden in ons land toegelaten wanneer ze (kosten)effectiever zijn dan bestaande middelen of (kosten)effectiever zijn dan niet-behandelen in het geval er nog geen behandeling bestaat.

Om te onderzoeken in welke mate nieuwe medicijnen bestaande middelen vervangen, hebben we gekeken naar het gebruik van antistollingsmedicatie. Dit is een van de weinige gebieden waar de laatste jaren door innovaties nieuwe, betere behandel mogelijkheden beschikbaar kwamen. We analyseren het gebruik van laag-gewicht moleculaire heparines (injectie) ten opzichte van vitamine K antagonist (orale medicatie). De nieuwere laag-gewicht moleculaire heparines (LMWH) gaan gepaard met minder controles en hebben een beter voorspelbaar effect (zie bijvoorbeeld Henskens et al., 2007). Er zijn alleen data beschikbaar over extramuraal gebruikte medicatie.



Figuur 4.3.15 toont het aantal gebruikers van deze groepen medicijnen. Het aantal gebruikers van LMWH medicatie nam vanaf het eind van de jaren negentig sterk toe. Tussen 2000 en 2005 groeide vooral het aantal gebruikers van de nieuwe medicatie, terwijl in de jaren vanaf 2005 het aantal gebruikers van zowel de nieuwe als de oude behandeling is gestegen. Dit duidt erop dat, in ieder geval voor deze groep medicijnen, de nieuwe behandeling de oude behandelingsmethode niet per definitie vervangt. De totale markt is gegroeid van 300.000 gebruikers (€ 9,5 miljoen) in 1995 tot ongeveer 500.000 gebruikers (€ 37 miljoen) in 2008.

**Figuur 4.3.15: Aantal gebruikers van antistollingsmedicatie (laag-gewicht moleculaire heparines (LMWH) en vitamine K antagonist (Vitamine K)), (1000), 1994-2008**



(Bron: CVZ data; databewerking RIVM)

### Het aantal zorgaanbieders dat is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt is begin 2010 toegenomen tot 575 van de ongeveer 6500

Het gebruik van elektronische dossiers kan de kwaliteit en efficiëntie van de zorg vergroten (Schoen et al., 2006). Of dit effect ook daadwerkelijk optreedt, zal sterk afhangen van de mate waarin en de manier waarop elektronische dossiers worden gebruikt.

In Nederland wordt een netwerk van elektronische patiëntendossiers opgezet via het Landelijk Schakelpunt (LSP). In 2007 waren 6 zorgaanbieders verbonden aan het LSP, in 2008 nam dit aantal toe tot 58 en begin 2010 bedroeg het aantal aangesloten aanbieders 575 (zie tabel 4.3.10). In het tweede deel van 2009 was er sprake van een behoorlijke stijging. Het totaal aantal aangesloten instellingen bevond zich echter nog onder het streefniveau. Het streven was om in 2009 alle huisartsenposten, huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en apothekers aangesloten te hebben op het LSP (Rijksbegroting, 2007; Rijksbegroting, 2008).

**Tabel 4.3.10: Aantal zorgaanbieders aangesloten op het Landelijk Schakelpunt, 2007-2010**

	Aantal aangesloten				Totaal aantal <sup>a</sup>
	juni 2007	juni 2008	aug 2009	jan 2010	
Huisartsenposten	1	5	7	14	130
Huisartsenpraktijken	5	22	66	153	4235
Ziekenhuizen	0	1	4	10	190
Apothekers	0	30	52	397	1900
Totaal	6	58	129	575	6455

(Bron: Rijksbegroting, 2007; Rijksbegroting, 2008; VWS, 2010b)

<sup>a</sup> Aantal huisartsenpraktijken op basis van Hingstman en Kenens (2008); Aantal huisartsenposten, zie Westert et al. (2008); Aantal ziekenhuizen inclusief categorale ziekenhuizen; Aantal apothekers uit Nationaal Kompas (Van Wieren, 2008)

### Het gebruik van zorg op afstand in de vorm van videocommunicatie en telebegeleiding is in 2008 gestagneerd

Zorg op afstand staat voor het op afstand verlenen van zorg gebruik makend van ICT-mogelijkheden. Door het gebruik van technologie kan de zorgverlening sneller bereikbaar zijn, kan het zorgproces minder belastend zijn voor de cliënt, en kan de cliënt mogelijk langer thuis blijven wonen. Het is echter nog onbekend in welke mate zorg op afstand de doelmatigheid van de zorgverlening daadwerkelijk vergroot. Momenteel wordt zorg op afstand nog voornamelijk in projectvorm uitgevoerd. *Tabel 4.3.11* geeft de ontwikkeling in het aantal zorgaanbieders en gebruikers van zorg op afstand weer tussen 2005 en 2008 (Peeters en Francke, 2009). Het gaat hier alleen om zorg op afstand in de vorm van videocommunicatie en telebegeleiding (dagelijkse automatische advisering via de mobiele telefoon). Eind 2008 maakten ongeveer 1000 cliënten gebruik van deze vormen van zorg op afstand (waarvan 660 met een indicatie voor Awbz-zorg). Dit was ongeveer evenveel als in 2007.

**Tabel 4.3.11: Aantal zorgaanbieders en cliënten dat gebruik maakt van zorg op afstand, 2005-2008**

	2005	2006	2007	2008 <sup>a</sup>
Aantal zorgaanbieders	6	6	8	11
Aantal cliënten	-	-	1125	1021

(Bron: Peeters en Francke, 2009)

<sup>a</sup> 11 zorgaanbieders werken met deze vorm van zorg op afstand, daarnaast zijn 10 instellingen bezig met het opzetten ervan

De Algemene Rekenkamer (2009) constateerde onlangs dat innovaties in de langdurige zorg, zoals zorg op afstand, te langzaam van de grond komen. Drie oorzaken werden hiervoor genoemd:

- 1 weinig prikkels om te innoveren en innovaties te verspreiden (doordat de financiering in de zorg plaatsvindt op basis van het aantal gemaakte uren);
- 2 gebrek aan continuïteit in de financiering;
- 3 remmende regelgeving, gebrek aan ICT-standaarden, en gebrek aan draagvlak bij zorgaanbieders en cliënten.

## Conclusie

De doelmatigheid van het zorgsysteem wordt beoordeeld op basis van de verhouding tussen de kosten en de opbrengsten. De opbrengsten zijn geanalyseerd aan de hand van een aantal doelen, zoals gezondheidsverbetering en klantervaringen. De prestaties worden beoordeeld als uiteenlopend. De gemiddelde gezondheid toonde een gunstige ontwikkeling in recente jaren: na 2003 steeg de levensverwachting sneller dan de jaren ervoor (zie *figuur 4.3.1*). Het is (nog) niet geheel duidelijk in welke mate de zorg hier aan heeft bijgedragen. De substantiële daling in vermijdbare sterfte (20% van de daling in totale sterfte) geeft een indicatie dat de gezondheidszorg hier een rol in heeft gehad. Op het terrein van gezondheidsverschillen en klantervaringen is minder veranderd. De uitgavengroei heeft de prestatie op deze doelen niet veranderd. Verschillen in (gezonde) levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden bleven in het afgelopen decennium constant. Voor zover er gegevens zijn over patiëntervaringen blijkt dat ook deze over de jaren constant zijn gebleven. Een goede internationale vergelijking is alleen op het terrein van de gemiddelde gezondheid te maken. De sterke groei in levensverwachting in de laatste jaren was ook in andere westerse landen zichtbaar. Daarnaast zijn er landen die dezelfde gezondheidsuitkomsten met minder uitgaven realiseren en zijn er landen waar de verhouding tussen uitgavenstijging en gezondheidsverbetering gunstiger is.

Naast macro-ontwikkelingen is gekeken naar doelmatigheid op mesoniveau. Ook hierin stond de verhouding tussen prestaties en ingezette middelen centraal. We bekeken de gemiddelde ontwikkeling van de sectoren evenals verschillen tussen instellingen binnen een sector. Helaas is het vanwege de verschillende uitkomstmaten nog lastig om sectoren onderling te vergelijken. Op basis daarvan zou ook de allocatieve efficiëntie in het systeem kunnen worden beoordeeld: worden de middelen op de juiste plek ingezet?

De verscheidenheid aan uitkomstmaten wordt mede veroorzaakt door het ontbreken van eenduidige kwaliteitsinformatie in termen van gerealiseerde gezondheidswinst. Opbrengsten worden gemeten in termen van bijvoorbeeld het aantal patiënten, behandelingen of uren geleverde zorg. Het ontbreken van kwaliteitsinformatie is een belangrijk nadeel van veel doelmatigheidstudies op mesoniveau. Wat opvalt in deze studies is dat in de meeste sectoren de hoeveelheid geleverde zorg de afgelopen jaren behoorlijk is toegenomen, onder andere in de ouderenzorg, de ziekenhuiszorg en de GGZ. In de ziekenhuiszorg stond hier een minder snelle stijging van de ingezette middelen tegenover. De productiviteit van ziekenhuizen nam tussen 2003 en 2008 toe met gemiddeld 3% per jaar. De groei van de hoeveelheid geleverde ouderenzorg ging gepaard met een minder snelle toename in arbeidsinzet. In de GGZ ging de volumegroei samen met een minder snelle stijging in arbeidsinzet en in reële uitgaven. Het voorgaande kan een gunstige ontwikkeling zijn, mits de groei in kwantiteit niet teniet wordt gedaan door een daling in kwaliteit.

Vanuit het doelmatigheidsperspectief kan ook worden gekeken naar de mate van verspilling in het zorgsysteem. Met andere woorden: is het mogelijk om met minder middelen dezelfde prestaties in termen van gezondheid en klantervaringen te realiseren? Bentley et al. (2008) presenteerden een conceptueel kader voor het analyseren van verspilling in een zorgsysteem. Zij maakten onderscheid naar drie typen verspilling: administratieve verspilling, operationele verspilling (inefficiënt productieproces / technische inefficiëntie) en klinische verspilling (produceren van 'low-value' zorg / allocatieve inefficiëntie).

tie). Administratieve lasten zijn in elk zorgsysteem aanwezig en behoren ook tot de normale beroepsuitoefening, denk aan het bijhouden van een patiëntdossier. De optimale hoogte van administratieve lasten is lastig in te schatten. Internationale vergelijkingen laten in ieder geval zien dat de uitvoeringskosten van de zorgverzekering in vooral Scandinavische landen lager zijn. Daarnaast is gekeken naar de mate van overhead en viel op dat de ziekenhuizen een hoger percentage werknemers in overhead-functies hadden dan de GGZ, de ouderenzorg en vooral de gehandicaptenzorg.

Om meer zicht te krijgen op operationele verspilling en klinische verspilling zijn verschillen tussen regio's en instellingen in termen van prijzen en zorggebruik (medisch handelen) in kaart gebracht. Wanneer verschillen tussen instellingen of regio's niet samenhangen met betere uitkomsten of niet worden verklaard door verschillen in zorgzwaarte duidt dit op inefficiëntie. Binnen het huidige onderzoek is een dergelijke volledige verklaring van variaties nog niet altijd mogelijk. We toonden variatie in dbc-prijzen tussen ziekenhuizen, variatie in ligduur tussen ziekenhuizen na correctie voor patiëntkenmerken, variatie in het aantal ziekenhuisbehandelingen na correctie voor leeftijd en huishoudinkomen, variatie tussen huisartsen in hun keuze voor generieke geneesmiddelen en variatie tussen huisartsenposten in consulttarieven. Verder onderzoek is nodig om deze verschillen te verklaren.

In het laatste deel van deze paragraaf werd een andere dimensie van het thema doelmatigheid bestudeerd, namelijk de dynamische efficiëntie. Bij het beoordelen van de dynamische efficiëntie is gekeken naar de adoptie- en verspreidingsnelheid van innovaties of nieuwe medische technologie. Nederland scoort goed bij het toepassen van dagbehandelingen en gemiddeld op de adoptiesnelheid van nieuwe kankermedicijnen en het gebruik van nieuwe technologie bij patiënten met een hartaanval. De invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) gaat nog altijd trager dan gepland. De belangrijkste vraag die nog onbeantwoord blijft is wat de werkelijke toegevoegde waarde is van nieuwe technologie, bijvoorbeeld in termen van gezondheidswinst?

## 4.4 Financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars

### Kernbevindingen

- De rentabiliteit van zorginstellingen schommelde tussen 2006 en 2008 rond de 1%; ongeveer 25% van de instellingen had in 2008 een negatief resultaat
- De gemiddelde solvabiliteit van zorginstellingen is in 2008 licht verbeterd; de spreiding tussen zorginstellingen bleef aanzienlijk en een groot aantal instellingen zat nog onder de streefnorm van 15%
- Zorgverzekeraars leden ook in 2008 verlies; de verliezen werden in de periode 2006-2008 wel kleiner
- De solvabiliteitsmarge van zorgverzekeraars was in 2008 nog ruim boven het vereiste niveau; tussen 2006 en 2008 nam het overschot wel af van € 3,6 miljard naar € 2,6 miljard

## Hoe we de financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars vaststellen

In deze paragraaf behandelen we de financiële situatie van de gezondheidszorg vanuit het perspectief van zorginstellingen en zorgverzekeraars. Op basis van de jaarverslagen van zorginstellingen en gegevens van de Nederlandsche Bank (DNB, 2009) wordt een beeld gegeven van de lopende financiële resultaten en van de financiële weerbaarheid op lange termijn. Hiervoor kijken we naar de indicatoren rentabiliteit en solvabiliteit. De rentabiliteit zegt iets over de winstgevendheid van instellingen in het lopende jaar. De solvabiliteit geeft weer of instellingen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen.

Net als in de vorige Zorgbalans worden de categorieën curatieve zorg en langdurige zorg onderscheiden. Vooral binnen de langdurige zorg is een groeiend aantal concerns in meerdere sectoren actief (zoals verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en Wmo-zorg). Daardoor is een verdere opsplitsing binnen de langdurige zorg nauwelijks mogelijk. Daarnaast tellen instellingen die in meerdere onderdelen van de langdurige zorg actief zijn, op deze manier één keer mee. De jaarverslagen van zorginstellingen zijn verkregen via het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). De financiële gegevens van ongeveer 1000 zorgconcerns zijn geïncludeerd. Daarnaast zijn de uitkomsten vergeleken met rapportages van onder andere PWC (PWC, 2009), het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ, 2009) en het CBS (CBS, 2009c).

### Indicatoren

- Rentabiliteit zorginstellingen
- Solvabiliteit zorginstellingen
- Rentabiliteit zorgverzekeraars
- Solvabiliteit zorgverzekeraars

## De stand van zaken

### **De rentabiliteit van zorginstellingen schommelde tussen 2006 en 2008 rond de 1%; ongeveer 25% van de zorgconcerns had in 2008 een negatief resultaat**

De gemiddelde rentabiliteit (verhouding tussen het resultaat en de totale bedrijfsopbrengsten) van zorginstellingen schommelde tussen 2006 en 2008 rond de 1%. De resultaten in de curatieve zorg waren in 2007 en 2008 iets beter dan in de langdurige zorg (zie tabel 4.4.1). Alleen bij instellingen die actief waren in de GGZ was sprake van een significante daling in winstgevendheid in 2008 (zie ook PWC, 2009). Er is nog altijd sprake van een behoorlijke variatie in rentabiliteit tussen instellingen (zie ook WfZ, 2009). Ongeveer een kwart van de zorgconcerns had een negatief resultaat in 2008. Ongeveer 10% van de instellingen had een negatief resultaat in 2007 en 2008. Over de jaren heen is het percentage instellingen met een negatief resultaat gegroeid, in 2005 ging het nog om 10% van alle zorgaanbieders. In 2007 lag dit percentage hoger, op ongeveer 30%. Verder is opvallend dat ongeveer 50% van de instellingen die relatief veel huishoudelijke zorg leverden (zorginstellingen waar huishoudelijke zorg meer dan 5% van de totale opbrengst vormde) een negatief resultaat kende in 2008 (CBS, 2009c).

In de curatieve zorg daalde het percentage instellingen met een negatief resultaat sterk in 2008; onder de ziekenhuizen van ongeveer 30% naar 15%. Het resultaat van ziekenhuizen werd in 2007 en 2008 wel positief beïnvloed door incidentele ‘nacalculatiebaten’ uit voorgaande jaren. Deze eenmalige effecten waren ook in de gehandicaptenzorg zichtbaar (PWC, 2009).

**Tabel 4.4.1: Rentabiliteit zorginstellingen, 2005-2008<sup>a</sup>**

	2005	2006	2007	2008
Curatieve zorg	1,3	0,9	1,3	1,3
Langdurige zorg	2,5	1,1	0,7	1,0

(Bron: Westert et al., 2008; CIBG data, databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Curatieve zorg = ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, revalidatiecentrum, traumacentrum, Wet bijzondere medische verrichtingen. Langdurige zorg = verpleging, verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, GGZ. Het resultaat per sector is een naar omzet gewogen gemiddelde van alle instellingen

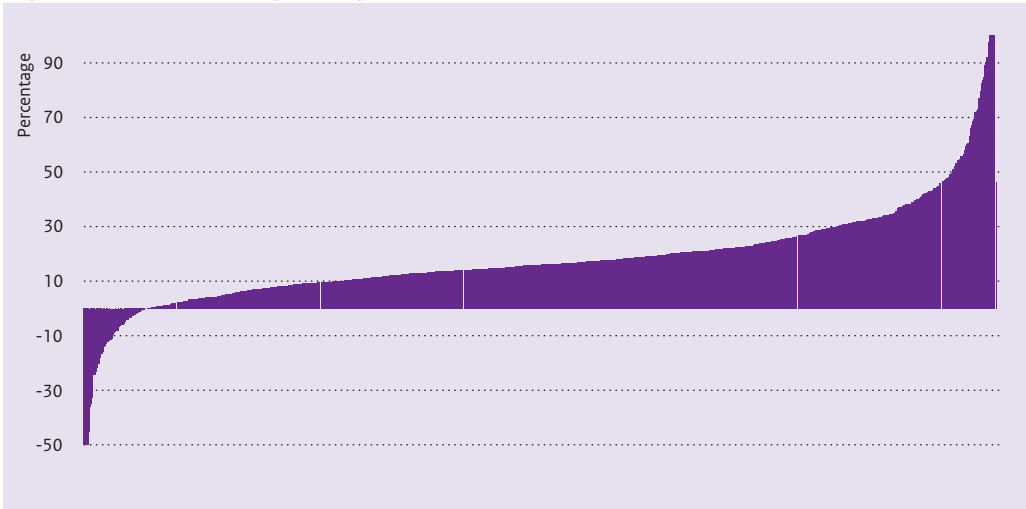
#### **De gemiddelde solvabiliteit van zorginstellingen is in 2008 licht verbeterd; de spreiding tussen zorginstellingen bleef aanzienlijk en een groot aantal instellingen zat nog onder de streefnorm van 15%**

De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin instellingen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. Op instellingsniveau is deze indicator gedefinieerd als de verhouding tussen het eigen vermogen en de totale bedrijfsopbrengsten. In 2008 bedroeg de solvabiliteit van zorgaanbieders gemiddeld 15%, ten opzichte van 14,6% in 2007 en ongeveer 13% in 2006 (CIBG data, databewerking RIVM).

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) biedt instellingen de mogelijkheid om goedkoop leningen af sluiten door garant te staan voor terugbetaling. Om hier gebruik van te kunnen maken moeten instellingen kredietwaardig zijn en aan een aantal voorwaarden voldoen. Zo wordt voor de solvabiliteit een streefnorm van 15% gehanteerd. Tweederde van de instellingen in de curatieve zorg had in 2008 een solvabiliteit onder de 15%. In de langdurige zorg was de situatie in 2008 iets beter, daar kwam ruim 40% van de instellingen nog niet aan de 15% norm (zie ook CBS, 2009c). In de marktsector is de solvabiliteitseis over het algemeen hoger dan 15%.

De lichte vooruitgang in het eigen vermogen in 2008 werd gedeeltelijk veroorzaakt door een aantal boekhoudkundige wijzigingen (overboeking egalisereserves naar het eigen vermogen). Verder was nog altijd sprake van een aanzienlijke variatie in solvabiliteit tussen zorginstellingen, zie *figuur 4.4.1*.

**Figuur 4.4.1: Solvabiliteit zorginstellingen, 2008 <sup>a</sup>**

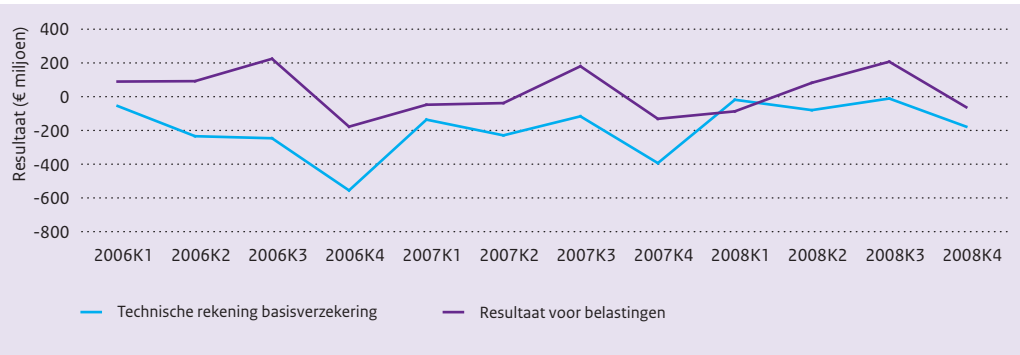


(Bron: CIBG data, databewerking RIVM)

<sup>a</sup> Instellingen met een omzet groter dan € 1 miljoen

**Zorgverzekeraars leden ook in 2008 verlies; de verliezen werden in de periode 2006-2008 wel kleiner**  
Figuur 4.4.2 toont het financiële resultaat van zorgverzekeraars tussen 2006 en 2008. Op de basisverzekering werd tussen 2006 en 2008 het grootste verlies geleden, in 2006 was dit ongeveer € 560 miljoen en in 2008 een kleine € 186 miljoen. Het totaal resultaat is minder negatief, in 2008 € 73 miljoen. Het verschil tussen het resultaat op de basisverzekering en het totaal resultaat bestaat uit het resultaat op aanvullende verzekeringen, kosten en opbrengsten uit eerdere jaren en beleggingsopbrengsten. Het beleggingsresultaat was in 2008 een stuk slechter dan de jaren ervoor. Zonder dit verlies was het totale resultaat eind 2008 positief geweest.

**Figuur 4.4.2: Gecumuleerd resultaat technische rekening basisverzekering en resultaat voor belastingen, (€ miljoen) per kwartaal (K1-K4), 2006-2008**



(Bron: DNB, 2009)

Tabel 4.4.2 toont, in aanvulling op het landelijke beeld in *figuur 4.4.2*, de financiële resultaten van de vier grote zorgverzekeraars, die rond de 85% van de markt in handen hebben. Ook hieruit blijkt dat het resultaat op de technische rekening (het operationele resultaat op de basisverzekering en de aanvullende verzekering) in 2008 beter was dan in 2007.

**Tabel 4.4.2: Resultaat vier grote zorgverzekeraars, 2007-2008<sup>a</sup>**

	Aantal verzekerden (*1000)		Totaal resultaat voor belastingen (€ 1000)		Resultaat technische rekening zorgverzekering (€ 1000)	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Achmea	4.728	4.764	-	-	-	-
• basis					-52.000	8.000
• aanvullend					38.000	102.000
Menzis	1.954	2.062	-14.258	-25.994	-34.820	3.319
UVIT	4.220	4.275	-	-	-	-44.226
CZ	2.597	2.599	15.866	-50.509	-44.484	43.352

(Bron: Eureka, 2009; Menzis, 2009; UVIT, 2009; CZ, 2009)

<sup>a</sup> Over Achmea (als onderdeel van de Eureka Holding) en het onderdeel zorg van UVIT worden alleen de resultaten van de technische rekening (basis en aanvullend) gepresenteerd

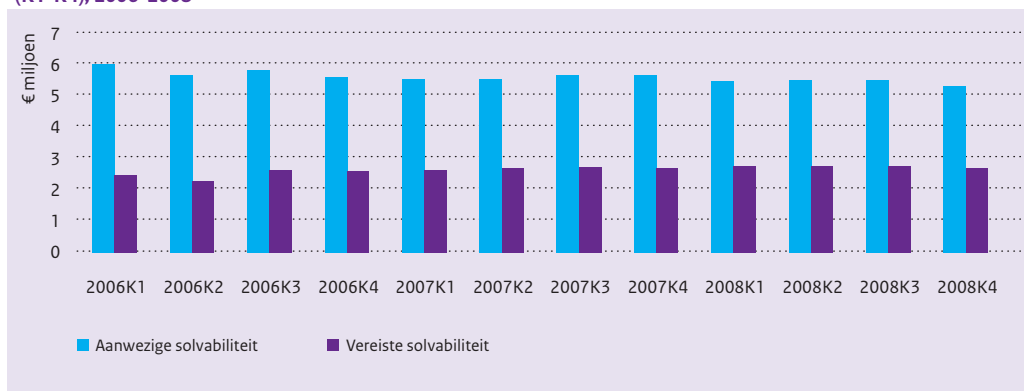
### **De solvabiliteitsmarge van zorgverzekeraars was in 2008 nog ruim boven het vereiste niveau; tussen 2006 en 2008 nam het overschot wel af van € 3,6 miljard naar € 2,6 miljard**

De solvabiliteit zegt iets over de financiële weerbaarheid op langere termijn. De DNB beoordeelt dit als toezichthouder bij de zorgverzekeraars. De vereiste solvabiliteit wordt prospectief berekend op basis van de totale lasten van verzekeraars.



Uit *figuur 4.4.3* blijkt dat ook in 2008 de solvabiliteitspositie van de zorgverzekeraars nog ruim boven de door de DNB vastgestelde norm was. Het overschot is in de afgelopen drie jaar wel afgenomen van € 3,6 miljard begin 2006 naar € 2,6 miljard eind 2008.

**Figuur 4.4.3: Aanwezige solvabiliteit en vereiste solvabiliteit van zorgverzekeraars (€ miljoen), per kwartaal (K1-K4), 2006-2008**



(Bron: DNB, 2009)

## Conclusie

In 2007 en 2008 was de financiële positie van zorginstellingen nog steeds een punt van zorg. Dit blijkt onder andere uit de rentabiliteit die de laatste jaren gemiddeld rond de 1% lag. Daarbij werd de relatief gunstige winstgevendheid in de ziekenhuiszorg en gehandicaptenzorg in 2008 positief beïnvloed door incidentele baten. Opvallend waren de minder goede resultaten voor de GGZ en voor instellingen met veel huishoudelijke verzorging (Wmo). De resultaten laten zien dat de marges in de zorg nog altijd klein zijn. Het percentage instellingen dat niet kostendekkend opereerde daalde in 2008 naar van 30% naar 25%. Ongeveer 10% van de instellingen leed zowel in 2007 als in 2008 verlies.

Zorginstellingen maakten in termen van solvabiliteit een kleine stap voorwaarts. Dit komt mede door de geringe winstmarges waarmee instellingen vermogen kunnen opbouwen. Gemiddeld genomen lag de solvabiliteit in 2008 rond de 15%. Ziekenhuizen blijven nog enigszins achter bij instellingen in de langdurige zorg. Een groot aantal instellingen scoort nog onder de streefnorm van 15%, één van de kredietwaardigheidseisen van het WfZ. In een meer concurrerende omgeving zal naar een hogere solvabiliteit worden gestreefd, omdat de financiële risico's groter worden en geldverleners hogere eisen gaan stellen aangaande de kredietwaardigheid van instellingen. De veranderingen in de bekostiging van zorginstellingen spelen hierbij een rol. Er wordt in steeds mindere mate gewerkt met budgetten en voorschotten. Zorginstellingen worden meer gefinancierd op basis van geleverde producten/prestaties en onderhandelingen met verzekeraars. Hiervoor zijn de te leveren zorgproducten opnieuw gedefinieerd. Zo wordt de ziekenhuiszorg meer gefinancierd op basis van dbc's welke momenteel worden getransfor-

meer tot de minder gedetailleerde DOT's. In de geneeskundige GGZ is in 2008 een begin gemaakt met de financiering op basis van dbc's en in de intramurale Awbz-zorg worden zorgzwaartepakketen (financiering op basis van zorgzwaarte) de leidraad. Verder moeten instellingen in de toekomst kapitaal-lasten terugverdienen vanuit de geleverde productie (zoals dbc's). Deze laatste transitie verandert de waardepeiling van activa wat nog onduidelijke gevolgen heeft voor de vermogenspositie van instellingen (WfZ, 2009; PWC, 2009). Ook over de tarieven van DOT's en ZZP's en de gevolgen ervan voor de financiële huishouding bestaat bij instellingen nog aanzienlijke onzekerheid. Vanwege deze onzekerheden zal er een overgangperiode komen waarin de financiële positie van instellingen wordt gewaarborgd door het ministerie van VWS.

De zorgverzekeraars hebben hun financiële resultaat tussen 2006 en 2008 zien verbeteren. In 2006 werden er nog aanzienlijke verliezen geleden. Twee jaar later waren de resultaten, in ieder geval op de basisverzekering, beter. Het totale resultaat van 2008 werd alsnog negatief beïnvloed door 'factoren buiten de zorg', in belangrijke mate door slechte beleggingsresultaten. Zorgverzekeraars hebben tussen 2006 en 2008 verder ingeteerd op hun vermogen. Deze blijft vooralsnog wel ruim boven de door de DNB geëiste solvabiliteitsmarge. Wanneer het ex-post compensatiesysteem verder wordt afgebouwd kunnen de solvabiliteitseisen strenger worden, aangezien de risico's die zorgverzekeraars lopen in dat geval toenemen.

De resultaten uit deze paragraaf geven inzicht in de houdbaarheid en continuïteit van instellingen, en tegelijkertijd in de werking van de markt (zie ook *hoofdstuk 5*). Vanuit het oogpunt van marktwerking en vanuit het oogpunt van continuïteit kunnen bovenstaande bevindingen verschillend worden beoordeeld. In een vrijere en meer risicovolle markt zullen de slecht presterende instellingen niet overleven en zijn negatieve resultaten niet ongewoon. De grote variatie in financiële prestaties laat zien dat dit voor een deel van de instellingen kan gaan gelden. Dit kan een negatief effect hebben op de continuïteit van zorg, maar in welke mate is op dit moment nog niet te overzien.

# 5

## Effecten van de stelselwijziging

### 5.1 Inleiding

#### **Kernbevindingen**

- De kwaliteit van de curatieve zorg ontwikkelt zich in Nederland niet opvallend anders dan in de ons omringende landen
- In kwaliteit en toegankelijkheid hebben zich geen opvallende trendbreuken voorgedaan sinds 2006; de macrokosten stijgen de afgelopen jaren wel sterker dan voor 2006
- Aan de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie is niet volledig voldaan, daardoor zijn de beoogde effecten nog niet zichtbaar
- Kwaliteit speelt bij de zorginkoop nog een beperkte rol, de prijs geeft de doorslag
- Informatie en transparantie over kwaliteit is essentieel en is nog onvoldoende beschikbaar; concurrentie alleen op prijs kent risico's
- De stelselwijziging is een kwestie van lange adem, voortgaande evaluatie en continue monitoring van de effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en kosten is wenselijk

In de vorige Zorgbalans is vermeld dat de Zorgbalans 2010 zal evalueren of verbeteringen rond transparantie met betrekking tot de kwaliteit van zorg, het afbouwen van financiële zekerheden en garanties voor zorgaanbieders en de uitbreiding van onderhandelbare zorg, de concurrentie verder hebben gestimuleerd en wat hiervan de effecten zijn op de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van zorg. Op die vraag gaat dit hoofdstuk in. Concurrentie in de Awbz-sector blijft buiten beschouwing. Vooraf moet

worden opgemerkt dat de overgang naar geregleerde concurrentie in het zorgstelsel een geleidelijk proces is en dat effecten daarom ook pas na enige tijd zichtbaar worden. De stelselwijziging is een langdurig proces dat al sinds de jaren '90 in gang gezet is en ook nu nog gaande is. Het is lastig om te bepalen wat het effect is van een proces dat nog voortdurend aan wijzigingen onderhevig is. Toch proberen we in dit hoofdstuk een soort van tussenbalans op te maken waarin we 2006, het jaar waarin de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg van kracht werden, als sleuteljaar nemen.

### **Indeling van het hoofdstuk**

Eerst wordt kort uitgelegd wat er onder geregleerde concurrentie in de gezondheidszorg wordt verstaan en welke belangrijke beleidsontwikkelingen zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan (*paragraaf 5.2*).

Vervolgens worden de indicatoren die in de andere hoofdstukken zijn besproken in relatie tot de stelselwijziging geëvalueerd. Dit wordt gedaan voor elk van de publieke doelen. We beoordelen vooral of er in de afgelopen jaren opvallende trendverschillen zijn opgetreden ten opzichte van andere landen, of er opvallende trendbreuken zijn geweest voor en na het sleuteljaar 2006 en of er zich opvallende veranderingen hebben voorgedaan in onderdelen van de zorg waar al wat langer sprake is van meer concurrentie (*paragraaf 5.3*).

Een voorwaarde om de resultaten te behalen zoals beoogd met de stelselwijziging is dat het systeem van geregleerde concurrentie werkt. Daarom wordt ook ingegaan op de voorwaarden voor succes van geregleerde concurrentie (*paragraaf 5.4*). Het gaat hierbij om noodzakelijke voorwaarden, wat niet wil zeggen dat deze voorwaarden een garantie zijn voor het succes van geregleerde concurrentie. Het systeem van geregleerde concurrentie kan beter functioneren en beter bijdragen aan het borgen van de publieke belangen in de zorg naarmate er beter aan deze voorwaarden is voldaan.

Er wordt afgesloten met een conclusie en beschouwing (*paragraaf 5.5*).

## **5.2 Geregleerde concurrentie in de gezondheidszorg**

Kleine stappen die aanvankelijk als omkeerbaar werden gezien, hebben geleidelijk de weg vrijgemaakt naar invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg in 2006. Daarna zijn belangrijke vervolgstappen gezet voor de invoering van geregleerde concurrentie in het zorgstelsel.

### **Belangrijkste kenmerken van het huidige systeem**

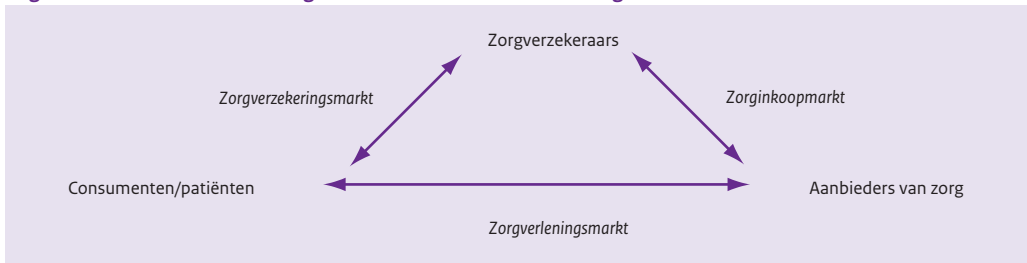
Met de introductie van het model van geregleerde concurrentie wil de overheid komen tot een doelmatig werkend stelsel waarmee alle ingezetenen van Nederland, ongeacht leeftijd, gezondheid of inkomen, toegang krijgen tot kwalitatief goede en voor de samenleving betaalbare zorg (VWS, 2004c).

In de gezondheidszorg zijn drie 'marktpartijen' te onderscheiden: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers. De markt is hiermee te verdelen in drie deelmarkten (zie *figuur 5.2.1*). Zoals op iedere markt is er ook op de zorgmarkt vraag en aanbod:

- op de *zorgverleningsmarkt* vragen patiënten zorg en bieden zorgaanbieders zorg aan;
- op de *zorginkoopmarkt* kopen zorgverzekeraars zorg in bij zorgaanbieders en bieden zorgaanbieders zorg aan. Voor ketenzorg geldt ook dat zorgaanbieders zorg inkopen bij andere zorgaanbieders;
- op de *zorgverzekeringsmarkt* sluiten consumenten verzekeringen af en bieden zorgverzekeraars verzekeringen aan.

De verschillende markten zijn onderling verbonden: om de ene markt te laten werken moeten ook de andere markten werken. De bedoeling is dat zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt zorg inkopen met een goede prijs en kwaliteit, dat burgers daarop hun zorgverzekeraars beoordelen en op de zorgverzekeringsmarkt hun zorgverzekeraar en zorgverzekering kiezen, en dat dit tezamen effect heeft op de zorg die burgers uiteindelijk kiezen en gebruiken op de zorgverleningsmarkt. Als verzekerden hier niet tevreden over zijn zouden zij signalen moeten afgeven aan hun zorgverzekeraar (bijv. door te wisselen van zorgverzekeraar). Zorgverzekeraars zouden hierdoor moeten worden geprikkeld om betere zorg in te kopen op de zorginkoopmarkt (zie *figuur 5.2.1*). De Zorgbalans richt zich op alle markten.

**Figuur 5.2.1: Schematische weergave van de deelmarkten in de zorgmarkt**



De belangrijkste kenmerken van de het huidige systeem zijn: er is een verzekeringsplicht, een door de overheid vastgesteld basispakket, zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor dit basispakket, er is een verbod op premiedifferentiatie, verzekerden mogen jaarlijks van zorgverzekeraar wisselen en om prikkels tot risicoselectie te minimaliseren is er een risicovereveningssysteem waarin zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor voorspelbare verschillen in zorgkosten, op basis van het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie.

Zorgverzekeraars hebben geen contracteerplicht. Ze mogen zelf bepalen of en met welke zorgaanbieders ze contracten afsluiten. Ze hebben wel een zorgplicht. Verzekerden onder een bepaalde inkomensgrens hebben recht op zorgtoeslag. Deze inkomensgerelateerde toeslag compenseert voor een deel de kosten van de premie voor de zorgverzekering. Verzekerden met onvermijdbare hoge zorgkosten hebben recht op compensatie van het eigen risico.

In de gezondheidszorg is geen sprake van een geheel vrije markt, maar van een markt met *gereguleerde* concurrentie. Dat betekent dat vragers en aanbieders weliswaar vrijheid hebben, maar dat die vrijheid is afgebakend door wetten en regels om ongewenste effecten te voorkomen en de publieke doelen

kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te waarborgen. Voorbeelden van regulering zijn de verzekeringsplicht en de acceptatieplicht; iedereen is verplicht een verzekering af te sluiten voor een door de overheid vastgesteld basispakket en zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen als klant te accepteren voor dit basispakket.

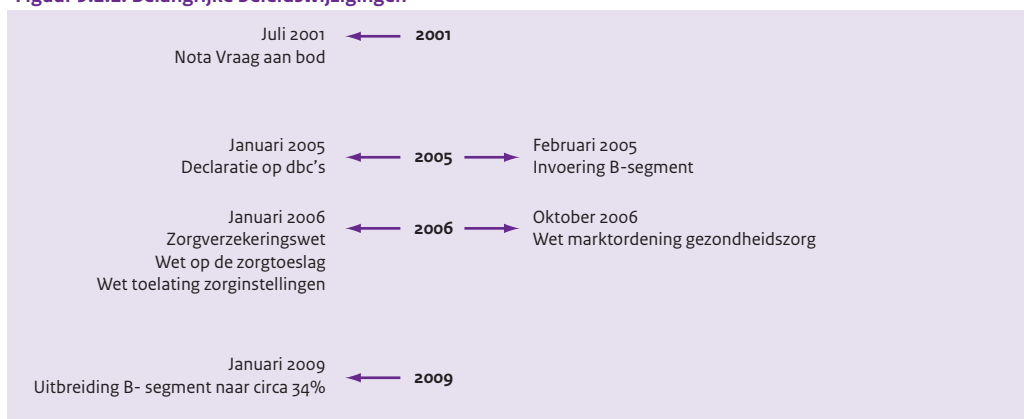
## 5.2.1 Belangrijke beleidswijzigingen

Kleine stappen die aanvankelijk als omkeerbaar werden gezien, hebben geleidelijk de weg vrijgemaakt voor de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Zo zijn tussen 1990 en 2006 onder meer de volgende stappen gezet:

- opheffing van het regionale monopolie van ziekenfondsen;
- ziekenfondsverzekerden kregen de mogelijkheid om jaarlijks van ziekenfonds te wisselen;
- de financiële verantwoordelijkheid van ziekenfondsen werd geleidelijk uitgebreid;
- de verplichting om alle extramurale zorgaanbieders te contracteren werd afgeschaft;
- er werd een vereveningsstelsel ontwikkeld en ingevoerd;
- vaste tarieven werden vervangen door maximumtarieven.

Na het verschijnen van de nota *Vraag aan bod* (VWS, 2001) heeft de overheid een aantal beleidswijzigingen doorgevoerd om gereguleerde concurrentie op gang te brengen met als doel te komen tot een doelmatig werkend stelsel. We beperken ons tot een aantal mijlpalen. Deze zijn op een tijdslijn weergegeven in *figuur 5.2.2*.

**Figuur 5.2.2: Belangrijke beleidswijzigingen**



## **Declaratie op basis van diagnose behandeling combinaties**

Diagnose behandeling combinaties (dbc) definiëren de producten in de ziekenhuiszorg. Doordat 'zorgproducten' hiermee zijn afgebakend, is dit de basis voor prestatiebekostiging. Vanaf 2005 zijn ziekenhuizen verplicht om te declareren op basis van dbc's. De dbc is de basis van het betalingssysteem voor de ziekenhuiszorg en de geneeskundige GGZ. Elke dbc heeft een eigen code die zorgverleners gebruiken in de administratie.

## **Invoering B-segment**

Sinds 2005 is voor een deel van de ziekenhuiszorg sprake van vrije prijzen (het zogenoemde B-segment). In 2005 ging het om circa 7% van de totale kosten van de ziekenhuiszorg. Het B-segment is sindsdien jaarlijks uitgebreid. In 2008 bestond het B-segment uit circa 20% van de totale kosten van de ziekenhuiszorg. In 2009 is dit uitgebreid naar circa 34%. In 2010 heeft geen verdere uitbreiding plaatsgevonden. Mogelijk wordt het B-segment in de toekomst verder uitgebreid. Verzekeraars kunnen in dit segment met zorgaanbieders over zowel prijzen als volume en kwaliteit van dbc's onderhandelen en krijgen in dit segment ruimte voor een sterkere rol als inkoper van zorg. Voor de rest van de ziekenhuiszorg (A-segment) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de hoogte van de prijzen vast; zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen in het A-segment alleen over het volume en de kwaliteit onderhandelen.

In 2005 zijn ook de tarieven voor de fysiotherapie vrijgegeven. In de huisartsenzorg is sinds 2006 een klein deel van de zorg, de M&I-verrichtingen, onderhandelbaar. In 2008 zijn de tarieven voor oefen-therapie vrijgegeven, in 2009 die voor dieetadvisering. Daarnaast gelden vrije tarieven voor de eerstelijnspsycholoog.

In januari 2007 werd het mogelijk om (kleinschalig) te experimenteren met vrije prijsvorming in de integrale bekostiging van de zorg voor chronische zieken. Per 1 januari 2010 is de integrale bekostiging structureel ingevoerd voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement. Per 1 juli 2010 wordt gestart met de integrale bekostiging van COPD. Met de integrale bekostiging wordt ook een systeem van kwaliteitsinformatie ingevoerd.

## **Invoering Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag**

Op 1 januari 2006 werden de Zorgverzekeringwet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) van kracht. Op grond van de Zvw is iedereen die legaal in Nederland woont of werkt verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. De Wzt compenseert mensen met een laag inkomen voor de zorgpremie.

## **Invoering Wet toelating zorginstellingen**

Met de introductie van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) in januari 2006 zijn de toetredingsmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders verruimd. De toelating is losgekoppeld van de vergunning om te mogen bouwen. Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) mogen alle zorg in het B-segment aanbieden (naast alle niet-klinische zorg in het A-segment). Hierdoor wordt concurrentie op de zorginkoopmarkt vergroot.

### Wet marktordening gezondheidszorg

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is in oktober 2006 ingevoerd. De Wmg kent vier doelstellingen. De wet bevordert dat:

- waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden;
- waar dat moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren;
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars patiënten en verzekerden goede informatie geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen, met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is;
- er samenhang is in de regulering van en het toezicht op de zorgmarkten.

## 5.3 Effecten van gereguleerde concurrentie

In de Memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet (VWS, 2004c) staat waar het nieuwe stelsel toe moet leiden. Voor consumenten gaat het om meer keuzevrijheid, meer eigen verantwoordelijkheid en betaalbare zorg. Zorgverzekeraars zouden in het nieuwe stelsel meer als contractpartij moeten gaan optreden richting zorgaanbieders en doelmatige, kwalitatief hoogwaardige zorg afdwingen.

Zorgaanbieders zouden geprikkeld moeten worden om meer prestatie- en vraaggericht te werken.

Gereguleerde concurrentie wordt gezien als een middel om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen.

Hoewel effecten van gereguleerde concurrentie pas na enige tijd zichtbaar worden, kijken we nu al wel of er een richting van effecten zichtbaar is. Omdat het de taak is van de Zorgbalans om naar de uitkomsten van het totale zorgsysteem te kijken, en niet apart naar alle losse onderdelen, gaan we vooral na of er mogelijk al sprake is van een breed effect van de stelselwijziging op het geheel van de in de Zorgbalans gebruikte indicatoren. Aan de hand van onder meer de *hoofdstukken 2, 3 en 4* van deze Zorgbalans gaan we na of er de afgelopen jaren al duidelijke veranderingen in de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg zichtbaar zijn en of deze toegeschreven kunnen worden aan de stelselwijziging. Als sleuteljaar in de stelselwijziging kiezen we 2006; toen werden de Zvw en Wmg van kracht. We kijken naar:

- ontwikkelingen in de tijd. Als er opvallende veranderingen zijn sinds het sleuteljaar 2006, dan kan dit duiden op een effect;
- ontwikkelingen ten opzichte van andere landen. Als Nederland na 2006 op een bepaalde indicator duidelijk afwijkt van een internationale trend dan kan dat wijzen op een effect van de stelselwijziging;
- onderdelen van de zorg waar al langer concurrentie is, zoals het B-segment en fysiotherapie. Als er voor deze onderdelen van de zorg veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid en kosten zijn, dan kan dit duiden op een effect.

Omgekeerd geldt dat als er géén opvallende veranderingen of verschillen zijn, de effecten van de stelselwijziging minder waarschijnlijk zijn, of dat het nog te vroeg is om de effecten aan te kunnen tonen. Uiteraard kan bij het ontbreken van opvallende veranderingen niet worden uitgesloten dat zonder de stelselwijziging mogelijk verslechtering was opgetreden.



## Kwaliteit

In *hoofdstuk 2* van deze Zorgbalans is de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg in Nederland in kaart gebracht. Grote verschillen en trendbreuken zijn niet gevonden. Op het gebied van preventie is een positieve ontwikkeling zichtbaar die ook al voor de stelselwijziging geconstateerd werd. Voor de effectiviteit van de curatieve zorg is het beeld eveneens dat er weinig verschillen zijn tussen de periode voor en de periode na de stelselwijziging. De ziekenhuissterfte is in de periode 2003-2008 gedaald. Ook deze positieve ontwikkeling zette in voor de invoering van de Zvw. Dit kan te maken hebben met strategisch gedrag, waarbij ziekenhuizen zich, vooruitlopend op wat komen gaat, verbeteren. Wat betreft vraaggerichtheid zijn er geen veranderingen geconstateerd (zie *hoofdstuk 2* van deze Zorgbalans). Ook internationaal gezien zijn er nog geen opvallende afwijkingen die gerelateerd kunnen worden aan de stelselwijziging. Dat er nog geen effecten zichtbaar zijn wil niet zeggen dat er nog geen processen ter verbetering op gang zijn gekomen.

De Zvw en andere maatregelen hebben gezorgd voor een aantal kwaliteitsimpulsen. Er is een groot aantal CQ-indexen ontwikkeld die de ervaringen van cliënten met de zorg in beeld brengen, en er is een toename van kwaliteitsinformatie op websites zoals kiesBeter.nl. Met de start van Zichtbare Zorg is een traject ingezet dat moet leiden tot een uniforme set aan kwaliteitsinformatie die de kwaliteit voor verschillende partijen transparant moet maken. De bruikbaarheid en betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie staat nog wel ter discussie. Van de Ven et al. (2009) schrijven: “De kwaliteit van zorg staat nu op de agenda. Patiëntenorganisaties hebben prikkels en instrumenten gekregen om over kwaliteit mee te praten. Verzekeraars nemen een aantal kwaliteitszaken heel duidelijk mee in hun zorginkoop. Dit heeft als effect dat zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen) bewuster bezig zijn met de kwaliteit van zorg. Privéklinieken wier kwaliteit onder de norm is, liggen snel uit de markt.”

Ondanks deze ontwikkelingen is het voor zorgverzekeraars nog steeds lastig om goed zicht te krijgen op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. De NZa heeft in 2007 en 2008 geconstateerd dat er in toenemende mate wel aandacht is voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Uit de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 komt ditzelfde beeld naar voren (NZa, 2009a). De toegenomen aandacht voor kwaliteit komt vooral tot uiting in het opvragen en gebruiken van kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen door zorgverzekeraars en de betrokkenheid van medisch adviseurs bij de onderhandelingen. Zorgaanbieders geven daarbij wel aan dat het belang van de kwaliteitsinformatie en zorgprofielen ondergeschikt is aan de prijs. De NZa concludeert uiteindelijk op basis hiervan dat de prijs nog altijd doorslaggevend is (NZa, 2009a).

In de medisch-specialistische zorg wordt door zorgverzekeraars wel voorzichtig geëxperimenteerd met de sturing van verzekerden. Zorgverzekeraars zijn voorzichtig uit angst voor reputatieschade (NZa, 2010b). Voor fysiotherapie differentiëren zorgverzekeraars in de zorginkoop op basis van kwaliteitscriteria (procesindicatoren). Fysiotherapie is een voorbeeld waarbij zorgverzekeraars het verst zijn met zorginkoop: er zijn verschillende systemen om te benchmarken en financiële prikkels aan te koppelen (NZa, 2010b).

## Toegankelijkheid

De invoering van de Zvw in 2006 heeft effect gehad op de keuzevrijheid en toegankelijkheid van de zorgverzekering. Een groot aantal verzekerden wisselde in 2006 van zorgverzekeraar. In de jaren daarna is het percentage verzekerden dat wisselt van zorgverzekeraar op het niveau van voor de invoering van de Zvw. Wat betreft de toegankelijkheid van de zorg kan op basis van *hoofdstuk 3* van deze Zorgbalans geconcludeerd worden dat de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland goed is. De verzekeringsplicht en het feit dat de eigen betalingen in de zorg laag zijn dragen hier aan bij. Afgezien van een aantal fusies tussen zorginstellingen en tussen zorgverzekeraars die de toegankelijkheid en keuzevrijheid licht beperken, zijn er geen opvallende andere trendbreuken sinds 2006 of ten opzichte van andere landen. Hieronder lopen we de hoofdlijnen van de bevindingen uit *hoofdstuk 3* langs.

In vergelijking met alle OECD-landen is het percentage van het besteedbare inkomen dat verzekerden in Nederland uitgeven aan eigen betalingen voor geneeskundige verzorging het laagst. Hierin kan zelfs een licht dalende trend worden geconstateerd. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de nominale premie die verzekerden betalen tot de collectieve lasten wordt gerekend. Wat betreft inkomenssolidariteit wordt geconstateerd dat de verdeling van eigen bijdragen ongelijk verdeeld is over inkomensgroepen. In de afgelopen jaren is hierin geen opvallende verandering opgetreden. Internationaal gezien is het verschil tussen inkomensgroepen klein.

Het aantal onverzekerden is redelijk stabiel. Er is sinds 2006 wel een forse stijging van het aantal wanbetalers, gedefinieerd als verzekerden die een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben voor hun premie. Om dit terug te dringen zijn vanaf 2009 beleidsmaatregelen genomen.

De eigen uitgaven van chronisch zieken en mensen met een beperking zijn in de afgelopen jaren gelijk gebleven. Sinds de invoering van de Zvw hebben we wel een verandering in de soort uitgavenposten kunnen constateren. Minder mensen hebben sinds de invoering van de Zvw extra uitgaven voor huisartsen, tandartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten en receptgeneesmiddelen. Daar staat tegenover dat meer mensen extra eigen uitgaven hebben voor hulpmiddelen en aanpassingen aan de woning (valt buiten de Zvw).

Wat betreft de geografische toegankelijkheid zijn er weinig veranderingen. Er zijn echter wel steeds meer fusietendensen in landelijke gebieden. Het gevolg hiervan is dat de spreiding van acute zorgvoorzieningen afneemt. Er lijkt hier sprake van een concentratie van voorzieningen die wellicht de kwaliteit van zorg en de betaalbaarheid ten goede komt, maar die de toegankelijkheid van zorg vermindert.

De Zorgbalans kent geen indicatoren die betrekking hebben op privéklinieken. De komst van privé-klinieken heeft de keuzevrijheid voor burgers voor sommige behandelingen vergroot. Een deel van de zorg van privéklinieken valt buiten het basispakket; het aandeel eigen betalingen is hier groter.

## Kosten

In *hoofdstuk 4* van deze Zorgbalans staan de zorguitgaven beschreven. We kijken achtereenvolgens naar de totale zorguitgaven en naar de uitgaven in onderdelen van de zorg waar al wat langer sprake is van meer concurrentie (B-segment, huisartsenzorg, preferentiebeleid, fysiotherapie).

De totale zorguitgaven zijn gestegen. Deze stijging is niet kleiner geworden na de invoering van de Zvw. Voor de publieke zorguitgaven per werkende is zelfs een flinke stijging na invoering van de Zvw zichtbaar. Daar is duidelijk sprake van een trendbreuk waarbij de ontwikkeling van de uitgaven zich in 2006 en de jaren daarna op een hoger niveau voortzet (zie *figuur 4.2.2*). De stijging wordt veroorzaakt door de invoering van de verplichte basisverzekering in 2006 waarbij de kosten van voormalig particulier verzekerden nu ook onderdeel zijn gaan uitmaken van de publieke uitgaven.

De zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product liggen rond het EU-gemiddelde. Het percentage is in vrijwel alle landen in de loop van de tijd toegenomen. In Nederland was de groei tussen 2000 en 2007 bovengemiddeld. Een toename van het volume zorgt de laatste jaren voor het grootste deel van de uitgavenstijging. De uitgaven worden bepaald door de prijzen en het volume. Van concurrentie wordt verwacht dat dit in elk geval invloed heeft op de prijzen.

Sinds de invoering van de nieuwe bekostigungsstructuur in 2006 zijn de totale kosten van de huisartsenzorg sterk gestegen (NZa, 2009b, Van Dijk et al., 2008). De gemiddelde omzet per huisarts is in 2006 met € 39.000 toegenomen. In 2007 bedroeg de toename € 12.000.

Per 1 juli 2009 is een aantal zorgverzekeraars gestart met een individueel preferentiebeleid. De prijzen van merkloze geneesmiddelen zijn daardoor flink gedaald (NZa, 2009c). Met het dalen van de prijzen is het volume gestegen, waardoor de totale kosten niet zijn gedaald.

Na het vrijgeven van de prijzen in de fysiotherapie in 2005 deed zich aanvankelijk een stijging in de prijzen voor. De prijzen zijn in 2007 gestabiliseerd (NZa, 2007b). Het volume is echter nog wel gestegen (CBS, 2008).

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat concurrentie wel een neerwaarts effect heeft op een aantal prijzen, maar dat het zorgvolume ondertussen stijgt. Als gevolg hiervan stijgen de macrokosten.

## 5.4 Oorzaken van de beperkte zichtbaarheid van effecten

De overgang naar het systeem van gereguleerde concurrentie is soepel verlopen (Van de Ven et al., 2009). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat er procesmatig gezien voortgang wordt geboekt met de verdere invoering van gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg. Toch constateren we dat er, momenteel nog weinig veranderingen zichtbaar zijn sinds de stelselwijziging, wat betreft de indicatoren voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid die in de Zorgbalans aan de orde komen. We bespreken een aantal mogelijke oorzaken. Is er ruimte voor verbetering aanwezig? Is het nog te vroeg om effecten te mogen verwachten? Is er mogelijk sprake van meetproblemen? Is er voldaan aan alle voorwaarden om gereguleerde concurrentie te laten werken?

### **Ruimte voor verbetering is aanwezig**

Om verbeteringen zichtbaar te maken moet er ruimte zijn voor verbetering. Uit de overige hoofdstukken van deze Zorgbalans, waarin de cijfers voor Nederland naast de cijfers voor andere landen zijn gezet, wordt geconstateerd dat er nog wel degelijk ruimte is voor verbetering. Ook binnen Nederland zien we verschillen in prestaties, bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen. Dat impliceert dat ook hier ruimte voor verbetering is.

### **Stelselwijziging is een proces**

Behalve ruimte voor verbetering, heeft een stelselwijziging zoals die in Nederland plaatsvindt tijd nodig om in werking te treden. Definitieve effecten op de publieke doelen zijn mogelijk daarom nu nog niet zichtbaar. Het vaststellen van causale verbanden is bij een proces zoals de stelselwijziging problematisch, omdat niet eenduidig is om welke maatregelen het gaat, maatregelen contrair kunnen zijn en het proces nog niet is afgerond. Het proces van de invoering van gereguleerde concurrentie is echter al enige tijd gaande, waardoor verondersteld kan worden dat er wel een richting van veranderingen zichtbaar zou mogen zijn. We zien veranderingen al wel in het proces, maar nog niet in de uitkomstindicatoren met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

### **Ontwikkelingen zijn nog niet altijd meetbaar**

Voor een deel kan het gegeven dat er nog weinig veranderingen zichtbaar zijn ook veroorzaakt worden door meetproblemen. Er zijn misschien wel ontwikkelingen aanwezig, maar deze zijn nog niet zichtbaar in de beschikbare indicatoren die de Zorgbalans (en andere partijen) meten. Door meer indicatoren te gebruiken, kunnen ontwikkelingen in de toekomst wellicht wel zichtbaar worden gemaakt.

### **Nog niet aan alle voorwaarden voor gereguleerde concurrentie voldaan**

Effecten kunnen ook uitblijven als veronderstellingen over de werking van gereguleerde concurrentie niet kloppen of als aan de voorwaarden voor het optreden van succes niet is voldaan. De effecten van concurrentie op kwaliteit zijn volgens de (gezondheids) economische theorie niet eenduidig, omdat deze afhankelijk zijn van factoren zoals de beschikbaarheid van informatie en de gevoeligheid van consumenten voor deze informatie. Er zijn verschillende situaties denkbaar die elk een andere uitwerking van concurrentie op kwaliteit hebben. Als verzekerden hun polis vooral kiezen op basis van de prijs (de premie van de polis) zal meer concurrentie leiden tot lagere prijzen, ook als dit een lagere kwaliteit tot gevolg zou hebben. Informatie is cruciaal om het mechanisme waarbij concurrentie leidt tot een hogere kwaliteit te laten werken. Dit verwijst naar de voorwaarden voor succes van gereguleerde concurrentie.

Of de beoogde effecten van gereguleerde concurrentie gerealiseerd worden, hangt dus onder meer af van de mate waarin aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Deze voorwaarden zijn overgenomen uit: *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag* (Van de Ven et al., 2009) en staan beschreven in box 5.4.1. In *bijlage 5.1* lopen we elk van de voorwaarden van gereguleerde concurrentie uitgebreider langs en presenteren we empirische gegevens die inzicht geven in de mate waarin aan de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie is voldaan.

Het overwegende beeld is dat in 2009 aan de meeste voorwaarden tot op zekere hoogte is voldaan, maar dat aan vrijwel geen van de voorwaarden volledig is voldaan.

---

#### Box 5.4.1: Voorwaarden voor gereguleerde concurrentie

1. *Keuzevrijheid consument.* Iedere burger moet periodiek (bijvoorbeeld jaarlijks), ongeacht gezondheidsrisico en inkomen, vrij en onbelemmerd, zonder veel gedoe (ingewikkelde formulieren invullen), zonder belemmeringen, zonder hoge transactiekosten en zonder hoge zoekkosten vanwege onvergelijkbare verzekeringsproducten (zoals bij de particuliere ziektekostenverzekeringen vóór 2006) kunnen wisselen van zorgverzekeraar.
2. *Subsidies.* Een systeem van kruissubsidies tussen risico- en inkomensgroepen is nodig om voor iedereen een toegankelijke zorgverzekering met keuzevrijheid op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt te realiseren. Dit kan bijvoorbeeld een vereveningssysteem zijn in combinatie met inkomensafhankelijke bijdragen.
3. *Contractvrijheid.* Er moet voldoende contractvrijheid zijn in de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder en in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde. Zorgverzekeraars moeten verschillende zorgpolissen kunnen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod, met inachtneming van minimumeisen betreffende kwaliteit en (fysieke) toegankelijkheid.
4. *Transparantie en informatie.* De definitie van het basispakket en de zorgproducten moet voldoende transparant zijn. Er moet voldoende betrouwbare en begrijpelijke (gestandaardiseerde) informatie beschikbaar zijn over prijs-, product- en kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders. Consumenteninformatie over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverleners en zorgverzekeraars moet begrijpelijk, relevant, objectief, betrouwbaar en gratis voor iedereen beschikbaar zijn.
5. *Financiële prikkels tot doelmatigheid.* Alle betrokkenen, i.e. zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumenten, moeten voldoende financiële prikkels tot doelmatigheid hebben.
6. *Geen liftersgedrag (freeriders).* Voorkomen moet worden dat mensen zich opzettelijk niet verzekeren of onvoldoende verzekeren (bijvoorbeeld een te hoog eigen risico kiezen) vanuit de gedachte dat indien zij zelf dure zorg niet kunnen betalen, anderen met altruïstische preferenties voor hen zullen betalen. Door dergelijk gedrag zou op den duur de betaalbaarheid van de zorg onder druk komen te staan. Liftersgedrag kan worden voorkomen door een verzekeringsplicht.
7. *Betwistbare marktposities.* Er moeten enerzijds voldoende mogelijkheden zijn voor nieuwkomers, zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders, om de markt te betreden. Anderzijds moeten er voldoende mogelijkheden zijn voor bestaande (falende) marktpartijen om de markt te verlaten.
8. *Marktmeester en toezichhouder.* Er moet een krachtige, onafhankelijke autoriteit zijn die actief de belangen van de consument in de zorg waarborgt, bijvoorbeeld door de markt te monitoren, toezicht te houden op zorgverzekeraars en zorgaanbieders, toe te zien op transparantie en (consumenten)informatie, en zo nodig effectief in te grijpen. Consumenten moeten effectief worden beschermd tegen ondermaatse kwaliteit van zorg en tegen insolvable verzekeraars. Een effectief mededingingsbeleid moet ongewenste kartels, monopolies en misbruik van economische machtspositie tegengaan.

(Bron: Van de Ven et al., 2009)

---

Het belangrijkste lijken het gemis aan goede informatie over de kwaliteit van zorg, ondanks alle initiatieven op dit gebied, en het feit dat zorgverzekeraars vrijwel niet selectief contracteren, al wordt er wel gedifferentieerd tussen zorgaanbieders (NZa, 2010b). Daarnaast spelen percepties van verzekerden een rol (7% wisselt niet omdat zij denken niet geaccepteerd te worden), zijn er nog onvoldoende prikkels tot doelmatigheid en heeft de overheid, ondanks een aantal maatregelen om financiële zekerheden en garanties voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders af te bouwen, falende ziekenhuizen nog niet failliet laten gaan.

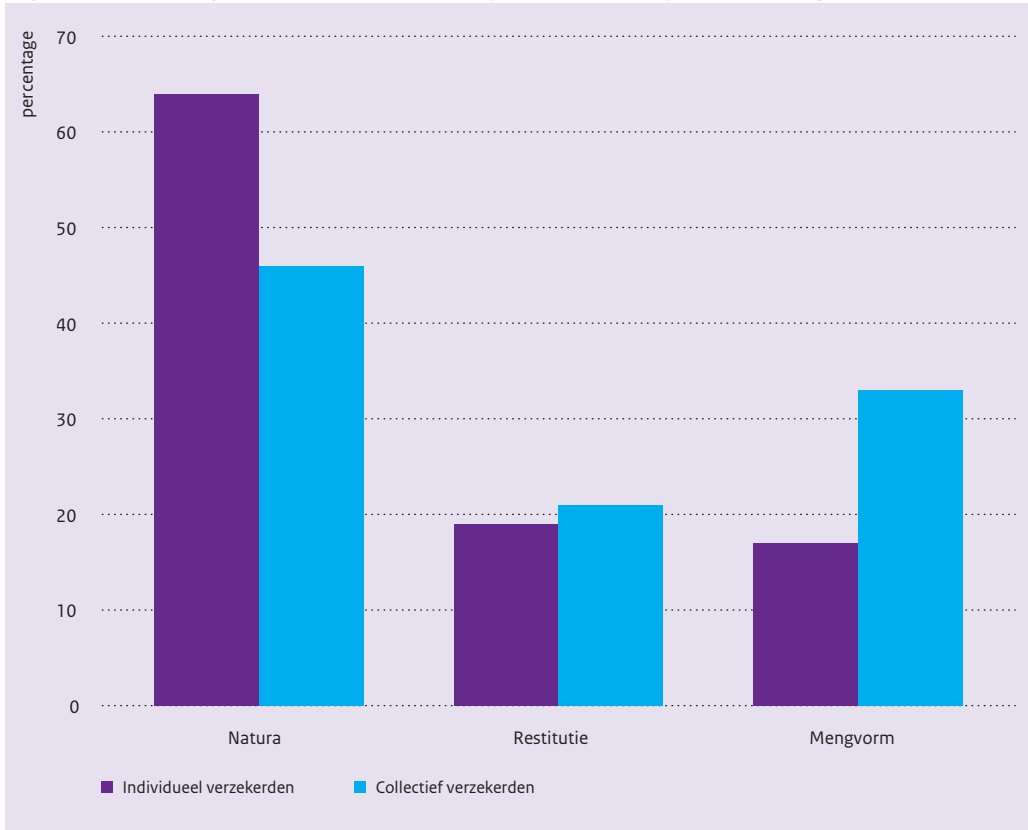
## 5.5 Mogelijke risico's van onvoldoende transparante kwaliteitsinformatie

Dat aan vrijwel geen van de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie volledig is voldaan, brengt risico's met zich mee; bedoelde effecten treden niet op en in plaats van bedoelde effecten kunnen onbedoelde effecten optreden. Een van de voorwaarden voor succes is transparante informatie over kwaliteit en prijzen van zorgproducten. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan heeft dat consequenties voor andere voorwaarden, zoals keuzevrijheid voor de consument en de contractvrijheid. Het heeft ook gevolgen voor de mogelijkheden tot het behalen van de doelstelling dat de kwaliteit van zorg verbetert doordat er concurrentie plaatsvindt op basis van kwaliteit. Om concurrentie op kwaliteit plaats te kunnen laten vinden hebben zorgverzekeraars en patiënten informatie nodig over de kwaliteit van zorg. Hebben ze deze niet of onvoldoende, dan zal er vooral geconcurrereerd worden op de prijs. Prijsinformatie is er namelijk wel en prijzen zijn ook eenduidiger en eenvoudiger te interpreteren dan kwaliteitsinformatie. Als gevolg van prijsconcurrentie kan de kwaliteit achteruit gaan.

Ook daar waar wel informatie beschikbaar is, lijkt nog weinig te gebeuren. *Hoofdstuk 2* van deze Zorgbalans laat zien dat er verschillen zijn tussen ziekenhuizen. Toch is het niet zo dat zorgverzekeraars de minder goed presterende ziekenhuizen niet contracteren. Redenen hiervoor kunnen zijn dat er niet voldoende ziekenhuizen zijn of dat zorgverzekeraars niet selectief willen contracteren, omdat zij bang zijn om verzekerden te verliezen als de keuzevrijheid beperkt wordt. Een andere reden kan zijn dat zorgverzekeraars onvoldoende vertrouwen hebben in beschikbare gegevens, waardoor ze op basis hiervan geen beslissingen willen nemen. Uit gesprekken met een zestal zorgverzekeraars komt naar voren, dat als er wel selectief wordt gecontracteerd, dat veelal betrekking heeft op een specifiek deel van de zorg, zoals inkoop van specifieke dbc's, ZBC's of bepaalde zorgmodules (NZa, 2010b). Zorgverzekeraars geven aan dat het meer gaat om het differentiëren tussen zorgaanbieders. Zorgverzekeraars wijzen voorkeursaanbieders aan, of differentiëren tarieven in contracten met zorgaanbieders. Om meer zicht te krijgen op kwaliteit worden volgens de bevroegde zorgverzekeraars afspraken gemaakt met betrekking tot het verstrekken van informatie aan de zorgverzekeraar (NZa, 2010b).

Alleen voor een naturapolis moeten zorgverzekeraars zorg inkopen. Hiervoor geldt dat zorgverzekeraars afspraken kunnen maken met zorgaanbieders over de kwaliteit. Zij kunnen ook alleen die zorgaanbieders contracteren die al aan bepaalde (kwaliteits)voorwaarden voldoen. De meeste verzekerden hebben een naturapolis. Voor een restitutiepolic geldt dat zorgverzekeraars geen zorg hoeven in te kopen, maar dat zij bemiddelen.

Figuur 5.5.1: Percentage verzekeren met een naturapolis, een restitutiepolis of een mengvorm, 2009



(Bron: Vektis, 2009)

Kennelijk zijn de prikkels die zorgverzekeraars ertoe moeten bewegen om doelmatige, kwalitatief hoogwaardige zorg af te dwingen bij zorgaanbieders, niet zo sterk dat daar in de praktijk al effecten van meetbaar zijn.

Gaynor (2006) concludeert op basis van een uitgebreid overzicht van de theoretische en empirische literatuur over concurrentie en kwaliteit, dat onder imperfecte concurrentie de kwaliteit zowel hoog als laag kan zijn. Meer concurrentie kan de kwaliteit zowel verhogen als verlagen. Hoe de verhouding tussen prijs en kwaliteit zich ontwikkelt in een systeem van concurrentie, hangt af van de vraaggevoeligheid van consumenten voor prijs en kwaliteit. De NZa komt tot de conclusie dat de aandacht voor kwaliteit is toegenomen, maar dat de prijs nog steeds doorslaggevend is bij de zorginkoop. Het gevaar bestaat dat een markt waarbij vooral op de prijs wordt geconcentreerd, leidt tot kwaliteitsvermindering, zeker als kwaliteitsinformatie niet voorhanden is. Goede kwaliteitsinformatie, die betrouwbaar en toegankelijk is, is essentieel om de kwaliteit te waarborgen.

## 5.6 Conclusie en discussie

Kwaliteit van curatieve zorg ontwikkelt zich in Nederland niet opvallend anders dan in de ons omringende landen. Ook doen zich in kwaliteit en toegankelijkheid geen opvallende trendbreuken voor na de invoering van de Zvw en Wmg in 2006; de macrokosten stijgen de afgelopen jaren wel sterker. Op onderdelen van het zorgsysteem zijn beoogde effecten zichtbaar; dat betreft onder andere procesmatige aanpassingen die beogen meer zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg.

### **Nog niet aan alle voorwaarden van gereguleerde concurrentie voldaan**

De overgang naar gereguleerde concurrentie is soepel verlopen (Van de Ven et al., 2009). Hiermee is de keuzevrijheid en toegankelijkheid van de zorgverzekering toegenomen. Wat betreft kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg zelf is er weinig veranderd. De collectieve kosten zijn wel toegenomen. Essentieel punt voor het bereiken van de beoogde doelstellingen is dat er wordt voldaan aan de voorwaarden voor succes. Als aan deze voorwaarden onvoldoende is voldaan zullen de beoogde effecten niet optreden. De vorige Zorgbalans is geëindigd met het noemen van een aantal ontwikkelingen die aansluiten bij deze voorwaarden en de concurrentie verder zouden stimuleren: transparantie op kwaliteit, het afbouwen van financiële zekerheden en garanties voor zorgaanbieders en de uitbreiding van onderhandelbare zorg. Deze ontwikkelingen zijn in gang gezet of hebben plaatsgevonden, maar hebben nog niet tot aantoonbaar positieve effecten op de indicatoren voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid geleid die de Zorgbalans (en andere partijen) meten. We veronderstellen dat twee jaar nog te kort is om uitspraken te kunnen doen over de feitelijke effectiviteit van deze nieuwe ontwikkelingen.

### **Kwaliteit speelt bij de zorginkoop nog een beperkte rol, de prijs geeft de doorslag**

Zorginkoop op kwaliteit blijkt een kwestie van langere adem. Het proces is in gang gezet, maar het is nog niet zo ver dat kwaliteitsaspecten op meer dan zeer bescheiden schaal in de zorginkoop worden meegeënen. In de Monitor Zorginkoop van de NZa staat beschreven dat zorgverzekeraars aangeven dat zij afspraken maken over informatieverstrekking door zorgaanbieders. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars meer zicht op aard en kwaliteit van de geleverde zorg en die informatie kan in een later stadium in de zorginkoop of bij het faciliteren van verzekerden gebruikt worden. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat zij in contracten afspraken maken over verbetering van de zorg, al of niet gecombineerd met een financiële prikkel (NZa, 2010b).

### **Informatie en transparantie over kwaliteit is essentieel; concurrentie alleen op prijs kent risico's**

In essentie beoogt gereguleerde concurrentie een gunstige prijs/kwaliteitverhouding van zorg te stimuleren. Verzekerden zouden hun polis moeten kiezen op basis van zowel de prijs (premie) als de kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars moeten daarom zorg inkopen bij zorgaanbieders waarbij een goede prijs/kwaliteitverhouding wordt afgedwongen. Dit moet zichtbaar zijn voor verzekerden. Die zichtbaarheid is er nog onvoldoende. Dat komt voor een groot deel doordat er nog onvoldoende informatie en transparantie over kwaliteit van zorgproducten is. Goede en structurele informatie over de kwaliteit blijft momenteel nog te ontbreken (NZa, 2009d; Van de Ven en Schut, in druk). Er is wel een proces op gang gebracht, dat er voor kan gaan zorgen dat er steeds meer informatie beschikbaar komt over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als kwaliteitsinformatie ontbreekt,



zullen verzekeraars gaan concurreren op de prijs, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van zorg. Het ontbreken van voldoende goede kwaliteitsinformatie houdt dus ook een gevaar in zich.

### **Gereguleerde concurrentie niet opgezet om de macrokosten te beheersen**

Het model van gereguleerde concurrentie lijkt vooral ontwikkeld te zijn om de doelstellingen van doelmatigheid, kwaliteit en financiële en fysieke toegankelijkheid te realiseren. De relatie tussen gereguleerde concurrentie en de doelstelling van een beheerste kostenontwikkeling (de macrokosten) is minder duidelijk. Of de macrokosten in de hand kunnen worden gehouden blijft een vraag. Als de markt werkt zoals bedoeld, zal dit leiden tot lagere prijzen. De macrokosten kunnen echter stijgen, doordat het volume toeneemt of consumenten om een betere kwaliteit vragen tegen een hogere prijs. Dit risico is zeker aanwezig als consumenten op het moment dat zij zorg nodig hebben niet met de kosten worden geconfronteerd en er voor zorgaanbieders geen prikkel is om het volume te beperken.

Daarnaast zijn de prijzen in het A-segment iets harder gestegen. Er zijn nog geen overtuigende aanwijzingen dat vrij onderhandelbare zorg doelmatiger of kostenbesparend is (zie box 5.6.1). Gemiddeld was de prijsstijging in het B-segment tussen 2005 en 2007 net zo hoog als in het A-segment. De NZa concludeert over de afzonderlijke jaren 2005, 2007 en 2008 dat de prijzen in het deel van de ziekenhuiszorg waar vrije prijzen gelden, het B-segment, minder hard stegen dan in het deel waar vaste prijzen gelden (NZa, 2010b). Hoewel de prijzen per eenheid minder snel kunnen stijgen of zelfs kunnen dalen, kunnen door een stijging van het volume de kosten toenemen. Feit is dat de uitgaven die in het vrij onderhandelbare B-segment worden gedaan, niet door de overheid worden gecontroleerd, maar door de markt worden bepaald. Als verzekeraars, zorgaanbieders en consumenten onvoldoende prikkels hebben om de totale kosten (prijs x volume) te beperken is het sterk de vraag of deze maatregel wel kan leiden tot besparingen. Het is daarom belangrijk om eerst te kijken of de prikkels het effect kunnen hebben dat zij beogen.

### **Stelselwijziging een kwestie van lange adem, evaluatie wenselijk**

Aan de invoering van de Zvw en andere wetten die de gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg vorm geven (o.a. Wet marktordening gezondheidszorg), zijn vele jaren van voorbereiding voorafgegaan. De afgelopen jaren heeft gereguleerde concurrentie door een reeks van maatregelen verder vorm gekregen. Ook nu zijn er ontwikkelingen die een effect op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kunnen hebben. Er staan forse bezuinigingen op de zorgtoeslag en verdere uitbreiding van de onderhandelbare zorg op de agenda. Evaluaties van de stelselherziening hebben daardoor noodgedwongen het karakter van procesevaluaties of effectevaluaties op onderdelen. De stelselwijziging is een dynamisch proces dat mogelijk nooit een eindpunt zal bereiken. Daardoor is het moeilijk om vast te stellen op welke termijn effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te verwachten zijn. Het is daarom belangrijk om tussentijds en met zekere regelmaat naar de ontwikkeling van de uitkomsten met betrekking tot kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid op systeemniveau te kijken.

### Box 5.6.1: Vrij onderhandelbare zorg

#### Momenteel nog geen overtuigende aanwijzingen dat vrij onderhandelbare ziekenhuiszorg doelmatiger of kostenbesparend is

De prestaties van het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg (B-segment) kunnen op verschillende manieren worden beoordeeld:

- Door een vergelijking met de prestaties vòòr de invoering van het B-segment. Het B-segment bestaat echter uit nieuwe producten (dbc's). Deze werden in het oude systeem niet op een dergelijke manier gedefinieerd en geregistreerd waardoor een exacte vergelijking niet mogelijk is.
- Door een vergelijking met de zorg in het A-segment. Het A-segment is het complement (zorg met centraal vastgestelde tarieven) van het B-segment in de ziekenhuiszorg. Bij deze vergelijking zal moeten worden gecorrigeerd voor versturende factoren, zoals de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie ('case-mix'). Het is niet onwaarschijnlijk dat de (ontwikkeling in) zorgzwaarte verschilt tussen deze segmenten.
- Door de trends rond de zorg in het B-segment te volgen ná de invoering. Voor de eerste dbc's (uit 2005) kan dan alleen worden berekend of de prestaties binnen het B-segment erop vooruit of achteruit zijn gegaan. Het laat niet zien of het vrij onderhandelbare deel beter presteert dan een alternatief (bijvoorbeeld A-segment). Voor de dbc's die in 2008 en 2009 vanuit het A-segment zijn toegevoegd, zou een vergelijking met eerdere jaren in het A-segment kunnen worden gemaakt. Daarbij kunnen de prijzen in de tijd worden vergeleken met de schoningsprijzen die bij de start van dbc's worden vastgesteld.

#### Beoordeling van doelmatigheid

Doelmatigheid staat voor de verhouding tussen ingezette middelen en de opbrengsten die met ingezette middelen worden behaald. Idealiter worden de opbrengsten van zorg gemeten in termen van uitkomsten als gezondheidswinst. Helaas is er specifiek voor het B-segment nog onvoldoende informatie om de gezondheidswinst (kwaliteit) te beoordelen, laat staan trends te bekijken of te vergelijken met het A-segment. Daarmee is het bij voorbaat lastig om iets te zeggen over doelmatigheid. We kunnen wel iets zeggen over de wachttijd-ontwikkeling binnen het B-segment. Voor een groot aantal behandelingen is de wachttijd tussen 2006 en 2009 afgenomen (NZa, 2010c). In welke mate dit wordt veroorzaakt door vrije onderhandeling is niet duidelijk, aangezien de meeste ziekenhuisspecialismen een daling in wachttijd laten zien.

Een alternatieve, minder exacte methode is het meten van de opbrengst in termen van volume, zoals het aantal dbc's of het aantal uitgevoerde behandelingen, in plaats van gezondheidswinst. Door het ontbreken van kwaliteitsinformatie moeten veronderstellingen worden gemaakt over de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) per geleverd product. Volumeberekeningen voor het B-segment staan echter nog in de kinderschoenen. Het DBC-informatiesysteem (waar dbc's in worden geregistreerd) kende de nodige opstartproblemen en binnen het DBC-systeem traden in de loop der jaren wijzigingen in definities op. Daarnaast zijn vergelijkingen met het A-segment en eerdere jaren (op basis van bijvoorbeeld de Landelijke Medische Registratie) lastig vanwege definitieverschillen en het feit dat de dekking van de Landelijke Medische Registratie de laatste jaren sterk afnam.

De prijsinformatie is op dit moment de meest harde/betrouwbare informatie. Afgezet tegen de gemiddelde kwaliteit geeft deze een indicatie van de doelmatigheid. Echter, zoals gezegd, is de kwaliteitsinformatie over het B-segment nog onvoldoende om in doelmatigheidsanalyses te betrekken. Uit de prijsinformatie blijkt het volgende. In het eerste jaar (2005) steeg de gemiddelde prijs in het B-segment met 5,5% bovenop de schoningsprijs. In de daaropvolgende jaren steeg de gemiddelde prijs met 0% (2006), 2,1% (2007), 1,1% (2008) en 1,5% (2009). Een trend is hierin moeilijk waar te nemen. In vergelijking met het A-segment was de prijsstijging in het B-segment tussen 2005 en 2007 gemiddeld net zo hoog. Daarna stegen de prijzen in het A-segment iets harder. Na 2007 is de samenstelling van beide segmenten echter wel veranderd, wat de vergelijking bemoeilijkt. Een probleem blijft bijvoorbeeld het ontbreken van een correctie voor case-mix (en mogelijk andere verstorende factoren, zie ook CPB, 2009).

Alleen wanneer de prijsontwikkeling ook na correcties voor deze verschillen lager zou zijn (dan bijv. in het A-segment) en wanneer de gezondheidswinst per dbc niet minder is, kan verschuiving van zorg van het A-segment naar het B-segment leiden tot doelmatigheidswinst. Dit kan op basis van huidige data onvoldoende worden onderbouwd, maar ook niet worden uitgesloten.

### **Beoordeling van kostenbesparingen**

In recente discussies over de herordening van de overheidsfinanciën is verschillende malen geopperd dat uitbreiding van het B-segment ook leidt tot kostenbesparingen op macroniveau. Om dit te beoordelen moeten de totale uitgaven of de twee componenten hiervan, prijs en volume, worden bekeken. Wanneer de prijzen in het B-segment langzamer zouden stijgen dan in het A-segment, kan overheveling van zorg van het A-segment naar het B-segment leiden tot een besparing, mits veranderingen in het volume deze besparing niet ongedaan maken. In de jaren 2005-2007, waarin het aantal aandoeeningen in het B-segment constant was, bleek de totale uitgavenontwikkeling in het B-segment iets hoger dan in het A-segment. Om al eerder genoemde redenen is de vergelijking tussen het A- en het B-segment lastig, maar deze uitkomst duidt in ieder geval niet op een besparing bij overheveling.

Samenvattend is de conclusie dat er momenteel nog geen overtuigende aanwijzingen bestaan dat vrij onderhandelbare ziekenhuiszorg doelmatiger of kostenbesparend is in vergelijking met niet vrij onderhandelbare ziekenhuiszorg.

## Bijlage 5.1

# De mate waarin wordt voldaan aan de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie

### Stand van zaken 2010

In deze bijlage gaan we voor acht voorwaarden die noodzakelijk zijn voor het goed functioneren van een systeem van gereguleerde concurrentie na, in hoeverre hieraan momenteel is voldaan. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag* (Van de Ven et al., 2009), de *Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg* (Friele, 2009) en aanvullende literatuur met betrekking tot de verschillende voorwaarden.

#### 1. Keuzevrijheid consument

Iedereen kan jaarlijks kiezen uit een groot aantal polissen bij verschillende zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben onderling afspraken gemaakt voor mensen die overstappen. Mensen kunnen aan hun nieuwe zorgverzekeraar vragen om de oude zorgverzekering(en) op te zeggen.

Deze keuzevrijheid van consumenten voor een zorgverzekering kan echter worden belemmerd door aanvullende verzekeringen, collectiviteiten en polisgebonden subsidies van bijvoorbeeld werkgevers. Daarnaast kunnen er belemmeringen zijn die voortkomen uit percepties van verzekerden of door onjuiste, onvoldoende of onduidelijke informatie.

Begin 2006 wisselden veel mensen van zorgverzekering; 18% van de verzekerden stapte over naar een andere zorgverzekeraar. In veel gevallen ging het om mensen die zich verzekerden via collectiviteiten, bijvoorbeeld via de werkgever. Sinds 2007 is het percentage overstappers gedaald tot ongeveer 4 à 5%. Het percentage overstappers verschilt tussen leeftijdsgroepen; jongeren wisselen vaker van zorgverzekeraar dan ouderen.

In 2007, 2008 en 2009 is onderzoek gedaan naar overwegingen van mensen om te blijven bij de huidige verzekeraar (De Jong en Groenewegen, 2007; De Jong, 2008b; Vos en De Jong, 2009). De meest genoemde reden was dat mensen (45%) tevreden zijn met de huidige verzekeraar (Vos en De Jong, 2009). De dekking van de aanvullende verzekering wordt door de jaren heen steeds vaker genoemd als reden om bij een zorgverzekeraar te blijven (Vos en De Jong, 2009). Naast redenen die we vanuit de gedachte van gereguleerde concurrentie als legitiem kunnen bestempelen, zijn er ook redenen die wijzen op belemmeringen. Bijna een vijfde van de mensen (18%) geeft aan dat ze het te veel moeite vinden om over te stappen. Zeven procent wisselde niet van verzekeraar omdat zij dachten niet geaccepteerd te worden. Dit percentage neemt door de jaren heen geleidelijk toe (Vos en De Jong, 2009). Dergelijke percepties van mensen beperken de keuzevrijheid in de praktijk.

Collectieve verzekeringen spelen een belangrijke rol in het huidige zorgstelsel. Het is jaarlijks de belangrijkste reden om van zorgverzekeraar te wisselen. Sinds de invoering van de Zvw is het aantal mensen dat zich via een collectief contract tegen ziektekosten heeft verzekerd sterk gegroeid. In 2006 was 44%

collectief verzekerd, in 2008 is dit percentage gestegen naar 65% (De Jong, 2008b). In 2006 zijn veel collectieve contracten afgesloten voor een periode van drie jaar. Dat betekent dat er voor 2009 opnieuw onderhandeld kon worden over de collectieve contracten. In potentie zou een groot aantal verzekerden voor 1 januari 2009 van zorgverzekeraar kunnen wisselen, doordat de collectiviteiten bij een andere zorgverzekeraar een contract konden afsluiten. Veel collectieve contracten zijn echter weer bij de oude zorgverzekeraar afgesloten (Van der Maat en De Jong, 2009). De grote mobiliteit van verzekerden heeft daardoor ook niet plaatsgevonden.

Bij de introductie van de Zvw in 2006 ontstond een felle concurrentiestrijd tussen zorgverzekeraars om verzekerden aan zich te binden. In 2007 was deze concurrentie nog steeds gaande. Dit is onder meer af te leiden uit de afname van de variatie in premies tussen verzekeraars in combinatie met premies die gemiddeld niet kostendekkend zijn.

Ten opzichte van 2008 zijn de jaarpremies in 2009 nauwelijks gestegen. In 2008 varieerden premies voor het basispakket (exclusief mogelijke collectiviteitskorting) van € 933 per jaar tot € 1.198 (Vektis, 2008). Gemiddeld bedroeg de jaarpremie in 2009 € 1.110 (Vektis, 2009). De spreiding in de premies is kleiner geworden. De premie voor 2010 ligt ongeveer tussen de € 960 en € 1176 per jaar. In 2006 lag de premie voor de basisverzekering onder de door VWS vastgestelde rekenpremie. We kunnen nu constateren dat de premie steeds dichterbij de rekenpremie van VWS ligt (BS Health Consultancy, 2009).

Behalve feitelijke verschillen in de premie is de perceptie van verzekerden van belang. Als verzekerden de verschillen tussen zorgverzekeraars te klein vinden zullen ze niet wisselen van zorgverzekeraar. Uit onderzoek van het NIVEL in 2006, 2007 en 2008 blijkt dat in deze jaren respectievelijk 68%, 70% en 74% van de bevolking van mening is dat het wisselen van zorgverzekeraar niet veel oplevert.

## 2. Subsidies

Het weigeren van verzekerden voor de basisverzekering is door de acceptatieplicht de enige vorm van risicoselectie die wettelijk is verboden (Van de Ven et al., 2009). Om te voorkomen dat zorgverzekeraars andere vormen van risicoselectie toepassen, zijn subsidies nodig die de prikkel tot risicoselectie kunnen verminderen. Kruissubsidies tussen risico- en inkomensgroepen worden gerealiseerd via een systeem van ex-ante risicoverevening, inkomensafhankelijke bijdragen, ex-post kostencompensaties, inkomensafhankelijke zorgsubsidies en een verbod op premiedifferentiatie per polis (Van de Ven et al., 2009). Risicoverevening is nodig om risicoselectie te voorkomen door te compenseren voor verschillen in zorgkosten die samenhangen met voorspelbare verschillen in gezondheidsrisico's. De risicoverevening zoals deze momenteel wordt vormgegeven, biedt nog geen volledige compensatie. Het kan dus nog altijd voordelig zijn om een vorm van risicoselectie toe te passen. Mogelijkheden voor risicoselectie zitten in de aanvullende verzekering, collectieve contracten en selectieve contractering.

Het percentage mensen met een aanvullende verzekering blijft hoog. In 2006 lag het percentage op 95%, in 2008 en 2009 lag dit op ruim 90% (De Jong et al., 2006; NZa, 2008a; NZa, 2009d). Mensen die een aanvullende verzekering afsluiten doen dat bij de zorgverzekeraar waar zij ook een basisverzekering hebben. In artikel 120 Zvw is opgenomen dat een verzekeraar de aanvullende zorgverzekering niet mag beëindigen als een verzekerde de basisverzekering opzegt. Dit betekent niet dat een verzekerde op grond van artikel 120 Zvw kan afdwingen dat de aanvullende verzekering en basisverzekering bij verschillende zorgverzekeraars worden afgesloten (VWS, 2009c). In tegenstelling tot de basisverzekering geldt voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht en geen verbod op premiedifferentiatie. Aanvullende

verzekeringen kunnen daarom een effectief instrument zijn voor risicoselectie binnen de basisverzekering. In 2008 werd geconcludeerd dat er sprake was van een aanscherping van de voorwaarden met betrekking tot de aanvullende verzekering, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende voorwaarden (Roos en Schut, 2009). Deze ontwikkeling lijkt in 2009 niet door te zetten. Het gebruik van gezondheidsverklaringen door zorgverzekeraars is beperkt. Wel worden er meer vragen gesteld over toekomstig zorggebruik en over bepaalde aandoeningen. Voor een deel van deze aandoeningen geldt dat verzekeraars niet via het vereveningssysteem worden gecompenseerd. Hier kunnen echter nog geen conclusies met betrekking tot risicoselectie aan worden verbonden, omdat het gaat om kleine aantallen mensen. In vergelijking met 2008 is een kleiner aantal mensen geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) en/of moesten een premieopslag betalen. Wel hanteerden iets meer verzekeraars pakket- en/of premiedifferentiatie (Roos en Schut, 2009).

Daarnaast kan er risicoselectie plaatsvinden via collectiviteiten, maar ook door collectiviteiten. Risicoselectie via collectiviteiten houdt in dat zorgverzekeraars alleen een collectief contract aanbieden aan groepen verzekerden met een relatief gunstig risico. Zo zijn werkgeverscollectiviteiten gunstiger wat betreft risico dan bepaalde patiëntenverenigingen. Risicoselectie door collectiviteiten houdt in dat de collectiviteiten de gunstige risico's selecteren en mensen met een ongunstig risico ontmoedigen om gebruik te maken van een collectief contract. Risicoselectie door collectiviteiten lijkt niet plaats te vinden (Roos en Schut, 2009). Er zijn wel collectiviteiten die zich nadrukkelijk richten op verzekerden met een gunstig risico. Ook krijgen doelgroepen die een hoog risico (kunnen) vormen relatief gezien iets minder hoge kortingen (Roos en Schut, 2009; Van der Maat en De Jong, 2009; NZa, 2009d). Risicoselectie kan ook plaatsvinden door bepaalde zorgaanbieders niet te contracteren. Verzekerden die van deze zorgaanbieders gebruik maken, zullen dan voor een andere zorgverzekeraar kiezen. Er is nog geen empirisch materiaal op basis waarvan uitspraken gedaan kunnen worden over het optreden van dit fenomeen in de praktijk.

### 3. Contractvrijheid

In 1991 is de contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren afgeschaft, zijn de verplichte werkgebieden voor ziekenfondsen opgeheven en is een grotere vrijheid van de verzekerden in de keuze voor een ziekenfonds ingevoerd. De concurrentie in de zorgverzekering werd versterkt door de in 1992 ingevoerde mogelijkheid om jaarlijks van ziekenfonds te wisselen en door de toenemende financiële verantwoordelijkheid van ziekenfondsen. Vanaf 2006 zijn de mogelijkheden van contractering nog verder uitgebreid. Door de functionele omschrijving van het basispakket kunnen zorgverzekeraars andere zorgaanbieders contracteren. Zo hoeft huisartsenzorg niet alleen door huisartsen verleend te worden, maar kan ook een praktijkondersteuner worden gecontracteerd. Daarnaast mag er selectief worden gecontracteerd en er zijn vrije(re) prijzen. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars verschillende zorgpolissen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod.

Ten aanzien van medisch-specialistische zorg is de contractvrijheid nog beperkt (het vrije B-segment is in 2009 circa 34%). In de praktijk is het nog (vrijwel) niet zo dat zorgverzekeraars selectief contracteren. Als er wel sprake is van selectief contracteren dan heeft dit volgens zorgverzekeraars betrekking op een specifiek deel van de zorg, zoals specifieke dbc's, ZBC's of zorgmodules (NZa, 2010b). Zorgverzekeraars zijn nog terughoudend. Een voorbeeld van een polis waar al wel selectief is gecontracteerd bij huisartsen

en ziekenhuizen, is de ZEKUR polis van Univé. De NZa concludeert in de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 dat contracten laat worden gesloten: begin maart 2009 waren de onderhandelingen over het B-segment voor 2009 nog nauwelijks op gang gekomen. Geen enkel contract tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar was afgerond (NZa, 2009a).

Bovendien zijn zorgverzekeraars nog terughoudend in het selectief contracteren, omdat dit van invloed kan zijn op hun imago en verzekerden naar andere zorgverzekeraars kunnen gaan.

Op het terrein van geneesmiddelen is er wel sprake van selectieve inkoop door het aanwijzen van preferente geneesmiddelen. Om verschillende redenen, zoals prijsverschillen en minder angst voor reputatieschade, hanteren zorgverzekeraars hier een verdergaande vorm van selectie dan op andere onderdelen van de inkoopmarkt (NZa, 2010b).

Om contractvrijheid niet alleen in theorie te laten bestaan, maar ook de praktische mogelijkheden te bieden is het noodzakelijk dat er voldoende aanbieders zijn.

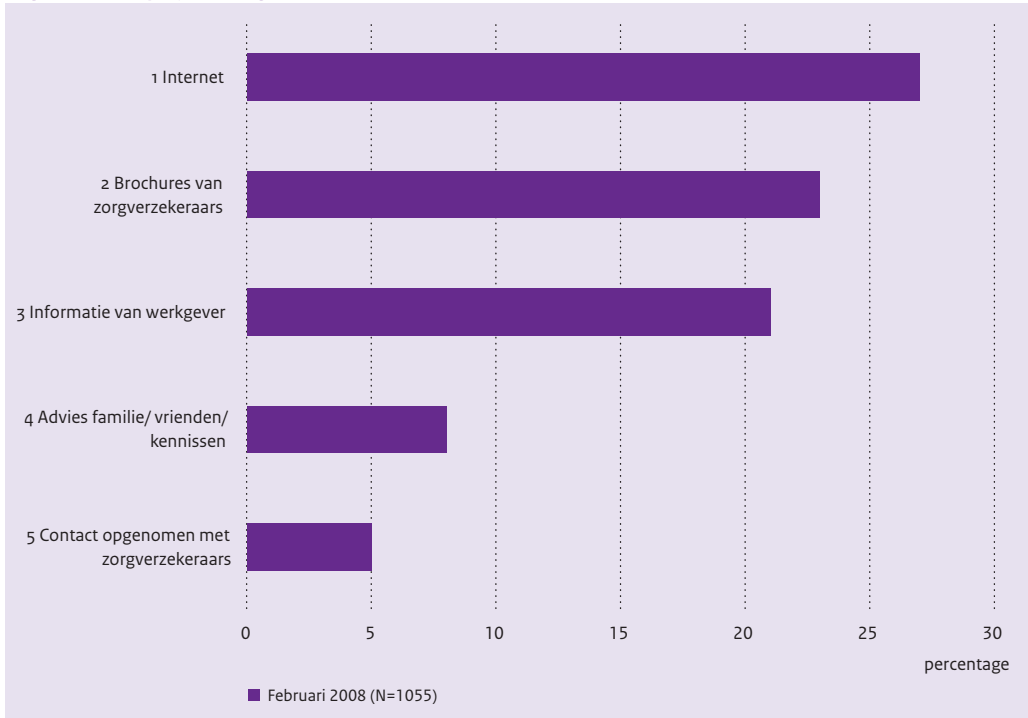
#### **4. Transparantie en informatie**

De introductie van meer concurrentie in de zorg heeft als doel dat de zorg beter aansluit bij de vraag van patiënten en dat er een betere verhouding tussen prijs en kwaliteit kan worden behaald. Hierbij is een belangrijke rol voor zorgverzekeraars weggelegd. Zorgverzekeraars moeten zorg doelmatig inkopen. Als zij dat niet doen dan bestaat de kans dat verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Om dit proces op gang te brengen moeten zowel zorgverzekeraars als verzekerden zicht hebben op de kwaliteit van de ingekochte zorg. Als deze kwaliteitsinformatie ontbreekt, zullen verzekeraars gaan concurreren op de prijs, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van zorg.

Goede en structurele informatie over de kwaliteit blijkt momenteel nog te ontbreken (NZa, 2009d; Van de Ven en Schut, 2009). Wel is het zo dat er steeds meer informatie beschikbaar komt over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa zet zorgverzekeraars aan tot verbetering van de informatievoorziening door verzekeraars te controleren op de naleving van het Richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars (NZa, 2009d).

Keuze-informatie over de prijs en het aanbod van polissen is beschikbaar via verschillende bronnen (zie *figuur B5.1*). Internet is de meest gebruikte bron (Van der Maat en De Jong, 2008). Voorbeelden van websites zijn: [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl), [www.independer.nl](http://www.independer.nl) en [www.consumentenbond.nl](http://www.consumentenbond.nl). Deze websites geven een overzicht van producten, premies en serviceniveau en proberen het aanbod aan te laten sluiten bij de bezoekers van de sites. Vooral de premie en het serviceniveau lijken van invloed op de keuze van een polis. Naast informatie via websites is er ook informatie beschikbaar via brochures.

**Figuur B5.1: Top vijf meest gebruikte informatiebronnen, 2008**



(Bron: Van der Maat en De Jong, 2008)

Uit een rapport over kiesBeter komt naar voren, dat mensen de informatie waar ze naar op zoek zijn niet altijd vinden (Colijn en Van der Graaf, 2009). In de eerste helft van 2008 gaf 60% van de mensen aan de gezochte informatie gevonden te hebben, in de tweede helft van 2008 was dit percentage teruggelopen naar 40%. Het percentage mensen dat aangeeft dat de website ondersteunend is bij het maken van een keuze is in dezelfde periode eveneens gedaald.

De NZa heeft zowel in 2007 als in 2008 websites die verzekeringen vergelijken beoordeeld. In 2007 kwam uit het onderzoek van de NZa naar voren, dat er verschillen in de kwaliteit van de presentatie van de informatie tussen websites zijn (NZa, 2007c). Uit het vervolgonderzoek blijkt dat die verschillen anno 2008 voor het merendeel zijn weggewerkt (NZa, 2008b).

De basisverzekeringen bij verschillende zorgverzekeraars zijn redelijk goed vergelijkbaar, maar een toenemende differentiatie van de aanvullende verzekeringen reduceert de transparantie van de aanvullende verzekeringen. Aangezien een groot deel van de bevolking (ongeveer 90%) een aanvullende verzekering heeft die gekocht wordt bij dezelfde verzekeraar als de zorgverzekering, is transparantie van de aanvullende verzekering van belang.



Via sites als [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en [www.independer.nl](http://www.independer.nl) kunnen mensen een zorgaanbieder kiezen. Daarnaast bieden zorgverzekeraars zelf (webbased) ondersteuning aan bij het kiezen van een zorgaanbieder. Informatie over de kwaliteit van de zorgaanbieders ontbreekt meestal. Voor ziekenhuizen en enkele specifieke aandoeningen (heup-/knieoperaties en staaroperaties) worden gegevens gepresenteerd over patiëntervaringen uit de CQ-index.

Naast deze informatie, worden er ranglijsten van ziekenhuizen gemaakt die bijvoorbeeld in het Algemeen Dagblad of Elsevier worden gepubliceerd. Een statistische analyse van deze ranglijsten laat echter zien dat deze lijsten onderling niet vergelijkbaar zijn (Pons et al., 2009).

Sinds oktober 2009 is er een 'zwarte lijst' van zorgaanbieders beschikbaar op [www.ribiz.nl](http://www.ribiz.nl). Op deze website zijn bevoegdheidsbeperkingen en doorhalingen van beroepsbeoefenaren in de zorg door iedereen te bekijken. Registratie en informatie beroepsbeoefenaren in de zorg (RIBZ) registreert artsen, tandartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen, psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en apothekers. Op deze lijst staan namen van specialisten, huisartsen en verpleegkundigen die na een uitspraak van een tuchtrechter zijn geschorst of uit hun beroep gezet.

Er is nog weinig bekend over de effecten van de manier van presenteren van vergelijkende keuze-informatie op de keuzes van de consument (Damman en Rademakers, 2008; Damman et al., 2008).

Wat we wel weten, is dat het openbaar maken van resultaten van zorgverzekeraars heeft geleid tot een verbetering van de service van zorgverzekeraars die daar wat minder goed op presteerden (Hendriks et al., 2009). Het openbaar maken van kwaliteitsinformatie van zorginstellingen beïnvloedt met name hun eigen gedrag, vooral uit angst voor reputatieschade (Fung et al., 2008; Lugtenberg en Westert, 2007). De informatie wordt door verzekerden nauwelijks gebruikt (Bijlsma en Pomp, 2008).

Naast informatie voor consumenten is er ook informatie nodig voor zorgverzekeraars. Zij moeten namelijk bepalen welke zorgaanbieder wel gecontracteerd wordt en welke niet. Vervolgens moeten zorgverzekeraars aan hun verzekerden kenbaar maken welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd en op basis van welke criteria zij zijn geselecteerd.

Kwaliteitsinformatie op basis van klant- en patiëntervaringen is in toenemende mate beschikbaar (CQ-index). Ook de IGZ heeft de afgelopen jaren geïnvesteerd in transparantie en informatie. Er zijn, veelal in samenwerking met Zichtbare Zorg, indicatorensets ontwikkeld. Kwaliteitsinformatie op basis van zorginhoudelijke uitkomstindicatoren is minder ver ontwikkeld.

## **5. Financiële prikkels tot doelmatigheid**

Prikkels voor doelmatigheid kunnen aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers worden gegeven. In het huidige stelsel zitten financiële prikkels die doelmatigheid moeten stimuleren.

Voor consumenten zouden deze prikkels zitten in de hoogte van de nominale premie en het verplichte eigen risico. Door de hoogte van de nominale premie zouden mensen beter beseffen wat gezondheidszorg kost en daardoor bewuster omgaan met het gebruik ervan. Door het eigen risico zouden mensen geprikkeld worden om nog een keer goed na te denken over de noodzaak van het gebruik van zorg. Het is de vraag of dit bij de huidige vorm en hoogte van het eigen risico werkt. Mensen geven aan dat ze niet bewuster met hun zorggebruik omgaan (Van der Maat en De Jong, 2009). Andere vormen van het eigen risico zouden effectiever zijn (Van Kleef, 2009).

Ook voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn er financiële prikkels die moeten stimuleren tot doelmatigheid. Hoewel zij hier in toenemende mate mee geconfronteerd worden, is aan deze voorwaarde beperkt voldaan. Door compensatieregelingen zijn zorgverzekeraars niet volledig risicodragend. Daarnaast mogen zorgaanbieders nog geen winst maken.

De risico's voor zorgverzekeraars worden voor een groot deel via nacalculatie onderling verevend. Afschaffing van de nacalculatie zou de prikkel om doelmatig in te kopen vergroten. Over de gevolgen van de toename van financiële prikkels tot doelmatig inkopen, zoals risicodragendheid van zorgverzekeraars, is discussie: "Het afschaffen van de nacalculatie en het introduceren van meer risico zonder een gelijk speelveld, leidt niet tot betere prikkels, maar wel tot mogelijke risico-opslagen op solvabiliteit en premie." (Wiegel, 2010). Hiermee wordt onder meer gezegd dat zorgverzekeraars die risicodragend worden, een prikkel krijgen om, op basis van het ingeschatte risico van verzekerden, de premie te verhogen. Een goede risicovereeniging is belangrijk om dit tegen te gaan.

## 6. Geen liftersgedrag (freeriders)

Om de solidariteit in het zorgstelsel te waarborgen en om het betaalbaar te houden is een verzekeringsplicht ingesteld. Dit betekent dat iedereen die legaal in Nederland woont of werkt, verplicht is zich door middel van een zorgverzekering te verzekeren (art 2.1 Zvw).

Ondanks de verzekeringsplicht hadden circa 153.000 verzekeringsplichtigen op 1 mei 2008 geen zorgverzekering afgesloten (CBS, 2009a). Daarnaast hebben 279.000 volwassen verzekerden een premieschuld van meer dan zes maanden. Het aantal volwassenen met een premieschuld van meer dan zes maanden is toegenomen sinds 2006 (zie *hoofdstuk 3*). Vanaf september 2009 wordt daarom in opdracht van CVZ een loonbeslag opgelegd aan mensen met een betaalachterstand van minimaal zes maanden.

Onverzekerden worden door het CVZ actief opgespoord door middel van een bestandsvergelijking en aangeschreven. Na drie maanden wordt een boete opgelegd aan de onverzekerde Mocht na een nieuwe bestandsvergelijking blijken dat betrokkene drie maanden na het opleggen van de eerste boete nog altijd niet verzekerd is, dan legt het CVZ voor de tweede keer een boete op. Indien bij een volgende bestandsvergelijking zou blijken dat de betreffende onverzekerde zich nog steeds niet heeft verzekerd, zal ertoe worden overgegaan betrokkene ambtshalve te verzekeren voor de Zvw.

## 7. Betwistbare marktposities

Bij betwistbare marktposities gaat het erom dat er nieuwe toetreders kunnen komen en dat niet functionerende organisaties kunnen verdwijnen.

De Zvw staat nieuwe toetreding toe en in het geval van uittreding (faillissement) is de positie van de verzekerden volledig gewaarborgd (art. 31.1 Zvw). Daarmee is op de zorgverzekeringsmarkt in theorie aan de voorwaarde van betwistbare marktposities voldaan.

Op de markt van zorgaanbieders zijn door de functionele omschrijving van het basispakket, door de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om selectief te contracteren, en door het afschaffen van bouwvergunningen mogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders gecreëerd om de markt te betreden. Met de inwerkingtreding van de WTZi per 1 januari 2006 werd het eenvoudiger een ZBC te stichten. Het aantal ZBC's dat actief is in het B-segment van de ziekenhuiszorg nam toe van 37 in 2005 naar 125 in 2009 (NZa, 2009a). Voor nieuwe individuele beroepsbeoefenaren is de toegang tot de markt veelal beperkt door een beperkt aantal beschikbare opleidingsplaatsen.

Wel zouden er nieuwe beroepen op de markt actief kunnen worden. Op de ziekenhuismarkt is nog niet duidelijk of er echt sprake is van betwistbare marktposities doordat de overheid falende ziekenhuizen tot nu toe niet failliet heeft laten gaan. Zo heeft de NZa eind 2008 besloten om een steunverleningsverzoek te honoreren voor de IJsselmeerziekenhuizen. Reden hiervoor was dat de NZa door het wegvallen van deze instelling een ernstig probleem met de continuïteit van zorg voorzag in de regio.

## **8. Marktmeester en toezichthouder**

Verschillende partijen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit, de kosten en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De overheid stuurt op hoofdlijnen en is verantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen. Door het terugtreden van de overheid en het invoeren van gereguleerde concurrentie zijn een marktmeester en toezichthouders nodig. Deze partijen moeten in de gaten houden of zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden zich aan de regels houden. Zij kunnen ingrijpen als dat nodig is.

Aan deze voorwaarde lijkt met de zes toezichthouders, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), De Nederlandsche Bank (DNB), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Autoriteit Financiële Markten (AFM) en de Consumentenautoriteit, in theorie in belangrijke mate te zijn voldaan. Of het in de praktijk ook voldoende werkt, is nog moeilijk te zeggen. Er is nog een diffuus beeld van taakafbakening tussen de verschillende toezichthouders en de overheid. In de evaluatie van de Wmg wordt dan ook geconcludeerd dat er nog geen sprake kan zijn van een geheel slagvaardig toezicht (Friele, 2009).



# 6

## Op weg naar de volgende Zorgbalans

### 6.1 Inleiding

#### **De Zorgbalans is een nationale monitor waarin Nederland internationaal vergeleken wordt**

De Zorgbalans beoogt met behulp van 125 indicatoren op hoofdlijnen de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de Nederlandse zorg te monitoren ten behoeve van het strategisch beleid van het ministerie van VWS.

De indicatoren geven tezamen een breed beeld van de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem, maar beogen niet de prestaties van alle specifieke onderdelen van de zorg in beeld te brengen. De eis dat de set van indicatoren beperkt in aantal moet zijn, ligt daaraan ten grondslag. De indicatoren geven *signalen* af hoe de Nederlandse zorg ervoor staat. Vervolgens is een verdiepingsslag nodig om de (waarschuwing)signalen op hun waarde te schatten. De verdiepingsslag die nodig is wanneer signalen verder onderzocht moeten worden, stelt extra eisen aan de informatie-infrastructuur. De informatievoorziening van de Zorgbalans kan daarmee niet los gezien worden van de totale informatie-infrastructuur in de zorg in Nederland.

De Zorgbalans kan tot stand komen dankzij het bestaan van een grote hoeveelheid gegevensbronnen (zie *Bijlage 3*). Met deze derde Zorgbalans is opnieuw een verbeterstap gemaakt, maar verdere ontwikkelingsstappen blijven wenselijk. In dit hoofdstuk beantwoorden we twee vragen:

- Wat zijn de belangrijkste verbeteringen in de gegevens die in deze derde Zorgbalans zijn gebruikt en welke wensen ter verbetering zijn er op het gebied van de informatievoorziening voor de volgende Zorgbalans? (*paragraaf 6.2*)
- Hoe kan de bruikbaarheid van de Zorgbalans voor het strategisch beleid van de landelijke overheid en alle andere betrokken partijen worden vergroot? (*paragraaf 6.3*)

In *paragraaf 6.4* blikken we vooruit naar de volgende Zorgbalans. Daarbij komt ook aan de orde of elke twee jaar een identieke en even uitgebreide Zorgbalans wenselijk is.

## 6.2 Verbeteringen en lacunes in deze Zorgbalans

Ondanks gesignaleerde verbeteringen in de beschikbaarheid van bruikbare gegevens, is er vaak geen garantie voor continuïteit van gegevensstromen en is de informatievoorziening op belangrijke onderdelen zelfs verslechterd. Zeker in het licht van de toenemende eisen die nu en in de toekomst aan de informatievoorziening gesteld worden, is deze situatie op verschillende punten zorgelijk.

Deze paragraaf beschrijft allereerst de mate waarin de Zorgbalans nu met gegevens gevuld is. Daarna gaan we in op de vergelijkbaarheid van de gegevens, in de tijd en internationaal. We sluiten af met enkele conclusies over de noodzaak tot een sterke verbetering van de informatievoorziening. Vooral de tamelijk goede vulling van de indicatoren voor de curatieve zorg valt in positieve zin op. Daar besteedt de Zorgbalans dan ook de meeste aandacht aan.

### 6.2.1 Verbeteringen in indicatoren, maar ook nog lacunes

*Tabel 6.2.1* geeft op hoofdlijnen weer in welke mate de gebruikte indicatordomeinen met (min of meer) adequate gegevens gevuld zijn.

De website van de Zorgbalans ([www.gezondheidszorgbalans.nl](http://www.gezondheidszorgbalans.nl)) zal vanaf najaar 2010 voor alle indicatoren een wetenschappelijke onderbouwing bevatten, dat wil zeggen een verantwoording waarom de indicator is geselecteerd, welke bronnen zijn gebruikt, en een kort overzicht wat bekend is over de betrouwbaarheid van de gegevens. Dit geeft ook zicht op de ontwikkelingen in de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van de gegevens.

**Tabel 6.2.1: Kwaliteit van de empirische vulling van de indicatoren**

Zorgbehoefte/sector	Kwaliteit			Toegankelijkheid	Kosten
	Effectiviteit	Veiligheid	Vraaggerichtheid		
Gezond blijven/preventie					
Beter worden/curatieve zorg		X	X	XX	
Leven met ziekte of handicap/langdurige zorg			XX		
Zorg in de laatste levensfase/palliatieve zorg	XX		XX		

Groen: goed; Oranje: matig; Rood: onvoldoende

X: verbeterd in tweede Zorgbalans; XX verbeterd in derde Zorgbalans

### Verbeteringen in de set van indicatoren

De samenstelling van de set indicatoren is evenwichtiger geworden door de toevoeging van een aantal nieuwe indicatoren. De verbeteringen betreffen vooral een aantal kwaliteitsindicatoren.

Op de eerste plaats zijn de ervaringen van burgers, patiënten en cliënten over een breder terrein van de zorg beschreven als gevolg van de toename van het aantal Consumer Quality (CQ)-indexen dat beschikbaar is. Hieruit is een aantal indicatoren geselecteerd die voor de Zorgbalans belangrijk zijn, zowel wat betreft kwaliteit als toegankelijkheid van de zorg.

Voor de langdurige zorg kon gebruik gemaakt worden van de resultaten van de tweede landelijke peiling van de normen verantwoorde zorg uit 2008.

Verder is een begin gemaakt met indicatoren voor de palliatieve zorg. Voor enkele structurele kenmerken van de palliatieve zorg zijn gegevens beschikbaar. Het NIVEL heeft samen met betrokken partijen kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, maar gegevens voor deze indicatoren zijn er nu nog niet.

### Zichtbare zorg

In de toekomst zal de Zorgbalans de ontwikkeling van nieuwe indicatoren nauwgezet blijven volgen en daarbij vooral beoordelen op welk moment daaruit gegevens beschikbaar komen die voor het doel van de Zorgbalans bruikbaar zijn. Dat geldt onder andere voor de indicatoren van het bureau Zichtbare Zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die de zorgsectoren bij de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren ondersteunt. Op dit moment zijn er samen met het veld indicatorensets ontwikkeld voor openbare gezondheidszorg, verloskunde eerste lijn, openbare apotheken, ziekenhuizen, privéklinieken, gehandicaptenzorg, verpleeghuizen/ thuiszorg/ verzorgingshuizen, kraamzorg en GGZ. Sets van kwaliteitsindicatoren bevinden zich in verschillende stadia van ontwikkeling. Daarnaast worden nog meer nieuwe sets indicatoren ontwikkeld, onder andere voor ketenzorg van enkele chronische ziekten.

Met de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen heeft de IGZ inmiddels de meeste ervaring (Geelhoed, 2010). Dit betreft vooral proces- en structuurindicatoren, het aantal uitkomstindicatoren is nog laag. Het duurt gewoonlijk een aantal jaren voordat de eerste gegevens beschikbaar komen.

#### **Box 6.2.1: Prioriteiten in indicatordomeinen waar verbetering wenselijk is**

In sommige indicatordomeinen zijn meer verbeteringen nodig dan in andere. Naar de mening van het Zorgbalans-team verdienen de volgende indicatordomeinen prioriteit:

##### *Kwaliteit*

- 1 Geestelijke gezondheidszorg: deze sector loopt duidelijk achter op de andere zorgsectoren met de ontwikkeling en empirische invulling van kwaliteitsindicatoren.
- 2 Terminale en palliatieve zorg: de volgende stap is het verzamelen van empirische gegevens voor de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren.
- 3 Samenhang in de zorg: het toenemend aantal initiatieven rond de invoering van ketenzorg maken het wenselijk om systematisch te monitoren hoe het staat met de coördinatie van de zorg, zowel op patiëntniveau als op systeemniveau (aansluiting tussen sectoren).

##### *Toegankelijkheid*

- 4 Aandacht voor *verschillen* in toegankelijkheid: de Zorgbalans beschrijft tot nu toe hoe de 'gemiddelde' burger de toegankelijkheid van de zorg ervaart. Daarmee ontstaat geen zicht op bevolkingsgroepen voor wie de toegankelijkheid mogelijk tekort schiet. Het systeemdoel toegankelijkheid geldt voor alle burgers. Daarom is het wenselijk in een volgende Zorgbalans verschillen in ervaren toegankelijkheid (én kwaliteit) tussen bevolkingsgroepen te analyseren, met aandacht voor de zorg voor zeer kwetsbare burgers, zoals dak- en thuislozen en andere doelgroepen waarop de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg zich richt.

##### *Kosten en doelmatigheid*

- 5 Arbeidsproductiviteit in relatie tot kwaliteit: arbeidsproductiviteit wordt nu nog vooral gemeten los van de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarmee wordt niet duidelijk of een toename van het aantal cliënten dat geholpen wordt, mogelijk gepaard gaat met verschraling van de zorg. Anderzijds wordt ook niet duidelijk of bij gelijkblijvende arbeidsproductiviteit de kwaliteit van de geleverde zorg toeneemt. Een nadere verkenning hiervan is wenselijk. De NZa en de Zorgbalans zijn van plan om op dit terrein nauwer te gaan samenwerken.

##### *Sectoren*

- 6 Het zwaartepunt van deze Zorgbalans ligt bij de curatieve zorg. De wens is om in de volgende Zorgbalans meer aandacht te besteden aan de langdurige zorg (met name gehandicaptenzorg, langdurige GGZ en veranderingen in de uitvoering van de Awbz) en aan indicatoren die de voortgang van de preventie in de zorg in beeld kunnen brengen.

##### *Onderlinge samenhang systeemdoelen*

- 7 Steeds dwingender wordt de vraag gesteld in hoeverre het mogelijk is om gelijktijdig de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten van de zorg te beheersen. Dat vraagt om een analyse van de onderlinge samenhang tussen kwaliteit, toegankelijkheid en kosten.



## Lacunes in de set van indicatoren

In box 6.2.1 is weergegeven in welke indicatordomeinen van de Zorgbalans lacunes bestaan en waar verbeteringen prioriteit hebben. Deze lijst is niet veel korter dan die in de vorige Zorgbalans en richt zich daarnaast ook op de analyse en interpretatie van indicatoren. De lijst weerspiegelt daarmee de commentaren van het beleids- en zorgveld op de Zorgbalans.

De Zorgbalans legt het primaat bij uitkomstindicatoren, zoals bijvoorbeeld de HSMR (hospital standardised mortality rate) en daarna bij procesindicatoren. De ervaring van de Zorgbalans is dat de curatieve zorgsector bij de ontwikkeling van uitkomstindicatoren terughoudend is, vaak nadruk legt op de beperkingen bij de interpretatie en regelmatig kiest voor procesindicatoren die aan de veilige kant blijven en minder het hart van de kwaliteit raken.

## 6.2.2 De vergelijkbaarheid van gegevens is ten dele verbeterd, verdere verbetering is noodzakelijk en vereist duidelijke investeringen

Idealiter bevat elke indicator in de Zorgbalans niet alleen trendgegevens, maar ook een internationale vergelijking én een vergelijking met een benchmark dan wel beleidsnorm. Het aantal indicatoren met trendgegevens is toegenomen, maar het aandeel internationale vergelijkingen en vergelijkingen met een beleidsnorm is afgenomen (zie tabel 6.2.2). Een belangrijke oorzaak ligt in de toename van indicatoren die patiëntervaringen weergeven (CQ-indexen). Daar bestaan geen internationale vergelijkingen voor en ook geen expliciete beleidsnormen. Verdere verbetering van vergelijkingsmogelijkheden is noodzakelijk en vereist duidelijke investeringen.

**Tabel 6.2.2: Vergelijkbaarheid van gegevens in de Zorgbalans**

Kenmerk	Percentage indicatoren dat aan kenmerk voldoet			Veranderingen ten opzichte van tweede Zorgbalans
	1e ZB	2e ZB	3e ZB	
Trend in de tijd	50%	61%	72%	Veel indicatoren zijn over een steeds langere periode gevolgd Extra aandacht voor verschillen tussen zorgverleners
Internationale vergelijking	20%	26%	24%	
Vergelijking met (beleids)norm <sup>a</sup>	<5%	21%	18%	

<sup>a</sup> De vergelijkbaarheid met beleidsnormen komt in paragraaf 6.3 aan de orde

## Verbeteringen in trendgegevens

De tijdsperiode waarover trendgegevens beschikbaar zijn, is duidelijk verbeterd. Voor een deel van de indicatoren zijn nu zelfs gegevens over de periode 2000-2008/2009 beschikbaar, een periode van bijna 10 jaar. Het aantal indicatoren zonder enige trendgegevens nam af.

## Lacunes en trendbreuken in trendgegevens

Een aantal indicatoren is in deze editie van de Zorgbalans afgefallen omdat er door registrerende instellingen geen nieuwe metingen uitgevoerd zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteitsindicatoren gezondheidsbeleid op scholen, de oordelen van Awbz-cliënten over het Centrum Indicatiestelling Zorg, en de ervaringen van patiënten met medische hulpmiddelen.

Bij een aantal andere indicatoren is sprake van een methodologische trendbreuk doordat registrerende instanties de afgelopen jaren hun meetmethoden hebben veranderd of correcties hebben uitgevoerd. Dat was bijvoorbeeld het geval bij de indicatoren wachttijden in ziekenhuizen en het aantal onverzekerden.

Een aanzienlijk aantal trendbreuken ontstaat als gevolg van veranderingen in de zorg, die doorwerken in de omschrijvingen van indicatoren. Voorbeelden betreffen de veranderende inhoud van het Rijksvaccinatie Programma, de veranderingen in de leeftijdsgrens bij de vaccinatie voor de seizoensgriep, aanpassingen in de normen voor het minimaal aantal te verrichten specialistische operaties in ziekenhuizen, beleidsmatige veranderingen in de financiële tegemoetkomingen voor chronisch zieken en aanpassingen in het aandeel medische behandelingen in het vrije onderhandelingssegment (B-segment), integrale bekostiging van chronisch ziekenzorg (onder andere diabeteszorg) en de invoering van zorgzwaartepakketten in de langdurige zorg.

Deze methodologische, beleidsmatige en zorginhoudelijke trendbreuken belemmeren het zicht op de werkelijke ontwikkelingen. Soms is de invloed zo aanzienlijk, bijvoorbeeld bij wachttijden in de ziekenhuizen, dat geen adequaat inzicht in de werkelijke trend in de afgelopen jaren mogelijk is. Wanneer registraties veranderen, zijn behalve voor de vernieuwing van de registratie ook extra investeringen nodig om - in ieder geval tijdelijk - een goede vergelijking met voorgaande jaren te garanderen.

## Stand van zaken internationale vergelijkingen

De ruggengraat voor de internationale vergelijkingen in de Zorgbalans wordt gevormd door de vergelijking van de kwaliteit van zorg met andere OECD-landen (*Health at a glance*). Daarnaast zijn opnieuw gegevens van de Commonwealth Fund International Health Policy Survey gebruikt, waaraan Nederland sinds 2006 deelneemt, en waarin behalve de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Groot-Brittannië en Duitsland ook Frankrijk (sinds 2008), Noorwegen en Zweden (sinds 2009) participeren. De Zorgbalans maakt geen gebruik van de internationale gegevens van de Euro Health Consumer Index, omdat er veel wetenschappelijke kritiek is op de selectie, betrouwbaarheid en interpretatie van deze gegevens.

## Lacunes in internationale vergelijkingen

De kwaliteit van de internationale vergelijkingen in de Zorgbalans is momenteel vooral afhankelijk van het tempo waarin de aanlevering van geharmoniseerde gegevens vanuit Nederland en andere landen aan de OECD toeneemt. Deze loopt op veel punten vanuit Nederland goed, maar op enkele essentiële punten juist niet, doordat goede Nederlandse gegevens ontbreken.

Bij de aanlevering van Nederlandse gegevens in 2009 aan de OECD voor de indicatoren voor de kwaliteit en veiligheid van zorg bleken verschillende knelpunten in de informatievoorziening te bestaan die terug te voeren zijn op registratieproblemen in Nederland (RIVM, 2008). Dat betreft met name de voortdurend verdere achteruitgang in kwaliteit en deelname van de Landelijke Medische Registratie (LMR), waardoor geen gegevens over medische complicaties, vermijdbare ziekenhuisopnamen en heropnames in verband met psychische aandoeningen konden worden aangeleverd.

- Voor het nieuw te ontwikkelen onderdeel patiëntveiligheid heeft de OECD de indicatoruitkomsten van de verschillende landen uitgebreid geanalyseerd, waarbij gekeken is naar de plausibiliteit, betrouwbaarheid en validiteit. De Nederlandse gegevens van de LMR met betrekking tot medische complicaties bij ziekenhuisopnamen bleken onvoldoende en konden niet gebruikt worden. De oorzaak daarvan is dat nevendiaagnosen slecht geregistreerd dan wel ernstig ondergeregistreerd worden.
- Voor de ‘vermijdbare ziekenhuisopname’-indicatoren kwam hier nog eens het probleem bij dat de LMR steeds onvollediger begint te worden. De deelname van de ziekenhuizen is in de loop van de tijd afgenomen evenals de volledigheid van registreren. Zo registreren sommige ziekenhuizen geen nevendiaagnosen en/of geen verrichtingen meer of worden vage ziekenhuisdiagnosen gecodeerd.
- Voor de GGZ heeft Nederland helemaal geen gegevens kunnen aanleveren. Het bleek niet mogelijk de benodigde heropnamecijfers voor psychische en psychiatrische aandoeningen te berekenen doordat in het DBC-informatiesysteem (DIS) de start- en einddatum van een klinische opname niet goed waren vast te stellen en er IT-problemen waren.

Deze gebrekkige registratie heeft er toe geleid dat Nederland niet heeft kunnen meedoen aan de ontwikkeling van een aantal gewenste internationale indicatoren op het belangrijke terrein van veiligheid in de zorg. Voor toekomstige gegevensleveranties aan de OECD wordt de verminderende beschikbaarheid van deugdelijke Nederlandse ziekenhuisgegevens ook voor al bestaande indicatoren een onoverkomelijk probleem. Voor de aanlevering van deze gegevens aan internationale organisaties is de Nederlandse overheid uiteindelijk verantwoordelijk. Het aantal informatieverplichtingen vanuit de EU op het terrein van de volksgezondheid en zorg neemt toe.

Op het gebied van de langdurige zorg zijn nog nauwelijks internationale vergelijkingen beschikbaar.

### 6.2.3 De informatievoorziening van de Zorgbalans in bredere context

Het samenvattend oordeel over de informatievoorziening van de tweede Zorgbalans luidde: “Omdat de Zorgbalans primair een monitor-instrument is, vormt de gebrekkige continuïteit van registraties het grootste zorgkind. Als de LMR in ziekenhuizen wegvalt, valt ook een aanzienlijk deel van de Zorgbalans weg. Het ministerie van VWS heeft hierin een regietaak. De hoogste prioriteit hebben:

- de continuïteit van de LMR in ziekenhuizen,
- het starten van de Nationale Studie naar Ziekten en Zorg in de Eerste Lijn,
- de continuïteit van de deelname aan de internationale vergelijkende survey van het Commonwealth Fund,
- een goede aanlevering van gegevens aan internationale instanties.”

### **Hoe is de situatie nu? Enkele verbeteringen in gang gezet, maar belangrijke gewenste verbeteringen ook niet**

De eerste twee prioriteiten – LMR en Nationale Studie – zijn het belangrijkste voor de Nederlandse informatievoorziening en blijven problematisch.

Aan de continuïteit van de LMR wordt weliswaar aandacht besteed, maar de situatie blijkt de afgelopen jaren juist verder verslechterd in plaats van verbeterd te zijn (zie bij internationale vergelijkingen voor de aanzienlijke ernst van deze negatieve effecten). Een duidelijk effect van het verzoek van het ministerie van VWS aan de ziekenhuizen om aan de LMR te blijven deelnemen dan wel die deelname te hervatten (VWS, 2009d) is nog niet merkbaar.

Van de oorspronkelijke plannen voor de Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn (Meuwissen et al., 2007) blijkt slechts een beperkt deel gefinancierd te kunnen worden. Dit beperkt het zicht op de trendmatige ontwikkelingen in de huisartsenzorg (zoals de poortwachtersfunctie) en de andere eerstelijns disciplines. Wel wordt er gewerkt aan een Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnszorg (LINEL). Hierin worden monodisciplinair georiënteerde registratiesystemen geïntegreerd tot een multidisciplinair eerstelijnsstelsel, waarin onder andere verrichtingen van verschillende zorgverleners zijn opgenomen (NIVEL, 2010).

De deelname aan de internationale survey van het Commonwealth Fund is gecontinueerd en de toename van het aantal West- en Noord-Europese landen dat er aan deelneemt, vergroot de bruikbaarheid ervan voor de internationale vergelijkingen in de Zorgbalans. Continuering in de toekomst is daarom wenselijk.

In opdracht van VWS start het RIVM een project om zicht te krijgen op de aanlevering van gegevens aan internationale registraties en de landelijke coördinatie hiervan (Achterberg, 2010).

De roep om verbeteringen van de informatievoorziening worden van verschillende kanten steeds luider. Er verschijnen meerdere analyses over de tekortkomingen in de informatievoorziening en de nadelige gevolgen van het ontbrekende inzicht in vragen die voor beleid en besluitvorming over de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg van belang zijn (Canoy, et al., 2009; Klink en Van Uum, 2009; Pool en Bor, 2009; Bovenberg et al., 2009; RIVM, 2008; RIVM, 2009). Zowel publiek als wetenschappers eisen meer transparantie in de zorg, waarbij transparantie niet alleen betrekking heeft op de bereidheid van het veld om gegevens over het eigen functioneren openbaar te maken, maar ook de wens om die informatie vertaald te zien in zinvolle antwoorden op belangrijke vragen rond het functioneren van het zorgstelsel.

De veranderingen in het zorgstelsel gaan regelmatig sneller dan de informatievoorziening in het veld kan bijhouden. De toename van vrijheidsgraden in de organisatie en de financiering van zorg (o.a. door het systeem van integrale bekostiging), maken de informatievoorziening bovendien extra ingewikkeld, waardoor de zorg complexer en minder transparant wordt.

Het monitoren op hoofdlijnen zoals in de Zorgbalans gebeurt, geeft informatie om het beleid op hoofdlijnen bij te sturen. Niet meer en niet minder. Voor de dagelijkse besluitvorming op deelterreinen en deelsectoren van de zorg is veel meer aanvullende en tussentijdse informatie nodig dan de Zorgbalans kan bieden.

Dit alles vraagt om een sterke(re) regie op de informatievoorziening vanuit het ministerie van VWS, die gebaseerd is op een afgewogen beeld van benodigde beleidsinformatie in het nieuwe stelsel van gereguleerde marktwerking.

## 6.3 Bruikbaarheid van de Zorgbalans

Het belangrijkste ijkpunt van de Zorgbalans is de bruikbaarheid voor de strategische beleidsvorming. De mate waarin dit lukt, is vooral afhankelijk van een goede aansluiting tussen indicatoren en de strategische beleidsvragen die gesteld worden.

### **De zeggingskracht voor beleid is toegenomen, maar meer gebruik in strategische beleidsdiscussies is wenselijk**

In belangrijke Kamerstukken, zoals de Beleidsagenda, de Begroting en de Jaarverantwoording van het ministerie van VWS, wordt naar de Zorgbalans verwezen als belangrijke informatiebron. De Zorgbalans heeft daarmee vooral de positie verkregen van gezaghebbende informatiebron, zodat (achteraf en met enige vertraging) overeenstemming over de cijfermatige stand van zaken van het *zorgsysteem-op-hoofdlijnen* kan ontstaan.

De Zorgbalans wordt echter niet of in mindere mate gebruikt om discussie (binnen en buiten VWS) te voeren over de onderdelen en aspecten waarin het zorgsysteem al dan niet goed functioneert en opgewassen is tegen de eisen van toekomstige ontwikkelingen in volksgezondheid en maatschappij, terwijl het juist voor die strategische beleidsvoering bedoeld is.

Er zijn verschillende oorzaken voor dit niet-gebruik te noemen:

- de Zorgbalans komt tot nu toe eens in de twee jaar uit, terwijl het beleid vaak moet reageren op ontwikkelingen die veel sneller gaan;
- voor elk afzonderlijk beleidsterrein is de informatie in de Zorgbalans te beperkt om daar beleid op te voeren; er is daarvoor informatie over meer aspecten van een probleem nodig en op meerdere abstractieniveaus. Voorbeelden zijn er te over, zoals beleid inzake veiligheid in de zorg, beleid acute zorg, innovatiebeleid, financieringsbeleid, Awbz-beleid;
- afspraken op hoofdlijnen van het overheidsbeleid worden vooral bij de start van een nieuw kabinet gemaakt; daarna is er binnen de kaders van het regeerakkoord minder ruimte om beleidslijnen te veranderen.

Om de zeggingskracht voor het beleid te versterken zijn in deze Zorgbalans vaker verschillen tussen zorgverleners en zorgverlenende instellingen in beeld gebracht. Toch achten we deze verbetering - hoe nuttig op zich ook - onvoldoende krachtig om de zeggingskracht wezenlijk te versterken. Om de Zorgbalans meer de beoogde functie te geven van pijler voor strategische beleidsvorming, lijken er een paar krachtige verbeteringen nodig, namelijk:

- het versterken van de analytische, diagnostische en toekomstgerichte functie van de Zorgbalans,
- het versterken van discussies over de uitkomsten van de Zorgbalans binnen en buiten VWS,
- eventueel tussentijdse (jaarlijkse) updates van een serie kernindicatoren.

## 6.4 Hoe gaat de Zorgbalans verder?

### Zorgbalans 2012 en 2014

Bij de start van de Zorgbalans in 2006 werd er rekening mee gehouden dat er een groeipad nodig zou zijn om tot een evenwichtige set indicatoren te komen, met voldoende tijdreeksen, internationale vergelijkingen en vergelijkingen met beleidsnormen en benchmarks. Dat stadium is nu min of meer bereikt. Het is niet te verwachten dat er nog grote verbeterstappen mogelijk zijn. Daarmee is de Zorgbalans binnen de reikwijdte van de oorspronkelijke opdracht bij deze derde verschijning grotendeels uitontwikkeld. Dat maakt het ook mogelijk om zoals ook wel geopperd wordt, de periodiciteit te verlagen tot eens in de vier jaar.

Een vierjaarlijkse frequentie na 2010 heeft twee voordelen:

- 1 het versterkt de mogelijkheid om over een langere termijn terug te kijken en daarmee de reflectie op de veranderingen in de afgelopen jaren te verdiepen en geeft daarmee een betere basis voor de beleidsontwikkeling in de jaren daarna en voor de middellange termijn;
- 2 de Zorgbalans kan dan gelijk met de VTV uitkomen. Daarmee kunnen de ontwikkelingen in de gezondheid en de zorgbehoeften van de Nederlandse bevolking en de ontwikkelingen in de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van het zorgsysteem in onderlinge samenhang worden gezien.

Een vierjaarlijkse rapportage stelt ook eisen. De functie van ondersteuning van de strategische beleidsvoering komt dan nog centraler te staan, en de rapportage zal moeten winnen aan analysekracht, toekomstgerichtheid en gezag. De rapportage zal dan ook duidelijker gedragen moeten worden door wetenschappelijke en veldpartijen.

Tegelijkertijd zal ook voldoende tussentijdse actualisering van de gegevens moeten plaatsvinden. Er zijn twee zware argumenten die pleiten voor een Zorgbalans niet over vier, maar over twee jaar:

- 1 De economische crisis leidt tot de noodzaak van grote overheidsbezuinigingen, waarbij ook naar de zorg wordt gekeken. Die bezuinigingen kunnen een groot effect hebben op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Het is vanwege het publieke belang noodzakelijk om de vinger daarbij steeds aan de pols te houden.

2 Door velen wordt gesteld dat nu nog geen grote effecten van de herziening van het verzekeringsstelsel die in 2006 plaatsvond, verwacht mogen worden. De termijn is daarvoor te kort en er worden nog steeds en ook de komende jaren diverse vervolgmaatregelen genomen om het systeem van gereguleerde concurrentie verder vorm te geven. Ook hier is het wenselijk regelmatig de vinger aan de pols te houden.

De website van de Zorgbalans ([www.gezondheidszorgbalans.nl](http://www.gezondheidszorgbalans.nl)) kan goede diensten bewijzen bij de wens om op hoofdlijnen ook tussentijds de vinger aan de pols te houden. Een mogelijkheid is om op de website daarom voortaan jaarlijks (in mei) een (beperkt) aantal kernindicatoren te actualiseren. Op basis daarvan zou dan tussentijds een verkorte Zorgbalans-rapportage kunnen worden opgesteld.

# Referenties

- Achterberg P. Gezondheidsdata en indicatoren in internationaal perspectief. *Tijds Gezondheidswet* 2010;88:47-9.
- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. *National Healthcare Disparities Report 2003*. Rockville, MD: AHRQ, 2004.
- Akkermans C. Omdat ik er geen last van heb... De toegankelijkheid van sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang. *Sociale Interventie* 2008;17(1):35-43.
- Algemene Rekenkamer. *Zorg op afstand: Een innovatie in de langdurige zorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2009.
- Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Quality Health Care* 2006;18:Suppl:5-13.
- Arah OA. *Performance reexamined. Concepts, content and practice of measuring health system performance*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2005. Dissertatie.
- Arcares. *Op weg naar normen voor verantwoorde zorg. Cliënt maakt uit wat kwaliteit van leven inhoudt*. Utrecht: Arcares, 2005. Persbericht.
- AZN, Ambulance Zorg Nederland. *Ambulance in-zicht 2008*. Zwolle: AZN, 2009.
- AZN, Ambulance Zorg Nederland. *Ambulance in-zicht 2006*. Zwolle: AZN, 2007.
- Bech M, Christiansen T, Dunham K, Lauridsen J, et al. The influence of economic incentives and regulatory factors on the adoption of treatment technologies: a case study of technologies used to treat heart attacks. *Health Econ* 2009;18:1114-32.
- Bentley TGK, Effros RM, Palar K, Keeler EB. Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework. *Milbank Quarterly* 2008;86(4):629-59.
- Bijlsma M, Pomp M. *Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg*. ESB 2008:486-9.
- Blank J, Haelermans C, Koot P, Van Putten-Rademaker O. *Een inventariserend onderzoek naar de relatie*



- tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies/Technische Universiteit Delft. In: Schaal en Zorg achtergrondstudies. Den Haag: RVZ, 2008:51-142.
- Blank J, Van Hulst B, Koolman X. Ontwikkeling productiviteit 2003-2008 algemene ziekenhuizen. Delft: Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies/Technische Universiteit Delft, 2009.
- Boer & Croon. De bedrijfstak Zorg. Onderzoek naar economische betekenis van de zorgsector. Den Haag: Boer & Croon, 2009.
- Borghans I, Heijink R, Kool T, Lagoe RJ, Westert GP. Benchmarking and reducing length of stay in Dutch hospitals. *BMC Health Services Res* 2008;8:220.
- Bovenberg L, Brouwer W, Canoy M, et al. Betere toegang tot zorgdata geeft zicht op feiten in de zorg. *Me Judice* 2009;2(26 juni).
- Brandt H, Francke AL, Pasman HRW, Claessen SJJ, Van der Putten MJA, Deliens L. Indicatoren voor Palliatieve Zorg. Ontwikkeling en toetsing van een set kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorgverlening. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Brandt H. Palliative care in Dutch nursing homes. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2007.
- Bruggink JW. Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkingstrends: Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland* 2009;4e kwartaal.
- BS Health Consultancy. Volop concurrentie weinig mobiliteit. Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2009. Haarlem: BS Health Consultancy, 2009.
- Busch MCM, Kuunders MMAP, Schoemaker C. Wat wordt beoogd met preventie gericht op alcoholgebruik? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie gericht op leefstijl\ Alcohol, 25 september 2007.
- Busse R, Wörz M, Foubister Th, Mossialos E, Berman P. Mapping Health Service Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCES), 2006.
- Canoy M, Bovenberg L, Kooreman P, et al. Wij tasten in het duister, Klink. Bij gebrek aan data is succes van marktwerking in zorg niet meetbaar. *NRC*, 4 juni 2009.
- CBS Statline. Overgewicht en ernstig overgewicht bij kinderen van 2 tot 20 jaar; 16 maart 2010a. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70848ned&LA=nl>. Geraadpleegd maart 2010.
- CBS Statline. Onverzekerden; tegen ziektekosten naar herkomst; 30 maart 2010b. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71432ned&LA=NL>. Geraadpleegd maart 2010.
- CBS Statline. Consumentenprijzen; inflatie vanaf 1963; januari 2010c. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70936ned&D1=&D2=12,25,38,51,64,77,90,103,116,129,142,155,168,181,194,207,220,233,246,259,272,285,298,311,324,337,350,363,376,389,402,415,428,441,454,467,480,493,506,519,532,545,558,571,584,597,610&HDR=T&STB=G1&VW=T>. Geraadpleegd januari 2010.
- CBS Statline. Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl; maart 2009a. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=03799&D1=202-206,210&D2=0-7,19&D3=0&D4=a&HDR=G2,T&STB=G1,G3&VW=T>. Geraadpleegd februari 2010.
- CBS Statline. Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl; maart 2009b. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=03799&D1=241&D2=0-17&D3=0&D4=a&VW=T>. Geraadpleegd februari 2010.

CBS Statline. Gerapporteerd gebruik medische voorzieningen en geneesmiddelen; maart 2009c. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7042MC&D1=390-425&D2=a&VW=T>. Geraadpleegd februari 2010.

CBS Statline. Gezondheid, leefstijl en gezondheidszorg; vanaf 1900; 22 december 2009d. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37852&D1=2,113&D2=97-107&HDR=G1&STB=T&VW=T>. Geraadpleegd februari 2010.

CBS Statline. Doodsoorzaken; uitgebreide lijst, leeftijd en geslacht; 22 september 2009e. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7233&D1=0,420-423,689,747-751&D2=0&D3=0&D4=l&HDR=G3,G2,G1&STB=T&VW=T>. Geraadpleegd februari 2010.

CBS Statline. Gemiddeld inkomen; particuliere huishoudens naar diverse kenmerken; 11 november 2009f. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70843NED&D1=5&D2=0&D3=0&D4=0,3-8&HDR=T&STB=G3,G2,G1&VW=T>. Geraadpleegd februari 2010.

CBS Statline. Inkomensongelijkheid; particuliere huishoudens naar diverse kenmerken; 25 november 2009g. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71511NED&D1=0,3,9-18&D2=0&D3=0&D4=0,7&VW=T>. Geraadpleegd januari 2010.

CBS Statline. Bestedingen; beknopte indeling naar huishoudkenmerken; 06 augustus 2009h. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=60046NED&D1=21-30&D2=0,21&D3=9,13-14&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>. Geraadpleegd januari 2010.

CBS Statline. Vacatures; SBI'93, bedrijfsgrootte, beroep en opleiding; 18 september 2009i. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70843NED&D1=5&D2=0&D3=0&D4=0,3-8&HDR=T&STB=G3,G2,G1&VW=T>. Geraadpleegd januari 2010.

CBS Statline. Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering; 04 december 2009j. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=0-23&D2=a&HDR=G1&STB=T&VW=T>. Geraadpleegd januari 2010.

CBS Statline. Ziekenhuisopnamen; herkomstgroepering, geslacht en leeftijd; 17 november 2009k. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71566ned&D1=0-7&D2=1,2&D3=0&D4=a&D5=l&D6=a&HDR=T,G4&STB=G1,G2,G3,G5&VW=T>. Geraadpleegd januari 2010.

CBS Statline. Zorginstellingen; financiën, personeel, productie en capaciteit naar SBI; 17 november 2009l. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71584NED&D1=101-111&D2=a&D3=a&VW=T>. Geraadpleegd januari 2010.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondere leefstijl blijkt voor velen moeilijk haalbaar. Persbericht PB10-017 16 maart 2010. Den Haag/Heerlen: CBS, 2010. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/282B0317-A24B-4FF6-874F-3D40B72BoEEE/o/pb10no17.pdf>

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Verbetering Gezonde leefstijl stagneert. Persbericht PB09-020 17 maart 2009. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009a. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/15515C7A-817C-4A28-89Co-AAD5ABB70131/o/pb09no20.pdf>.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Uitgaven aan de zorg stijgen met 6,2 procent. Persbericht PB09-037 14 maart 2009. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009b. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/6FC50ED8-FF02-413E-BD85-3708FFBCB1EF/o/pb09no37.pdf>

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en Zorg in Cijfers 2009. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009c.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en Zorg in Cijfers 2008. Den Haag/Heerlen: CBS, 2008.

- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Working paper Zorgrekeningen 1998-2005. Voorburg/Heerlen: CBS, 2006.
- Chernew ME, Sabik L, Chandra A, Newhouse JP. Ensuring the Fiscal Sustainability of Health Care Reform. *NEJM* 2010;362(1): 1-3.
- Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM. Increased Spending On Health Care: Long-Term Implications For The Nation. *Health Affairs* 2009;28(5):1253-55.
- Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM. Increased Spending On Health Care: How Much Can The United States Afford? *Health Affairs* 2003;22(4):15-25.
- CKZ, Centrum Klantervaring Zorg / NIVEL. Jaarrapportage klantervaringen in de zorg 2009. Utrecht: CKZ/ NIVEL, 2010.
- Claessen SJJ, Francke AL, Sixma H, et al. Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Clarke A, Rosen R. Length of stay. How short should hospital care be? *Eur J Public Health* 2001;11(2):166-70.
- CMS, Centres for Medicare and Medicaid services. MDS Quality Measure/ Indicator report. Accidents January / March 2008. [http://www.cms.hhs.gov/MDSPubQlandResRep/02\\_qmreport.asp?isSubmitted=qm3&group=01&qtr=13](http://www.cms.hhs.gov/MDSPubQlandResRep/02_qmreport.asp?isSubmitted=qm3&group=01&qtr=13). Geraadpleegd november 2009.
- Colijn JJ, Van der Graaf ML. Gebruik en waardering van kiesBeter.nl in 2008. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Colsen PJA, Casparie AF. Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Med Contact* 1995;50:297-299.
- CPB, Centraal Planbureau. Centraal Economisch Plan 2010. Den Haag: CPB, 2010.
- CPB, Centraal Planbureau. Centraal Economisch Plan 2009. Den Haag: CPB, 2009.
- Cuijpers P, Van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008;165:1272-80.
- Cuijpers P, Jonkers R, De Weerd I, De Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction* 2002;97(1):67-73.
- CVZ, College voor Zorgverzekeringen. Zorgcijfers kwartaalbericht 4e kwartaal 2008: Financiële ontwikkelingen in de Zvw en de AWBZ. Diemen: CVZ, 2009a.
- CVZ, College voor Zorgverzekeringen. GIPeilingen 2008: Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik. Diemen: CVZ, 2009b.
- CZ. Maatschappelijk verslag 2008 CZ groep Zorgverzekeraar. Tilburg: CZ, 2009.
- Damman OC, Hendriks M, Rademakers J, Delnoij D, Groenewegen P. How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Public Health* 2009;9(423).
- Damman OC, Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J. Gebruikswaarde van de CQ-index deelrapport 3: Presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Damman OC, Rademakers J. Keuze-informatie in de zorg. Een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet. Utrecht: NIVEL, 2008.
- De Boer D, Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Meting 2007 voor [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Utrecht: NIVEL, 2007.
- De Bruijne MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam/Utrecht: EMGO/NIVEL, 2007.
- De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Van Oers JAM, Polder JJ (red.). *Zorg voor Gezondheid; Volksgezondheid Toekomst Verkenning* 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.

- De Jong JD. Explaining medical practice variation. Social organization and institutional mechanisms. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2008a. Dissertatie
- De Jong J. Wisselen van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL, 2008b.
- De Jong J, Groenewegen P. Percentage overstappers valt terug. Collectivisering zet door. Utrecht: NIVEL, 2007.
- De Jong J, Delnoij D, Groenewegen P. Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe stelsel. Utrecht: NIVEL, 2006.
- De Jonge A, Van der Goes B, Ravelli A, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;116(9):1177-84.
- De Jonge M, De Ruiter M. Aard en omvang GGZ- en VZ-preventie 2007. Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- De Kam F. Zorguitgaven verdrücken overige collectieve uitgaven. *ESB* 2009;94(4561):326-9.
- De Veer AJE, Francke AL. Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: NIVEL, 2009.
- De Veer AJE, Francke AL, De Kruif A, Bolle FJJ. Vrijheidsbeperkende interventies. Een inventarisatie onder verzorgenden. *Tijdschr Verpleeghuisgeneesk* 2007;32(1):6-11.
- Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Arah OA, Custers T, Klazinga NS. Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.
- Denneman A. Geestelijke gezondheidszorg, een methode voor het bepalen van volume- en prijsontwikkelingen. Den Haag/Heerlen: CBS, 2008.
- Deuning CM. Reistijd naar ziekenhuis met afdeling spoedeisende hulp 2008. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <[http://www.zorgatlas.nl/Zorg/Ziekenhuiszorg/Algemene en academische ziekenhuizen/Aanbod](http://www.zorgatlas.nl/Zorg/Ziekenhuiszorg/Algemene%20en%20academische%20ziekenhuizen/Aanbod), 15 september 2009.
- DGV, Instituut voor verantwoord medicijngebruik. FTO-peiling 2004-7. Kwaliteit van farmacotherapie-overleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV, 2005-8.
- DNB, De Nederlandsche Bank. Solvabiliteit en winst- en verliesrekening van de ziektekostenverzekeraars. Amsterdam: DNB, 2009. <http://www.statistics.dnb.nl/index.cgi?lang=nl&todo=Verzekeraarsz>. Geraadpleegd december 2009.
- ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009. Stockholm: ECDC, 2009.
- Essink-Bot ML, De Bruijne MC, Suurmond J, Uiters E, Droomers M, Stronks. Etnische en sociaaleconomische verschillen in patiëntveiligheid van de ziekenhuiszorg in Nederland – een exploratie. Eindrapport 1 juli 2009. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum UvA/VU Medisch Centrum/RIVM, 2009.
- Eureko. Eureko 2008 annual report. Zeist: Eureko, 2009.
- Eurostat. Structural indicators on health. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database). Geraadpleegd december 2009.
- Eurotransplant. Annual Report 2000-2008. Leiden: Eurotransplant, 2001-2009.
- Faber M, Voerman G, Grol R. International Health Policy Survey 2009, Commonwealth Fund. Onderzoek onder huisartsen in 11 landen. Nijmegen: UMC St Radboud Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), 2009.
- Faber M, Voerman G, Grol R. International Health Policy Survey 2008, Commonwealth Fund. Onderzoek onder patiënten in 8 landen. Nijmegen: UMC St Radboud Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), 2008.

- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. *Ann Intern Med* 2003;138:273-8.
- Florentius SR. New drugs in general practice: Prescribing patterns and external influences. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2006. Dissertatie.
- Franken M. Health System Goals. What are the relative social preferences in the Netherlands? Bilthoven: RIVM, 2008.
- Friele RD (red.). Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw, 2009.
- Fuchs, VR. More Variation in Use Of Care, More Flat-Of-The-Curve Medicine. Why does it occur? What should be done about it? *Health Affairs* 2004; Web Exclusive:VAR104-VAR107.
- Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic Review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008;148(2):111-23.
- Gaynor M. What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets? Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2006. NBER Working Papers 12301.
- Geelhoed J. Van indicatoren naar kwaliteitsinformatie. *Tijdschr Gezondheidswet* 2010;88(2):46-7.
- Getzen TE. Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *J Health Econ* 2000;19(2):259-70.
- Giesbers H, Eimers M. Therapiekeuze 2008. In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Eerstelijnszorg\ Huisartsenzorg\ Voorschrijfgedrag, 24 november 2009
- GGZ Nederland. Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009. Amersfoort: GGZ Nederland, 2009a.
- GGZ Nederland. Wachttijden in GGZ-instellingen 2008. Amersfoort: GGZ Nederland, 2009b.
- Groenewoud AS, Kreuger L, Huijsman R. Keuzevrijheid, Keuzemogelijkheden en Keuze-ondersteuning in de Gezondheidszorg. Een verkennende, internationale studie ter ondersteuning van een reflectie op de ingeslagen weg. Rotterdam: EUR/IBMG, 2006.
- Groot M. Supporting patients and professionals in primary palliative care. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2007.
- Halfens RJG, Meijers JMM, Neyens JCL, Schols JMGA. Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2009.
- Halfens RJG, Meijers JMM, Neyens JCL, Offermans MPW. Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2008.
- Halfens RJG, Meijers JMM, Neyens JCL, Offermans MPW. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2007. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2007.
- Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Mistiaen P. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2006.
- Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Mistiaen P. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- Halfens RJG, Bours GJJW, Van Ast JF. Relevance of the diagnosis 'Stage 1 Pressure Ulcer': an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations. *J Clinical Nursing* 2001;10(6):748-57.
- Halkes R. Het gebruik van ziekenhuisranglijsten door de consument. Zaltbommel: Van Spaendonck Management Consultants BV, 2007.

- Harmsen M, Giesen P, Martijn L, et al. Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009. Nijmegen: IQ healthcare, 2009.
- Heijink R, Koolman X, Pieter D, Van der Veen A, Jarman B, Westert G. Measuring and Explaining Mortality in Dutch hospitals; the Hospital Standardized Mortality Rate between 2003 and 2005. *BMC Health Services Res* 2008;8:73.
- Hendriks MCP, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ. Dutch healthcare reform: Did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Services Res* 2009;9(167):1-9.
- Henskens YMC, Stroobants AK, Van den Dool EJ, Hamulyak K, Van den Besselaar T. Therapiemonitoring van antistollingsbehandeling. *Ned Tijdschr Klinische Chemie Labgeneesk* 2007;33:238-43.
- HHM, Hoeksma, Homans & Menting. Resultaten verdiepend onderzoek naar wachtlijsten voor Verpleging & Verzorging en Gehandicaptenzorg. Enschede: HHM, 2009.
- Hilderink I, Van 't Land H. GGZ in tabellen 2008. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- Hilderink I, Vink M, Van 't Land H, Fotiadis L. Trendrapportage GGZ 2008. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit. Basisanalyse. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Hingstman L, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2008. Utrecht: NIVEL, 2008.
- IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg. Het resultaat telt 2008. Kwaliteitsindicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2009.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2007. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2008a.
- IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg. Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren. Den Haag: IGZ, 2008b.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2006. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2007.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2005. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2006a.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2004. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2006b.
- IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg. Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003. Den Haag: IGZ, 2006c.
- IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality chasm: A New Health System for the 21st century. Washington DC: National Academies Press, 2001.
- Jacobson D, Andréosso-O'Callaghan B. Industrial Economics and Organization: A European Perspective. London: McGraw-Hill, 1996.
- Jarman B, Gault S, Alves B, et al. Explaining differences in Hospital death rates using routinely collected data. *Br Med J* 1999;318:1515-20.
- Kardal M, Lodder BJH, Garssen J. Levensverwachting stijgt, maar verschil tussen laag- en hoogopgeleiden blijft groot. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A689.
- Klink A, Van Uum Th. Beste onderzoekers, u hoeft niet in het duister te werken. NRC, 12 juni 2009.
- Lanting CI, Rijpstra A, Breuning-Boers JM, Verkerk PH. Evaluatie van de neonatale hielprikscreening bij kinderen geboren in 2007. Leiden: TNO, 2008.
- Laske-Aldershof T, Schut FT. Monitor verzekerdemobiliteit. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS. Rotterdam: EUR/IBMG, 2005.

- LETB, Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker. Tussenrapportage 2007. Rotterdam: Erasmus MC, Rotterdam, 2008.
- Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychosocial problems of general practice patients in a 'gate keeper' and an 'open access' health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:690-7.
- Loket Gezond Leven. Bilthoven: RIVM, <http://www.loketgezondleven.nl> versie 1.0, december 2008. Geraadpleegd februari 2010.
- Lugtenberg M, Wester GP. Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor de burgers. Een internationale verkenning van initiatieven. Tilburg: Universiteit van Tilburg/Tranzo, 2007.
- LVG, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Zorggroepen in Toekomstperspectief. *LVG-nieuws* 2009(3).
- Mackenbach J. Ziekte in Nederland: Volksgezondheid tussen politiek en biologie. Amsterdam: Mouria/Elsevier Gezondheidszorg, 2010.
- Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand Ch, Centeno C. Palliative Care in the European Union. Brussels: European Parliament, Policy Department, Economic and Scientific Policy, 2008.
- Masuy-Stroobant G, Gourbin C. Infant health and mortality indicators: their accuracy for monitoring the socio-economic development in the Europe of 1994. *Eur J Popul* 1995;11(1):63-84.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker C, Cuijpers P. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. VTV Themarapport. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Trimbos-instituut, 2006. RIVM-Rapport nr. 270672001.
- Menzis. Jaarverslag 2008. Wageningen: Menzis, 2009.
- Meulepas M. Relatie tussen FTO-niveau en score op voorschrijfindicatoren. Utrecht: DGV, 2008.
- Meuwissen L, Hoeymans N, Schellevis F, Verheij R, De Bakker D. Nationale studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn. Een eerste schets. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2007.
- Murray CL, Evans DB. Health System Performance Assessment. *Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization, 2003.
- NDF, Nederlandse diabetesfederatie. NDF-zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: NDF, 2007.
- NGMDL, Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Richtlijn Diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom. Utrecht: NGMDL, 2008.
- NIVEL. Onderzoeksprogramma 2010-2013. Utrecht: NIVEL, 2010.
- NIVEL. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2008. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Nolte E, McKee MC. Measuring The Health of Nations: Updating An Earlier Analysis. *Health Affairs* 2008; 27(1):58-71.
- Nolte E, McKee MC. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.
- NPK, Nationaal Programma Kankerbestrijding. NPK-monitor, 2008. <http://www.npknet.nl/monitor>. Geraadpleegd januari 2010.
- NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Voorlopig jaarverslag 2009 NTS. Leiden: NTS, 2009.
- NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Jaarverslag 2008 NTS. Leiden: NTS, 2008.
- NVvH, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Samenvatting richtlijn Diagnostiek en behandeling oesofagus arcinoom. Utrecht: NVvH, 2008.

- NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Vizioer op vertrouwen. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2009. Utrecht: NVZ, 2009.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Medisch Specialistische zorg 2010. Tussenrapportage deel 1. Utrecht: NZa, 2010a.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars. Utrecht: NZa, 2010b.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid. Utrecht: NZa, 2009a.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg. Utrecht: NZa, 2009b.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor contractering farmacie 2009. Eerste ervaringen met flexibel tarief. Utrecht: NZa, 2009c.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009. Trends en acties van de NZa. Utrecht: NZa, 2009d.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Zorgverzekeringsmarkt 2008: Ontwikkelingen beoordeeld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht: NZa, 2008a.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen: Onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingsites voor zorgverzekeringen op internet. Utrecht: NZa, 2008b.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitoring Zorgverzekeringsmarkt. Utrecht: NZa, 2007a.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor fysiotherapie 2007. Is de markt voor fysiotherapie definitief klaar voor vrije prijzen? Utrecht: NZa, 2007b.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen: Onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingsites voor zorgverzekeringen op het internet. Utrecht: NZa, 2007c.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. De tussenstand van de zorgverzekeringsmarkt. Monitoring zorgverzekeringsmarkt juni 2006. Utrecht: NZa, 2006.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2009. OECD Indicators. Paris: OECD, 2009.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2008. OECD Indicators. Paris: OECD, 2008a.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? OECD Health working papers no.41. Paris: OECD, 2008b.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2007. OECD Indicators. Paris: OECD, 2007.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. A System of Health Accounts Version 1.0. Paris: OECD, 2000.
- Pasman HRW, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality-indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manag* 2009;38(1):145-56.
- Peeters JM, Francke AL. Monitor Zorg op afstand: Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Peeters M, Langelan M, Kok I, Wagner C. Patiëntveiligheid in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: een eerste verkenning naar zorggerelateerde onbedoelde schade. Utrecht: NIVEL / Trimbos-instituut, 2009.



- Plexus. Achtergrondrapport bij Branchebeeld VV&T Op basis van het Kwaliteitskader. De resultaten van metingen in 2008. Breukelen: Plexus, 2009.
- Pons H, Lingsma H, Bal R. De ranglijst is een slechte raadgever. *Med Contact* 2009;64:1969-72.
- Pool JJ, Bor C. Doe de blinddoek af. Profs. NRC, 12 juni 2009.
- Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2005. Zorg voor euro's. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Post NAM, Zwakhals SLN, Polder JJ. Maatschappelijke baten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
- PWC, PriceWaterhouseCoopers. Brancheanalyse gezondheidszorg 2009. Amsterdam: PWC, 2009.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. U.S. Health Care Spending In An International Context: Why is U.S. spending so high, and can we afford it? *Health Affairs* 2004;23(3):10-25.
- Reinhardt UE. Does The Aging Of The Population Really Drive The Demand For Health Care? *Health Affairs* 2003;22(6):27-39.
- Richardson J, Robertson I. Ageing and the Cost of Health Services: Working Paper no. 90. Sydney: Centre for Health Program Evaluation, 1999.
- Rijksbegroting 2010. *Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: VWS, 2009.
- Rijksbegroting 2009. *Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: VWS, 2008.
- Rijksbegroting 2008. *Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: VWS, 2007.
- Rijksbegroting 2007. *Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: VWS, 2006.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Notitie over aanlevering Nederlandse gegevens over kwaliteit van zorg aan OECD. Bilthoven: RIVM, 2009.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Notitie Medische registratie in ziekenhuizen (LMR/DIS). Bilthoven: RIVM, 2008.
- RIVM / NVI, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu / Nederlands Vaccin Instituut. HPV-nieuws 2009(17 december)21. Bilthoven: RIVM, 2009. [http://www.rivm.nl/cib/binaries/09%20HPV%20nieuws%20interactief%2021\\_tcm92-65485.pdf](http://www.rivm.nl/cib/binaries/09%20HPV%20nieuws%20interactief%2021_tcm92-65485.pdf).
- Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncology* 2010;Jan 18 [Epub ahead of print].
- Roos AF, Schut FT. Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008. Rotterdam: EUR/iBGM, 2008.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2008.
- Salganicoff A, Ranji UR, Wyn R. Women and health care: a national profile. Key findings from the Kaiser women's health survey. Washington DC: Kaiser family Foundation, 2005.
- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences Doctors say problems exist across all eleven countries, although some nations are doing a better job than others. *Health Affairs* 2009;28(6):w1171-w83.
- Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries. *Health Affairs* 2008;28:w1-w16.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On The Front Lines Of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views In Seven Countries. *Health Affairs* 2006;25(6):w555-w571.

- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. *Health Affairs* 2005;(W5):509-25.
- Schut E. Productie van gezondheidszorg. In: Schut E, Rutten F (red.). *Economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2009:177-211.
- Schut E. De markt voor gezondheidszorg. In: Lapré R, Rutten F, Schut E (red.). *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001:161-218.
- Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002;11(8):659-66.
- SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen. *Data en feiten 2009*. Den Haag: SFK, 2009.
- SIRA Consulting. *Meting lasten huisartsen: Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen*. Nieuwegein: SIRA, 2008.
- Slobbe LCJ, Polder JJ. De uitgavenstijging in de ziekenhuissector ontrafeld. *VEG Bulletin* 2008;25(3):7-11.
- Smit F. *Prevention of depression*. Amsterdam: VUMC, 2007. Dissertatie.
- Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. Bilthoven: RIVM, 2002.
- Spanjaard M. *Can the Dutch DBC system be used for volume measurement of hospital care?* Den Haag/Heerlen: CBS, 2009.
- Stivoro. *Hoeveel mensen roken?* [http://www.stivoro.nl/Voor\\_volwassenen/Feiten\\_\\_\\_Cijfers/Hoeveel\\_mensen\\_roken\\_/Hoeveel\\_mensen\\_roken\\_.aspx](http://www.stivoro.nl/Voor_volwassenen/Feiten___Cijfers/Hoeveel_mensen_roken_/Hoeveel_mensen_roken_.aspx). Geraadpleegd februari 2010.
- Struijs JN, Van Til JT, Baan CA. *Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Stüssgen, RAJ. *De nieuwe patiënt op weg naar autonomie*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997. Dissertatie.
- Stuurgroep Verantwoorde zorg. *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg). Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg*. ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, NZ, 2007.
- Stuurgroep Zichtbare Zorg. *Basisset prestatie-indicatoren 2009-2010. Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg, 2009.
- Tamsma N. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: HealthQuest. The Netherlands Country Study*. Bilthoven: RIVM, 2008. Intern rapport.
- TNO Bouw en Ondergrond. *De vraag naar zorg in ziekenhuizen: Analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020*. Utrecht: TNO, 2009.
- TRIP, *Transfusie Reacties In Patiënten. TRIP rapport 2008 Hemovigilantie*. Den Haag: TRIP, 2009.
- TRIP, *Transfusie Reacties In Patiënten. TRIP rapport 2003-7*. Den Haag: TRIP, 2004-8.
- UVIT, *Univé-VGZ-IZA-Trias. Jaarverslag Coöperatie UVIT UA*. Arnhem: UVIT, 2009.
- Van 't Land H, Grolleman J, Mutsaers K, Smits C. *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2 Toegang en Zorggebruik. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Van Beek E, Boon L, Vlieger EJ. *Voorstudie naar Praktijkvariatie in Nederland*. Breukelen: Plexus, 2009.
- Van de Ven WPMM, Schut FT. *Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets*. In: Smith P, Glied S (eds.). *Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press, in druk.

- Van de Ven WPMM, Schut FT, Hermans HEGM, et al. Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw, 2009.
- Van den Akker PP, Luijkx KK. Waar wilt u doodgaan? Keuzen en overwegingen. Tilburg: IVA, 2005.
- Van den Berg M, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Van den Brink-Muinen A, Rijken PM, Spreeuwenberg P, Heijmans MJWM. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008, Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Van den Hurk K, Van Dommelen P, De Wilde JA, Verkerk PH, Van Buuren S, HiraSing RA. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004. Leiden: TNO, 2006. TNO-rapport nr. KVL/JPB/2006.010.
- Van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Van der Maat M, De Jong JD. De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Van der Maat M, De Jong JD. Internet meest gebruikte informatiebron bij zoeken naar passende zorgverzekering. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Van der Meer J, Schouten JSAG (eindred.). Effecten van zorg. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Elsevier, 1997.
- Van der Velden LFJ, Francke AL, Hingstman L, Willems D. Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. BMC Palliative Care 2009;8:4.
- Van der Windt W, Smeets RCKH, Arnold EJE. Regiomarge 2009, De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2009-2013. Utrecht: Prismant, 2009a.
- Van der Windt W, Van der Velde F, Van der Kwartel A. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang. Utrecht: Prismant, 2009b.
- Van der Windt W, Smeets RCKH, Arnold EJE. RegioMarge 2008. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012. Utrecht: Prismant, 2008.
- Van Dijk CE, Verheij RA, Van den Hoogen H, De Bakker DH. Bekostiging van de huisartsenzorg: Eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Van Dijk CE, Verheij RA, De Bakker DH. Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Van Duin T, Jerak-Zuiderent S, Bal R. Meer tijd voor triage. Med Contact 2009;64(16):705-8.
- Van Essen G, Paardekoooper PJ, Talma HF, Van der Windt W. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang. Utrecht: Prismant, 2006.
- Van Ewijk C, Draper N, Ter Rele H, Westerhout E. Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances. Den Haag: CPB, 2006.
- Van Kemenade FJ, Casparie MK. Bij een derde van de vrouwen met baarmoederhalskanker is geen uitstrijkje gemaakt. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:A661.
- Van Kleef RC. Voluntary deductibles and risk equalization: a complex interaction. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009. Dissertatie.
- Van Laere IRAL. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009.

- Van Lier EA, Oomen PJ, Oostenbrug MWM, et al. Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland verslagjaar 2006-2008. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Van Wensveen D, Brouwer M. Kiezen in de zorg door de ogen van de consument. Leiden: TNS NIPO, 2010.
- Van Wieren S. Openbare apotheken samengevat In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\ Gezondheidszorg\ Eerstelijnszorg\ Farmaceutische zorg geleverd door openbare apotheken, 24 september 2008.
- Vandermeulen LJR. Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen 1998-2007. DBC's als maat voor productievolumen. Utrecht: Prismant, 2009.
- Vandermeulen LJR, Van den Berg MM, Van Eijk W, et al. Geneesmiddelen geteld. Utrecht: NZI, 1999.
- Veenema T, Wiegers T, Devillé W. Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor 'illegalen' in Nederland: een update. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Vektis. Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2009. Zeist: Vektis, 2009. [http://www.vektis.nl/index.php/publicaties?section=files&task=download&cid=17\\_gfdb1b51322c7cc91821453cc434c798](http://www.vektis.nl/index.php/publicaties?section=files&task=download&cid=17_gfdb1b51322c7cc91821453cc434c798). Geraadpleegd november 2009.
- Vektis. Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Begin of einde van de rust? Utrecht: Vektis, 2008.
- Vernet. Persbericht 2008. <http://www.vernet.nl/cgi-bin/infosite/infosite.cgi?sel=3&subsel=0>. Geraadpleegd juni 2009.
- VHN, Vereniging van huisartsenposten Nederland. De huisartsenpost. Armslag voor een goed eerstelijnsloket. Utrecht: VHN, 2007.
- Vos L, De Jong JD. Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL, 2009.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2009. Den Haag: VWS, 2010a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voortgangsrapportage invoering landelijk EPD. Periode: vierde kwartaal 2009. Den Haag: VWS, 2010b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Persoonsgebonden budget (pgb). Feiten en cijfers; 11 maart 2009a. [http://english.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden\\_budget\\_pgb/feiten-en-cijfers-pgb/](http://english.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/feiten-en-cijfers-pgb/). Geraadpleegd januari 2010.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2008. Den Haag: VWS, 2009b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vragen van het lid Schippers (VVD) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de koppelverkoop van zorgverzekeringen, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, Aangangsels. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2009c.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Toepassing van genetica in de gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 27 543, nr. 9. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2009d.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Brief van A. Klink en J. Bussemaker aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal; 27 juni 2008a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Brief van A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal; 22 december 2008b.

- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: VWS, 2007a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Overheveling ggz per 1 januari 2008. Brief van A. Klink aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal; 11 juli 2007b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan. Brief van J. Bussemaker aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal; 31 mei 2007c.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Pgb in perspectief. Brief van J. Bussemaker aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal; 9 november 2007d.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Den Haag: VWS, 2006a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Afstemming in de zorg. Aanpak chronische aandoeningen: twee voorbeelden uit de curatieve zorg. Rapport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30 842, nrs. 1-2. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2006b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Eerste Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 763, E. Memorie van antwoord. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2005a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. Den Haag: VWS, 2005b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 763, nr. 3 Memorie van toelichting. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2004a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 763, nr. 4. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2004b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag). Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 762, nr. 3. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2004c.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vernieuwing van het zorgstelsel. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 855, nr. 17. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2002.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vernieuwing van het zorgstelsel. Nota Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 855, nr. 2. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 2001.
- Waelput AJM, Achterberg PW, Poos MJJC. Zijn er internationale verschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Sterfte rond de geboorte, 16 juni 2006.
- Waelput AJM, Achterberg PW. Sterfte rond de geboorte samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Sterfte rond de geboorte, 16 juni 2006.
- Wennberg JE. The Dartmouth Atlas of Health Care 1996. Chicago: American Hospital Publishing, 1996.

- Westert GP, Van den Berg MJ, Koolman X, Verkleij H (red.). Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Westert GP, Verkleij H (red.). Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Westert GP (red.). Zorgbalans; van discussie naar ontwerp. Bilthoven: RIVM, 2004.
- WfZ, Waarborgfonds voor de Zorgsector. Samenvatting jaarverslag 2008. Utrecht: WfZ, 2009.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services* 1992;22:429-445.
- Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- WHO, World Health Organization. Definition of palliative care 2010. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>. Geraadpleegd maart 2010.
- WHO, World Health Organization. WHO European Ministerial Conference on Health Systems “Health Systems, Health and Wealth”, Tallinn, Estonia 25–27 June 2008 : report. Geneva: WHO, 2009a.
- WHO, World Health Organization. WHO Mortality Database. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html>. Geneva: WHO, 2009b.
- WHO, World Health Organization. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods, Empiricism. Geneva: WHO, 2003.
- WHO-HFA, World Health Organization-Health for All. Health for all database. Geneva: WHO, 2009.
- Wiegel H. Nieuwjaarstoespraak Zorgverzekeraars Nederland 11 januari 2010. [http://www.zn.nl/Images/Nieuwjaarsspeech%20Wiegel%2011%20januari%202010%20\\_tcm6-71979.doc](http://www.zn.nl/Images/Nieuwjaarsspeech%20Wiegel%2011%20januari%202010%20_tcm6-71979.doc).
- Wilking N, Jönsson B. A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Stockholm: Karolinska Institutet, 2006.
- Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *NEJM* 2003;349:768-75.
- Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A global view. *J Pain Symptom Manag* 35(5):469-485.
- Yoshida S. A Global Report on Falls Prevention. Epidemiology of Falls. Ageing and Life Course, Family and Community Health, World Health Organization. <http://www.who.int/ageing/projects/1.Epidemiology%20of%20falls%20in%20older%20age.pdf>. Geraadpleegd november 2009.
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Visualisering prestatie-indicatoren 2008. Zeist: ZN, MediQuest, 2009.
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Streefnormstelling wachttijden curatieve zorg. Zeist: ZN, 2000.
- Zwakhals SLN, Van Lier EA. DKTP per gemeente 2009. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Preventie\ Vaccinaties en screening, 30 juni 2009.
- Zwakhals SLN. Tarieven huisartsenposten 2008. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Eerstelijnszorg\ Huisartsenzorg\ Aanbod, 15 december 2008.
- Zwakhals SLN, Kommer GJ, Kostalova B. Spoed bij nacht en ontij, vraag en aanbod van Mobiele Medische Teams in het donker. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Zwijnenberg NC, Hendriks M, De Boer D, et al. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars, CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2009. Utrecht: NIVEL, 2009.







# Bijlage 1

## Leden projectgroepen

## Leden wetenschappelijke adviesgroep

### Leden Projectgroep RIVM

#### *Projectleiding*

Dhr. prof.dr. G.P. Westert

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Dhr. dr. H. Verkleij

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen / RIVM

#### *Projectgroep*

Dhr. drs. M.J. van den Berg

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Mw. drs. C. Deuning

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen / RIVM

Dhr. drs. R. Heijink

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Mw. dr. J.D. de Jong

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Mw. drs. L.C.M. Limburg

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Dhr. drs. S.L.N. Zwakhals

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen / RIVM

### Leden Projectgroep VWS / IGZ / NZa

#### *Projectleiding en Projectsecretariaat*

Dhr. mr. G.J. Buijs

Markt en consument / VWS

Mw. G.B. Mentink-Kleiss

Markt en consument / VWS

Dhr. G.C.C. Molenaar

Markt en consument / VWS

Mw. J. Draaisma

Markt en consument / VWS

### *Projectgroep*

Dhr. drs. L.J. van der Heiden	Publieke gezondheid / VWS
Mw. mr. Y.A.J. de Nas	Publieke gezondheid / VWS
Dhr. drs. M. Holling	Langdurige zorg / VWS
Dhr. drs. M.J. van Iwaarden	Voeding, gezondheidsbescherming en preventie / VWS
Mw. drs. P.H.C. Jansen	Financieel-economische zaken / VWS
Dhr. drs. P.P.T. Jeurissen	Macro-economische vraagstukken en arbeidsvoorwaarden / VWS
Dhr. drs. M.R.Th.W. Sanders	Geneesmiddelen en medische technologie / VWS
Mw. drs. R. Wouters	Zorgverzekeringen / VWS
Dhr. drs. A.J.M. Zengerink	Curatieve zorg / VWS
Dhr. dr. M. de Kort	Internationale Zaken / VWS
Dhr. dr. J. Geelhoed	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Dhr. dr. E. de Laat	Nederlandse Zorgautoriteit (tot half oktober 2009)
Mw. drs.ir. M.A.J. de Groot	Nederlandse Zorgautoriteit (vanaf half oktober 2009)

### **Leden Meeleesgroep VWS en Agendaleden VWS**

#### *Meeleesgroep VWS*

Mw. M. Pasman	Persvoorlichting en Externe Presentatie / VWS
Mw. mr.drs. I.J. Vossenaar	Langdurige zorg / VWS
Dhr. drs. A.A. Golja	Bestuursondersteuning / VWS

#### *Agendaleden VWS*

Dhr. T.H. Halbertsma	Publieke gezondheid / VWS (tot februari 2010)
Dhr. drs. J.W. van den Brink	Publieke gezondheid / VWS (vanaf februari 2010)
Dhr. M.L.J.M. Beekmans	Langdurige zorg / VWS
Dhr. D. Ebbeling	Maatschappelijk ondersteuning / VWS
Dhr. drs. J.J. van Zorge	Jeugd en gezin / VWS

### **Leden Wetenschappelijke Adviesgroep**

Dhr. J. Burgers, MD PhD	UMC St. Radboud
Dhr. dr. D. de Boer	Centrum Klantervaring Zorg
Dhr. prof.dr. T.E.D. van der Grinten	instituut Beleid & Management Gezondheidszorg / Erasmus Universiteit Rotterdam
Dhr. prof.dr. P.P. Groenewegen	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Dhr. prof.dr. F.T. Schut	instituut Beleid & Management Gezondheidszorg / Erasmus Universiteit Rotterdam
Dhr. H.J. Smid	ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Mw. prof.dr. K. Stronks	Afdeling Sociale Geneeskunde / Universitair Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam

## Referenten RIVM

Mw. dr. C.A. Baan

Mw. dr. T.L. Feenstra

Mw. drs. J.M.H. Ruijsbroek

Mw. prof.dr.ir. A.J. Schuit

Dhr. drs. L.J. Stokx

Dhr. dr. J.N. Struijs

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Bedrijfsbureau Sector Volksgezondheid en Zorg / RIVM

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

# Bijlage 2

## Indicatoren

### Hoofdstuk 2    Kwaliteit van zorg

#### 2.2 Preventie

- Deelname bevolkingsonderzoeken
  - borstkanker
  - baarmoederhalskanker
  - hielprik
- Percentages complete afgeronde series vaccinaties binnen het Rijksvaccinatieprogramma
- Bereik preventieve interventies tegen depressie
- Percentage scholen dat een aanvraag heeft gedaan voor het project 'De gezonde school en genotmiddelen'
- Leefstijl
  - roken
  - alcohol drinken
  - overgewicht
- Bereik van de jeugdgezondheidszorg
- Zuigelingensterfte

#### 2.3 Curatieve zorg

- Percentage voorschriften in de huisartsenpraktijk volgens NHG-formularium
- Aantal mensen dat binnen 30 dagen na opname in het ziekenhuis overlijdt aan de gevolgen van een acuut myocardinfarct, herseninfarct of hersenbloeding
- Ervaren vooruitgang in fysieke vermogens na operatie
- Sterfte aan borstkanker, darmkanker of baarmoederhalskanker
- Aantal heupfracturen dat binnen 48 uur wordt geopereerd

- Vermijdbare ziekenhuisopnamen
- Ongeplande sectio's bij laagrisicogroep zwangere vrouwen
- Drop-outpercentage bij GGZ-behandelingen

#### 2.4 Langdurige zorg

- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat een goede lichamelijke verzorging ervaart
- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat de zorg als professioneel en veilig ervaart
- Tevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden met de kwaliteit van zorg
- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in instellingen voor verpleging en verzorging en bij cliënten die zorg thuis ontvangen:
  - ondervoeding
  - valincidenten
- Meerbedskamers in verzorgings- en verpleeghuizen
- 7x24 uur beschikbaarheid van een arts in instellingen voor verpleging en verzorging en psychogeriatric
- Aangetoonde bekwaamheid van personeel in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen

#### 2.5 Patiëntveiligheid

- Percentage chronisch zieke mensen dat fouten heeft ervaren, zoals:
  - fouten bij medicijnverstrekking
  - medische fout bij behandeling of verzorging
  - fout bij verstrekking onderzoeksuitslagen
- Gestandaardiseerde sterfte tijdens ziekenhuisopname
- Percentage patiëntencontacten in eerstelijnszorgpraktijken dat resulteert in onbedoelde, onnodige schade aan de patiënt
- Percentage bewoners van een instelling voor langdurige zorg dat te maken krijgt met een medicijnincident
- Percentage patiënten dat een ziekenhuisinfectie oploopt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Percentage bloedproducten waarbij na bloedtransfusie ernstige reacties optreedt
- Percentage patiënten dat decubitus krijgt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Percentage patiënten dat decubitus krijgt tijdens het verblijf in een verpleeghuis of verzorgingshuis of in de thuiszorg
- Percentage ziekenhuizen dat minder dan het minimale aantal vereiste AAA- en OCR-ingrepen uitvoert
- Percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert

#### 2.6 Vraaggerichtheid

- Ervaren bejegening
- Ervaren beleefde behandeling
- Ontvangen van begrijpelijke uitleg
- Meebeslissen over de zorg
- Mate waarin zorgverleners voldoende tijd besteden aan zorggebruikers
- Vervulling zorgwensen van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg

#### 2.7 Coördinatie en afstemming

- Eerste ervaringen met integrale bekostiging binnen zorggroepen
- Mate waarin zorggebruikers zeggen vaak hetzelfde verhaal te moeten vertellen
- Patiëntervaringen over ontvangen tegenstrijdige informatie

- Percentage chronisch zieken dat coördinatieproblemen ervaart bij de aanvraag van testen
- Begeleiding en informatieverstrekking bij ontslag uit het ziekenhuis
- Aantal aansluitingen op het Landelijk Schakelpunt
- Percentage ziekenhuizen waarbij informatie over in ziekenhuis en elders voorgeschreven medicatie op ziekenhuisafdelingen en elders elektronisch toegankelijk is

## Hoofdstuk 3 Toegankelijkheid van zorg

### 3.2 Financiële toegankelijkheid

- Percentage mensen dat onverzekerd is tegen ziektekosten
- Percentage mensen dat ten minste zes maanden hun zorgverzekeringspremie niet betaald heeft
- Oordeel van de huisarts of hun patiënten problemen hebben met de betaalbaarheid van geneesmiddelen en niet-vergoede uitgaven
- Percentage chronisch zieken dat vanwege de kosten afziet van benodigde gezondheidszorg
- Extra uitgaven van chronisch zieken en gehandicapten in verband met hun gezondheid
- Eigen bijdrage voor zorgkosten
- Spreiding in eigen bijdrage voor zorgkosten tussen inkomensgroepen
- Internationale vergelijking van eigen zorgbijdrage

### 3.3 Geografische toegankelijkheid

- Percentage mensen dat met de auto langer dan 10 minuten moet reizen naar een fysiotherapeut, apotheek, eerstelijns verloskundige of huisarts
- Percentage mensen dat met de auto langer dan 30 minuten moet reizen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of langer dan 10 minuten naar het dichtstbijzijnde verpleeg- of verzorgingshuis
- Gemiddelde rijtijd per auto van elke inwoner in Nederland naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening van een bepaald soort
- Trend van de gemiddelde rijtijd naar de dichtstbijzijnde huisarts en het dichtstbijzijnde ziekenhuis

### 3.4 Tijdigheid acute zorg

- Percentage spoedeisende ambulanceritten dat de normtijd van 15 minuten overschrijdt
- Percentage mensen dat binnen 30 minuten door een mobiel medisch team bereikt kan worden
- Aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst binnen 30 minuten kan bereiken
- Aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken
- Telefonische bereikbaarheid van huisartsen voor spoedoproepen
- Percentage mensen met een acute hulpvraag dat niet de hulp kreeg die ze nodig hadden of wilden

### 3.5 Tijdigheid reguliere zorg

- Percentage burgers dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn
- Telefonische bereikbaarheid van huisartsen
- Aantal mensen dat wacht op geestelijke gezondheidszorg naar soort (de omvang van de wachtlijst)
- Aantal ziekenhuizen met wachttijden langer dan de Treeknorm
- Aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg
- Aantal mensen dat wacht op een donororgaan

### 3.6 Toegankelijkheid naar behoefte

- Afstemming van de geleverde zorg, onderzoek en behandeling op de behoefte
- Telefonische bereikbaarheid van de reguliere zorg tijdens kantooruren

- Bejegening door zorgverleners
- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden
- Verschil in ziekenhuis heropnamen tussen verschillende etnische groepen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor dak- en thuislozen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus

### 3.7 *Personeelsaanbod*

- Aantal vacatures per 1.000 banen in de gezondheidszorg
- Percentage vacatures dat moeilijk vervulbaar is
- Percentage werknemers in verpleging en verzorging dat de zorg verlaat (nettoverloop)
- Percentage verzuimde arbeidsuren (arbeidsverzuim)
- Percentage zorggebruikers dat vindt dat er voldoende personeel beschikbaar is tijdens verblijf in het ziekenhuis of verpleeghuis
- Aantal artsen en verpleegkundigen per 1.000 inwoners

### 3.8 *Keuzevrijheid*

- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Aantal personen met een persoonsgebonden budget
- Percentage verzekerden dat verandert van zorgverzekeraar
- Percentage verzekerden dat beperkingen heeft ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeringen
- Aantal mensen dat zoekt naar informatie over de zorg

## **Hoofdstuk 4   Zorguitgaven en doelmatigheid**

### 4.2 *Zorguitgaven*

- Uitgaven aan de gezondheidszorg (totaal en per sector)
- Uitgavengroei in de gezondheidszorg (totaal en per sector)
- Zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product
- Determinanten van zorguitgaven (prijs en volume)
- Uitgaven aan zorg ten opzichte van uitgaven aan andere sectoren
- Uitgaven aan zorg ten opzichte van uitgaven aan andere collectieve sectoren
- Collectieve zorguitgaven per werkende

### 4.3 *Doelmatigheid*

#### Macroniveau

- Zorguitgaven ten opzichte van (gezonde) levensverwachting
- Zorguitgaven ten opzichte van vermijdbare sterfte
- Prestaties op systeemdoelen ongelijkheid en klantervaring
- Administratieve lasten

#### Mesoniveau

- Productiviteit ziekenhuiszorg
- Variatie in dbc-prijzen in het B-segment
- Regionale variatie in opnames en verrichtingen in ziekenhuizen
- Variatie in ligduur tussen ziekenhuizen
- Variatie in consulttarieven van huisartsenposten
- Extramurale geneesmiddelen: gebruik generieke medicijnen en regionale verschillen

- Ingezette middelen en geleverde zorg in de geestelijke gezondheidszorg
  - Ingezette middelen en geleverde zorg in de ouderenzorg
  - Vermijdbare ziekenhuisopnames in internationaal perspectief
  - Substitutie-effect van de Module Modernisatie en Innovatie
- Dynamische efficiëntie (innovatiegraad)
- Gebruik van katheterisatie, bypass en dotteren bij hartaanval
  - Adoptiesnelheid nieuwe kankermedicijnen
  - Ontwikkeling uitgaven nieuwe geneesmiddelen
  - Dagopnames als percentage van alle ziekenhuisopnames
  - Aantal zorgaanbieders aangesloten op het Landelijk Schakelpunt
  - Gebruik van zorg op afstand in de vorm van videocommunicatie en telebegeleiding
- 4.4 *Financiële positie zorginstellingen en zorgverzekeraars*
- Rentabiliteit zorginstellingen
  - Solvabiliteit zorginstellingen
  - Rentabiliteit zorgverzekeraars
  - Solvabiliteit zorgverzekeraars



# Bijlage 3

## Bronnen

### **Actiz, Organisatie van zorgondernemers. Utrecht**

- Locaties verpleeg- en verzorgingshuizen

### **AND. Rotterdam**

- Matrix

### **CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg/Heerlen**

- Budgetonderzoek
- CBS Statline
- Eigen bijdrage geneeskundige zorg
- Gezondheid en zorg in cijfers
- Onverzekerden en wanbetalers
- POLS, Permanent Onderzoek Leefsituatie, gezondheid en welzijn
- Vacatures en ziekteverzuim in de gezondheidszorg
- Zorgrekeningen

### **CIBG, Zorg voor gegevens, gegevens voor de zorg. Den Haag**

- Archief Jaardocumenten Zorg

### **CKZ, Centrum Klantervaring Zorg. Utrecht**

- CQI Zorg en Zorgverzekeringen
- CQI Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
- CQI Staaroperaties

- CQI Heup-/Knieoperaties
- CQI Gehandicaptenzorg
- CQI Fysiotherapie
- CQI Huisartsenzorg overdag
- CQI Kortdurende ambulante GGZ en verslavingszorg
- CQI Mammacare
- CQI Palliatieve Zorg
- CQI Reumatoïde Artritis
- CQI Rughernia
- CQI Spataderzorg
- CQI Ziekenhuisopname

#### **CMWF, Commonwealth Fund. New York, NY. USA**

- Commonwealth Fund International Health Policy Survey

#### **CVZ, College voor zorgverzekeringen. Diemen**

- GIP-databank. Genees- en hulpmiddelen Informatie Project

#### **DBC-Onderhoud. Utrecht**

- DIS, DBC Informatie Systeem

#### **EUR/MGZ, Erasmus Universiteit Rotterdam, Maatschappelijke Gezondheidszorg. Rotterdam. In samenwerking met Erasmus MC, Rotterdam en UMC St Radboud Nijmegen**

- LETB, Landelijke evaluatie van bevolkingsonderzoek naar borstkanker

#### **Eurotransplant, Eurotransplant International Foundation. Leiden**

- Yearly statistics

#### **IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag**

- Het resultaat telt

#### **IQ healthcare, UMC St Radboud Scientific Institute for Quality of Healthcare. Nijmegen**

- Commonwealth Fund survey

#### **KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Den Haag**

- Locaties openbare apotheken

#### **MediQuest. Hilversum**

- Wachttijden ziekenhuiszorg

#### **NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht**

- LINH, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
- Locaties apotheekhoudende huisartsen

- Locaties eerstelijns verloskundigen
- Locaties fysiotherapeuten
- Locaties huisartsen
- Panel Verpleegkundigen & Verzorgenden
- Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

### **NTS, Nederlandse Transplantie Stichting. Leiden**

- Donororganen, donoren, transplantaties, wachtlijsten

### **NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht**

- Monitor Fysiotherapie
- Monitor Huisartsenzorg
- Monitor Medisch Specialistische zorg
- Monitor Ziekenhuiszorg
- Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars
- Monitor Zorverzekeringsmarkt

### **OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris**

- OECD Health Data
- System of Health Accounts

### **PREZIES, PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance. Utrecht Samenwerkingsverband tussen CBO, RIVM en zorginstellingen**

- PREZIES, PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance

### **Prismant, Utrecht**

- Sterftecijfers in ziekenhuizen

### **RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven**

- Kosten van ziekten
- Nationaal Kompas Volksgezondheid
- Nationale Atlas Volksgezondheid
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning

### **SCP, Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag**

- Kwaliteit van de Quartaire Sector

### **STIVORO, Stichting Volksgezondheid en Roken. Den Haag**

- Actuele gegevens over roken

### **Trimbos-instituut. Utrecht**

- GGZ in tabellen

**TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. Den Haag**

- TRIP Rapport (over hemovigilantiemeldingen)

**Universiteit Maastricht, Cluster Zorgwetenschappen, Sectie Verplegingswetenschap. Maastricht**

- Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

**VHN, Vereniging Huisartsenposten Nederland. Utrecht**

- Locaties huisartsenposten

**VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag**

- Begroting
- Jaarverslagen

**WfZ, Waarborgfonds voor de Zorgsector. Utrecht**

- Jaarverslagen

**WHO, World Health Organization. Geneva**

- WHO Mortality Database

# Bijlage 4

## Afkortingen

AAA	aneurysma van de aorta abdominalis
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMI	acuut myocardinfarct
Awbz	Algemene wet bijzondere ziektekosten
AZN	Ambulancezorg Nederland
bbp	bruto binnenlands product
BI	betrouwbaarheidsinterval
BIG	Wet beroepen individuele gezondheidszorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMI	bodymass-index
BMR	bof, mazelen, rodehond
CBO	CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
CMWF	Commonwealth Fund
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
CPB	Centraal Planbureau
CQ-index	Consumer Quality Index
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
dbc	diagnose behandeling combinatie

DGV	DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
DIS	DBC-informatiesysteem
DKTP	difterie, kinkhoest, tetanus, polio
DNB	De Nederlandsche Bank
DOT	DBC's Op weg naar Transparantie
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EMGO	Extramuraal geneeskundig onderzoek
EPD	elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
EUR/iMTA	EUR/Institute for Medical Technology Assessment
EUR/MGZ	EUR/Maatschappelijke GezondheidsZorg
EUROHOPE	European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency
fte	full-time equivalent
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HAP	huisartsenpost
HDS	huisartsendienstenstructuur
HFA	Health for All
HHM	Hoeksma, Homans & Menting
Hib	Haemophilus influenzae type b
HPV	humaan papilloma virus
HSMR	Hospital Standardised Mortality Rate
ICD	International Classification of Diseases
ICT	informatie en communicatie technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
IVF	in vitro fertilisatie
JGZ	jeugdgezondheidszorg
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LETB	Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker
LINEL	Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnszorg (NIVEL)
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (NIVEL)
LMR	Landelijke Medische Registratie
LMWH	laag moleculair gewichtheeparine
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
LSP	Landelijk Schakelpunt
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
M&I	Modernisering & Innovatie
MDS	Minimale Dataset somatische zorg
MenC	Meningokokken C
MKA	meldkamer ambulancezorg

MMT	Mobiel Medisch Team
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NPCF	Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVI	Nederlands vaccin instituut
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCR	oesophaguscardia resectie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
pgb	persoonsgebonden budget
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie (CBS)
powi	postoperatieve wondinfectie
PPP	Purchasing Power Parities
PREZIES	PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance (CBO/RIVM)
PRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland
PWC	PriceWaterhouseCoopers
RAS-remmers	renine-angiotensinesysteem-remmers
RIBIZ	Registratie en informatie beroepsbeoefenaren in de zorg
RII	Relative Index of Inequality
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEH	spoedeisende hulpdienst
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHA	System of Health Accounts (OECD)
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
TRIP	Transfusie reacties in patiënten (Landelijk Hemovigilantie Bureau)
UMC	Universitair Medisch Centrum
UVIT	Univé-VGZ-IZA-Trias
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
vms	veiligheidsmanagementsysteem
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VV&T	verpleging, verzorging en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
Wgp	Wet geneesmiddelenprijzen
WHO	World Health Organization
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning

WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wzt	Wet op de zorgtoeslag
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket











.....

**GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals,  
R Heijink, JD de Jong, H Verkleij**

.....

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland is onverminderd goed. Veel voorzieningen zijn dichtbij en goed toegankelijk. Weinig mensen zien af van artsenbezoek vanwege de kosten. Gegeven dat de Nederlander in internationaal perspectief geen grootverbruiker is van gezondheidszorg, is dat positief. De laatste jaren is de totale kostengroei van de Nederlandse zorg aanzienlijk. De reden hiervoor is dat er vooral meer zorg wordt geboden. Op veel punten is de kwaliteit van de zorg uitstekend, maar wat opvalt, is dat de verschillen tussen zorgverleners en instellingen groot zijn. De Zorgbalans geeft hiervan talloze voorbeelden.

Het RIVM houdt sinds 2006 iedere twee jaar de vinger aan de pols van de Nederlandse gezondheidszorg. Met behulp van 125 indicatoren beschrijft de Zorgbalans de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de Nederlandse zorg.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl/gezondheidszorgbalans](http://www.rivm.nl/gezondheidszorgbalans)

mei 2010



ISBN: 9789031383535



9 789031 383535