



State of Health in the EU

Nederland

Landenprofiel gezondheid 2019

De landenprofielreeks

De landenprofielen gezondheid van de *State of Health in the EU* (gezondheidstoestand in de EU) bieden een beknopt en beleidsrelevant overzicht van de gezondheid en gezondheidszorgstelsels in de EU/Europese Economische Ruimte. Hierin wordt met name ingegaan op de bijzondere kenmerken en uitdagingen in elk land tegen een achtergrond van vergelijkingen tussen landen. Het doel is beleidsmakers en mensen met invloed te ondersteunen met een middel voor wederzijds leren en vrijwillige uitwisseling.

De profielen worden gezamenlijk opgesteld door de OESO en het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen en suggesties van het Health Systems and Policy Monitor network, het Gezondheidscomité van de OESO en de Deskundigengroep gezondheidsinformatie van de EU.

Inhoudsopgave

1. HOOFDPUNTEN	3
2. GEZONDHEID IN NEDERLAND	4
3. RISICOFACTOREN	8
4. HET ZORGSTELSEL	10
5. PRESTATIES VAN HET ZORGSTELSEL	13
5.1. Doeltreffendheid	13
5.2. Toegankelijkheid	16
5.3. Aanpassingsvermogen	18
6. BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN	22

Gegevens- en informatiebronnen

De gegevens en informatie in de landenprofielen gezondheid zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale statistieken, die zijn gevalideerd om de hoogste normen voor de vergelijkbaarheid van gegevens te waarborgen. De bronnen en methoden die aan deze gegevens ten grondslag liggen, zijn beschikbaar in de Eurostat-databank en de gezondheidsdatabank van de OESO. Enkele aanvullende gegevens zijn afkomstig van het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), de onderzoeken van Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), alsmede uit nationale bronnen.

De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 28 lidstaten, tenzij anders is vermeld. In deze EU-gemiddelden zijn IJsland en Noorwegen niet meegenomen.

Dit profiel is in augustus 2019 voltooid op basis van de gegevens die in juli 2019 beschikbaar waren.

U kunt het Excel-werkblad met alle tabellen en grafieken van dit profiel downloaden door de volgende URL in uw internetbrowser te typen: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Belgium.xls>

Demografische en sociaaleconomische context in België, 2017

Demografische factoren

	Nederland	EU
Bevolkingsgrootte (ramingen halverwege het jaar)	17 131 000	511 876 000
Aandeel van de bevolking ouder dan 65 (%)	18,5	19,4
Vruchtbaarheidscijfer ¹	1,6	1,6

Sociaaleconomische factoren

Bbp per hoofd van de bevolking (EUR KKP ²)	38 400	30 000
Relatieve armoede ³ (%)	13,2	16,9
Werkloosheid (%)	4,9	7,6

1. Aantal geboren kinderen per vrouw in de leeftijd van 15 tot 49 jaar. 2. In de koopkrachtpariteit (KKP) worden de geldeenheden zodanig omgezet dat de koopkracht van de verschillende geldeenheden gelijk is, doordat verschillen in prijsniveaus tussen de landen worden geëlimineerd. 3. Percentage van de bevolking met minder dan 60 % van het mediaan equivalent beschikbaar inkomen.
Bron: Eurostat-databank.

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

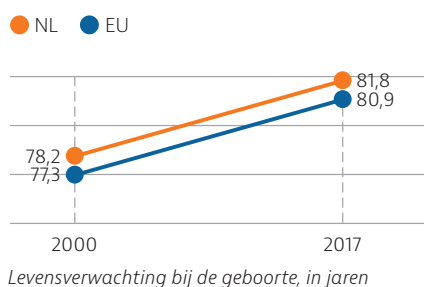
Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden.

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

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

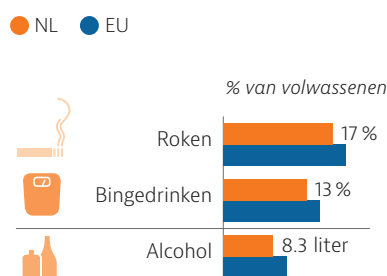
1 Hoofdpunten

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat uit een mix van concurrerende zorgverzekeringen voor curatieve zorg, een volksverzekering voor langdurige zorg en lokaal georganiseerde, met belastinggeld gefinancierde sociale zorg. De overheid speelt een grote rol in het stelsel. Door overheidsregulering wordt voor ongeveer 99,9 % van de bevolking universele en gelijke toegang tot hoogwaardige zorg gegarandeerd. Het systeem heeft sinds halverwege de jaren 2000 twee belangrijke hervormingen in de verzekering voor curatieve en langdurige zorg meegemaakt. Aan verschillende elementen van deze hervormingen wordt nog steeds gewerkt en deze zullen in de nabije toekomst moeten worden bijgesteld.



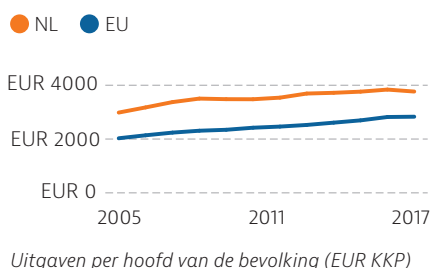
Gezondheidstoestand

De levensverwachting bij de geboorte ligt in Nederland hoger dan het EU-gemiddelde. De levensverwachting bij de geboorte was voor mannen zo'n twee jaar boven het EU-gemiddelde, maar voor vrouwen ongeveer een maand onder het EU-gemiddelde (2017). Sinds een aantal jaar stijgt de levensverwachting langzamer, wat het gevolg is van een toename van de sterftecijfers onder zeer oude mensen, die is veroorzaakt door de stijgende mortaliteit als gevolg van de ziekte van Alzheimer. Longkanker is de voornaamste doodsoorzaak, maar ook beroerten en ischemische hartziekte zijn belangrijke oorzaken.



Risicofactoren

Meer dan een derde (36 %) van alle sterfgevallen in Nederland kan worden toegeschreven aan gedragsgerelateerde risicofactoren, tegenover 39 % in de EU. In 2017 rookte 17 % van de Nederlandse bevolking dagelijks, onder het EU-gemiddelde. Nederlandse tieners roken ook minder dan hun Europese leeftijdsgenoten. In 2017 was 13 % van de volwassenen in Nederland obees. Hoewel dit onder het EU-gemiddelde ligt, is de prevalentie van obesitas in de afgelopen jaren toegenomen. De alcoholconsumptie lag in 2016 ook onder het EU-gemiddelde, namelijk op 8,3 liter per persoon in vergelijking met 9,9 liter in de EU.

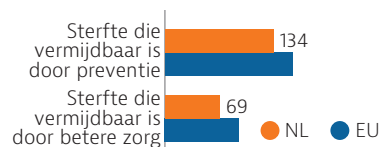


Het zorgstelsel

De uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland zijn relatief hoog. In 2017 bedroegen de uitgaven per hoofd van de bevolking 3 791 EUR, tegen een EU-gemiddelde van 2 884 EUR. Het deel van de totale uitgaven voor gezondheidszorg dat de overheid betaalt (81,5 %), ligt boven het EU-gemiddelde, terwijl de eigen bijdrage (11,1 %) relatief laag is, deels omdat verschillende aanvullende zorgverzekeringen bijdragen aan de beperking van deze uitgaven. Nederlanders besteden van alle EU-landen het meest aan langdurige zorg.

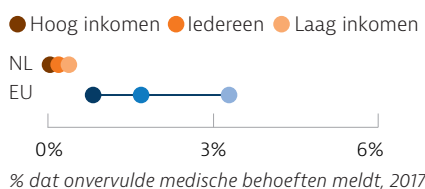
Doeltreffendheid

Het Nederlandse zorgstelsel behaalt goede resultaten als het gaat om sterfte ten gevolge van vermijdbare en behandelbare oorzaken, met percentages die onder het EU-gemiddelde liggen. Deze cijfers en de systematische toetsing aan de hand van een reeks kwaliteitsindicatoren doen vermoeden dat het zorgstelsel relatief doeltreffend is.



Toegankelijkheid

Nederland rapporteert het laagste percentage onvervulde medische behoeften van alle EU-landen, met nagenoeg geen verschil tussen de inkomenskwintielen. Veel onvervulde vacatures wijzen echter op het ontstaan van een tekort aan arbeidskrachten in de gezondheidszorg, terwijl de wachttijden voor ziekenhuiszorg toenemen, wat gevolgen kan hebben voor de toegankelijkheid.



Aanpassingsvermogen

Onlangs stabiele financiering en middelen kunnen de stijgende kosten van de gezondheidszorg (met name in de langdurige zorg), nieuwe dure technologieën, nieuwe tekorten aan arbeidskrachten en wachtlijsten het aanpassingsvermogen van het zorgstelsel op de proef stellen. De overheid heeft veel van deze kwesties aan de orde gesteld door middel van hervormingen en actieplannen.



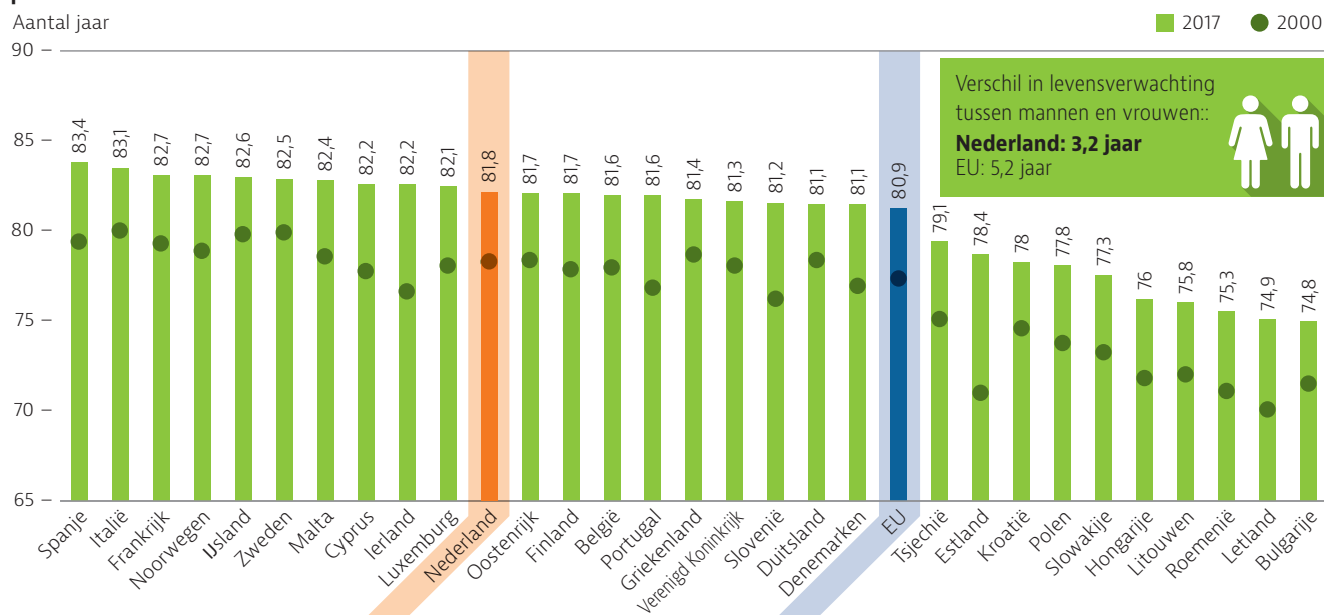
2 Gezondheid in Nederland

De algemene gemiddelde levensverwachting is hoger dan het EU-gemiddelde, maar voor vrouwen onder het EU-gemiddelde

In 2017 was de levensverwachting bij de geboorte voor de Nederlandse bevolking 81,8 jaar, bijna een jaar meer dan het EU-gemiddelde (80,9 jaar), maar ongeveer anderhalf jaar minder dan voor Spanje (figuur 1). Hoewel

de levensverwachting in het algemeen hoger ligt dan het EU-gemiddelde, leven mannen in Nederland bijna twee jaar langer dan het EU-gemiddelde, terwijl Nederlandse vrouwen een maand korter leven. Deze relatief slechte score voor vrouwen weerspiegelt het hoge tabaksgebruik in eerdere generaties (deel 3), dat tot een toename van het aantal vrouwen met longkanker heeft geleid.

Figuur 1. De Nederlandse levensverwachting is hoger dan het EU-gemiddelde, maar 1,6 jaar lager dan het best presterende land



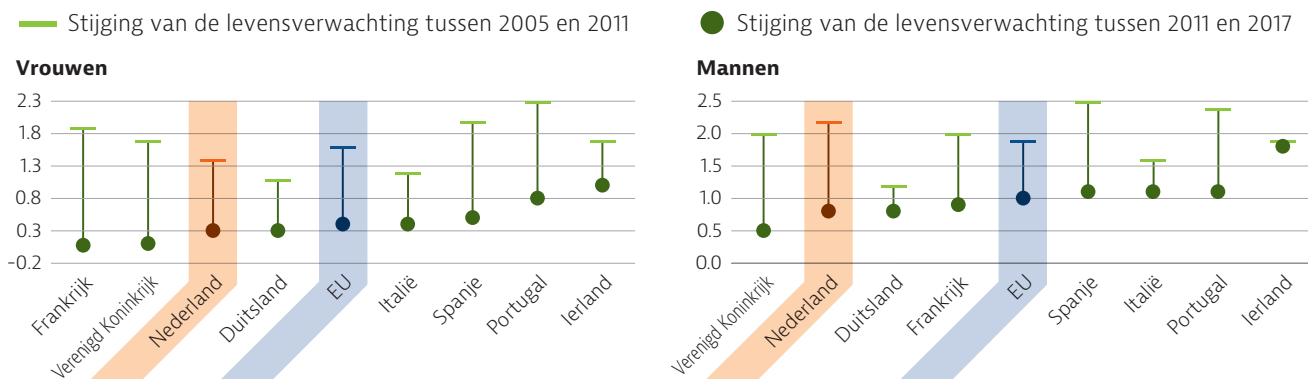
Bron: Eurostat-databank.

De afgelopen jaren stijgt de levensverwachting langzamer

De afgelopen 15 jaar is de levensverwachting aanzienlijk gestegen, maar tussen 2011 en 2017 is de levensverwachting van vrouwen slechts met 0,3 jaar toegenomen en die van mannen met 0,8 jaar slechts iets meer (figuur 2). Dit is grotendeels het gevolg van een stagnatie van de verbeteringen in de levensverwachting

onder ouderen en zelfs een daling voor personen ouder dan 85 jaar. Bovendien is er een toename in het aantal sterfgevallen in verband met de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie, terwijl het sterftcijfer als gevolg van hart- en vaatziekten (bv. ischemische hartziekte en beroerten) minder sterk daalt (figuur 3). Dat de levensverwachting langzamer stijgt is echter niet uniek voor Nederland; deze trend kan ook in verschillende andere EU-landen worden waargenomen, waaronder het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk.

Figuur 2. Sinds het begin van dit decennium stijgt de levensverwachting in Nederland aanmerkelijk langzamer



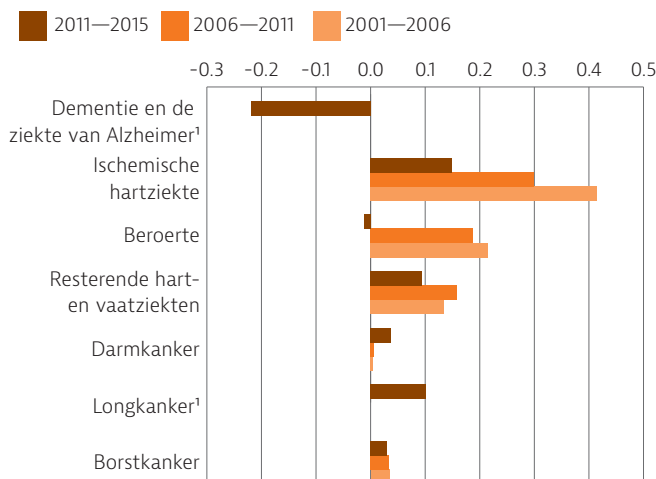
Bron: Eurostat-databank.

Figuur 3. Vooral bij oudere mensen is de toename van de levensverwachting de afgelopen jaren afgenomen, als gevolg van de stijgende sterftcijfers door de ziekte van Alzheimer

Verandering in levensverwachting naar leeftijd



Verandering in levensverwachting per oorzaak

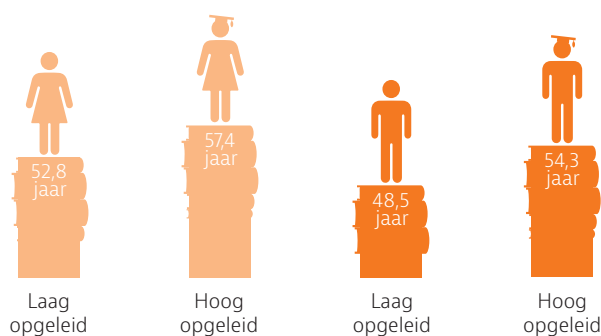


Opmerking: in dit figuur worden alleen de geselecteerde leeftijden en doodsoorzaken weergegeven. 1. Er zijn geen gegevens beschikbaar voor 2001–06 en 2006–11.
Bron: berekeningen van de auteurs (gebaseerd op gegevens van Eurostat).

De verschillen in levensverwachting als gevolg van sociale ongelijkheden zijn hardnekkig

Hoger opgeleide Nederlanders leven zo'n vijf jaar langer dan mensen met een lager opleidingsniveau. In 2015 was de levensverwachting van 30-jarige mannen met het laagste onderwijsniveau ongeveer zes jaar lager dan voor mannen met het hoogste niveau (48,5 jaar tegenover 54,3 jaar), wat een kleinere kloof is dan het EU-gemiddelde. Onder Nederlandse vrouwen vertalen opleidingsongelijkheden zich in een verschil van 4,6 jaar, hoger dan het EU-gemiddelde (figuur 4). Het verschil in levensverwachting op basis van het opleidingsniveau kan gedeeltelijk worden verklaard door verschillen in blootstelling aan risicofactoren, zoals een hoger tabaksgebruik en slechtere voeding onder mensen met een lager opleidingsniveau (deel 3), maar ook door verschillen in inkomen. Personen met een hoger opleidingsniveau hebben doorgaans beter betaalde banen en een hogere levensstandaard, wat ook gepaard gaat met betere gezondheidsresultaten.

Figuur 4. Het verschil in levensverwachting op basis van het onderwijsniveau ligt voor mannen onder het EU-gemiddelde, maar is voor vrouwen iets groter.



Opleidingskloof in levensverwachting op de leeftijd van 30 jaar:

Vrouwen: Nederland: 4,6 jaar
EU21: 4,1 jaar
Mannen: Nederland: 5,8 jaar
EU21: 7,6 jaar

Opmerking: de gegevens betreffen de levensverwachting op dertigjarige leeftijd. Hoger onderwijs wordt gedefinieerd als mensen die tertiair onderwijs hebben afgerond (ISCED 5-8), terwijl lager onderwijs wordt gedefinieerd als mensen die hun middelbaar onderwijs (ISCED 0-2) niet hebben afgerond.

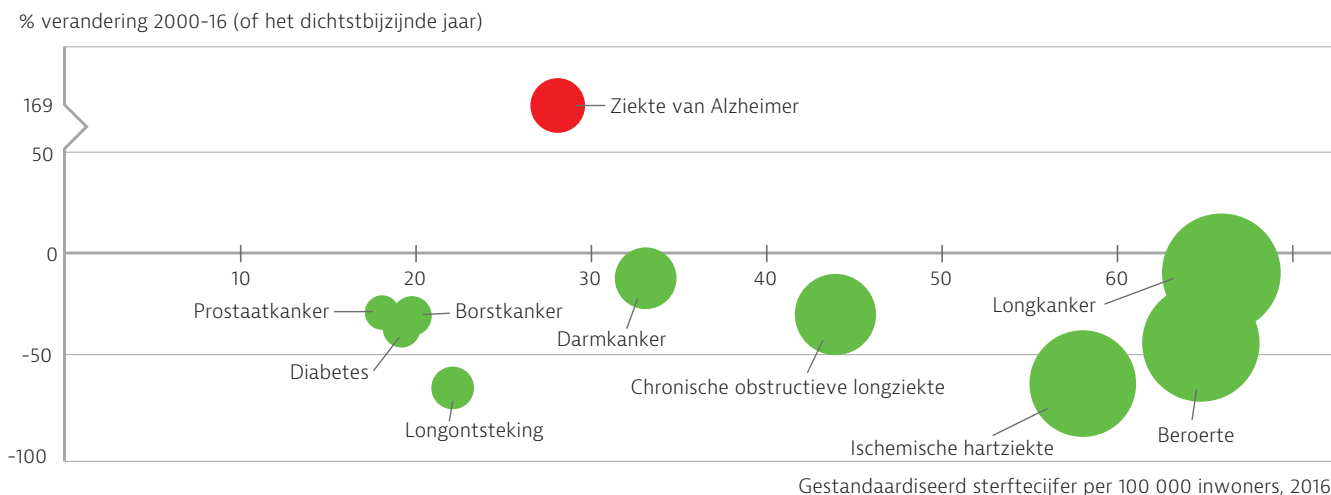
Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (op basis van Gezondheidsenquête, de arbeidskrachtenquête en de sterftestatistiek).

Het aantal sterfgevallen als gevolg van ademhalingsziekten en longkanker is nog steeds groot

De voornaamste doodsoorzaken zijn beroerten, longkanker en ischemische hartziekte (figuur 5). De toename van het aantal sterfgevallen ten gevolge van de ziekte van Alzheimer lijkt aanzienlijk, maar kan naast de vergrijzing van de bevolking ook te maken hebben met veranderingen in de registratie van ziekten en de codering

van sterfgevallen. De sterfte als gevolg van ischemische hartziekte en beroerten is sinds 2000 aanzienlijk gedaald. De cijfers voor ischemische hartziekte zijn nu de laagste in de EU op Frankrijk na (respectievelijk 47 en 58 per 100 000 in 2016), en de laagste in Europa voor personen jonger dan 65 jaar. De mortaliteit als gevolg van longkanker en chronische obstructieve longziekte (COPD) blijft tot de hoogste in de EU behoren, ondanks een daling in de loop der jaren. De tragere vooruitgang bij het bestrijden van ademhalings- en longziekten hangt deels samen met de gevolgen van het hoge tabaksgebruik in eerdere generaties.

Figuur 5. Longkanker is de voornaamste doodsoorzaak, maar ook beroerten en ischemische hartziekte zijn belangrijke oorzaken



Opmerking: de grootte van de stippen is evenredig aan de sterftecijfers in 2016. De stijging van de sterftecijfers ten gevolge van de ziekte van Alzheimer is grotendeels toe te schrijven aan veranderingen in de diagnostiek en de registratie van doodsoorzaken.
Bron: Eurostat-databank.

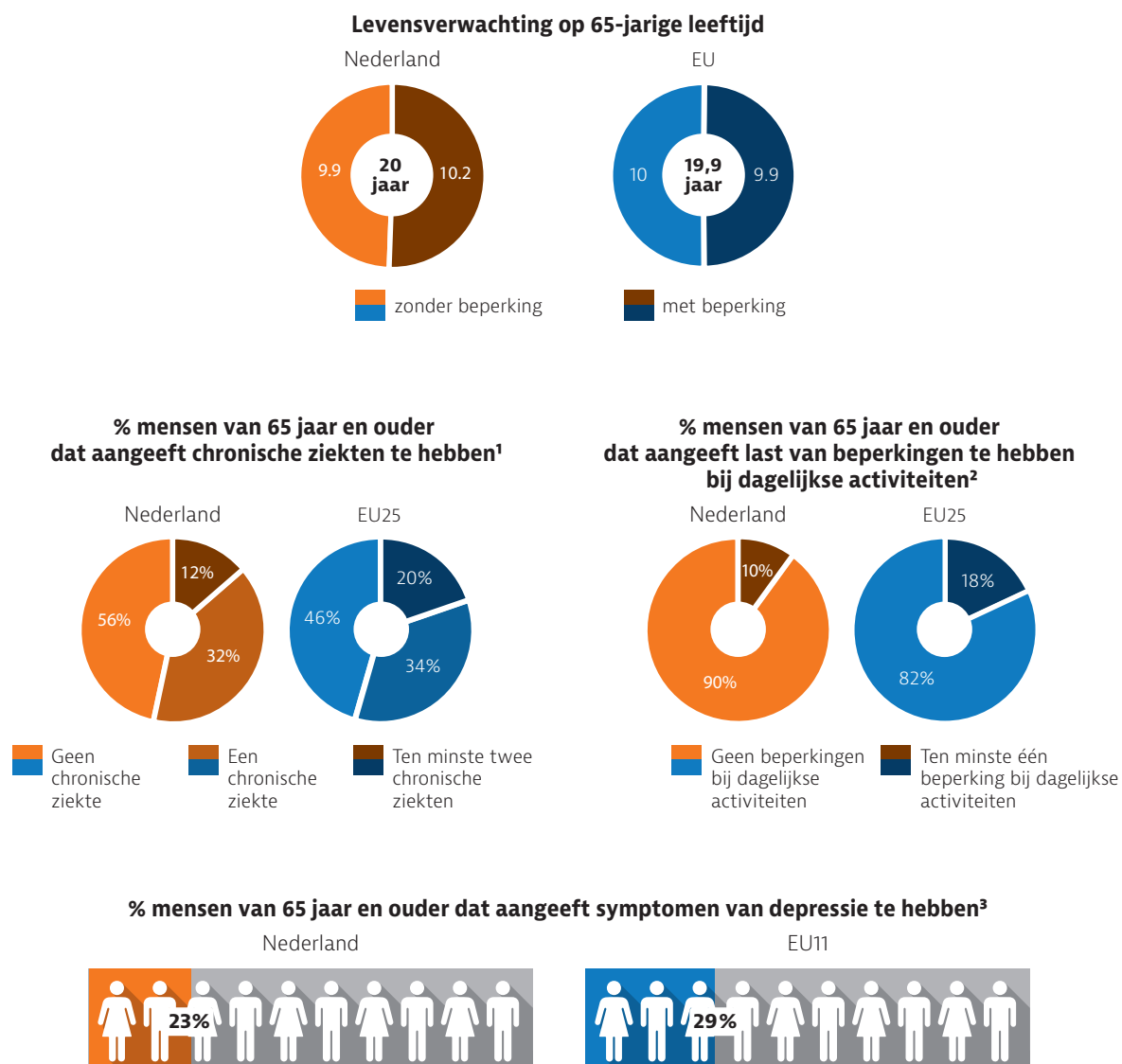
Vrouwen leven een groter deel van hun leven boven de 65 jaar met beperkingen

Door de stijgende levensverwachting, het vruchtbaarheidscijfer onder het vervangingsniveau en de vergrijzing van de babyboomgeneratie, is het aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder gestegen van 13,5 % in 2000 tot 18,4 % in 2017. In 2017 zouden 65-jarige Nederlanders naar verwachting nog 20 jaar leven, ongeveer even lang als het EU-gemiddelde (figuur 6). Ongeveer de helft van deze jaren hebben zij te maken met gezondheidsproblemen en beperkingen. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen in het aantal gezonde levensjaren¹ boven de 65 jaar, aangezien vrouwen wel langer leven, maar een groter deel van hun resterende levensjaren te maken hebben met chronische ziekten of beperkingen. In totaal gaf 44 % van de Nederlanders van 65 jaar en ouder aan ten minste één chronische ziekte te hebben, aanzienlijk minder dan het EU-gemiddelde (54 %). Ook gaf slechts 10 % van deze leeftijdsgroep aan beperkingen te hebben bij de uitvoering van basisactiviteiten van het dagelijkse leven, zoals aankleden en douchen, wat bijna de helft is van het percentage dat in de hele EU wordt waargenomen (18 %).



1: "Gezonde levensjaren" zijn het aantal jaren dat mensen op verschillende leeftijden kunnen verwachten zonder ziekte te leven.

Figuur 6. Nederlanders geven aan minder chronische ziekten te hebben dan het EU-gemiddelde



Opmerking: 1. Tot chronische ziekten behoren hartinfarcten, beroerten, diabetes, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Alzheimer en reumatoïde artritis of osteoartritis. 2. Onder basisactiviteiten van het dagelijks leven wordt verstaan aankleden, door een kamer lopen, baden of douchen, eten, in of uit bed stappen en het toilet gebruiken. 3. Mensen worden geacht symptomen van depressie te hebben als zij meer dan drie symptomen van depressie (van 12 mogelijke variabelen) melden.
Bron: Eurostat-databank voor levensverwachting en gezonde levensjaren (gegevens voor 2017); SHARE-onderzoek voor andere indicatoren (gegevens voor 2015).

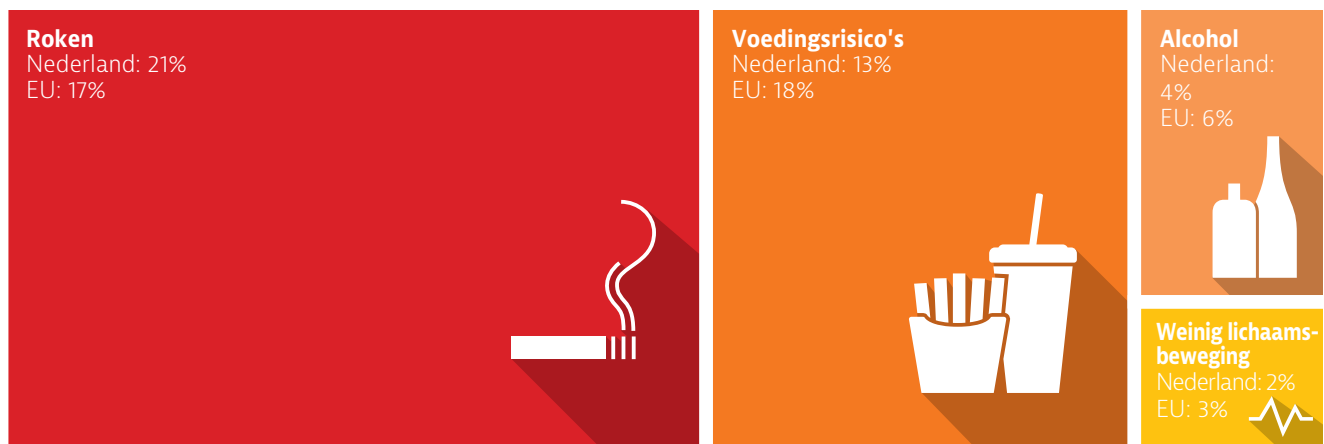
3 Risicofactoren

Meer dan een derde van alle sterfgevallen zijn toe te schrijven aan gedragsgerelateerde risicofactoren

Uit ramingen blijkt dat meer dan een derde (36 %) van alle sterfgevallen in Nederland kan worden toegeschreven aan gedragsgerelateerde risicofactoren, zoals roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging (figuur 7). Dit ligt onder het gemiddelde van de EU (39 %). Een op de vijf sterfgevallen in 2017 kon

worden toegeschreven aan roken (direct en passief roken), wat hoger is dan het EU-gemiddelde (21 % tegenover 17 %). Voedingsrisico's zijn de tweede belangrijke risicofactor (waaronder de geringe consumptie van groenten en fruit en de hoge consumptie van suiker en zout), die verantwoordelijk waren voor naar schatting 13 % van de sterfgevallen, ruim onder het EU-gemiddelde (18 %). Ongeveer 4 % van de sterfgevallen hield verband met alcoholgebruik, en 2 % van de sterfgevallen had te maken met te weinig lichaamsbeweging.

Figuur 7. Gedragsgerelateerde risicofactoren, met name roken, dragen in hoge mate bij aan sterfte in Nederland



*Opmerking: het totale aantal sterfgevallen in verband met deze risicofactoren (55 000) is kleiner dan de som van elk van hen afzonderlijk (60 000), omdat sommige sterfgevallen aan meer dan één factor kunnen worden toegeschreven. Voedingsrisico's omvatten 14 componenten, zoals de geringe consumptie van groenten en fruit en een hoge consumptie van zoete dranken en zout.
Bron: IHME (2018), Global Health Data Exchange (schattingen voor 2017).*

Roken onder volwassenen heeft geleid tot een relatief hoge sterfte door longkanker bij vrouwen

Na de invoering van rookvrije werkomgevingen en andere beleidswijzigingen (deel 5.1) is het tabaksgebruik onder volwassenen gedaald en ligt het onder het EU-gemiddelde. In het begin van de jaren 2000 meldde Nederland, samen met het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Noorwegen, het hoogste percentage rokende vrouwen in de EU. Hoewel er sindsdien een indrukwekkende daling is waargenomen, is het tempo van de daling in Nederland teruggenomen, en in 2014 rookte nog altijd 17 % van de Nederlandse vrouwen regelmatig, tegenover 16 % in Denemarken en 13 % in Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk. Bovendien neemt de sterfte als gevolg van longkanker onder vrouwen nog steeds toe, in tegenstelling tot die van mannen. Dit is grotendeels het gevolg van het wijdverbreide tabaksgebruik in eerdere generaties, dat bij vrouwen later een piek bereikte dan bij mannen. Positiever is dan weer dat het totale alcoholverbruik onder volwassenen sinds 2000 met ongeveer 20 % is gedaald en nu lager is dan in de meeste andere EU-landen.

Roken onder tieners blijft een punt van zorg, ondanks vooruitgang

In 2015 gaf ongeveer een vijfde van de 15- tot 16-jarigen in Nederland aan de afgelopen maand sigaretten te hebben gerookt, een aanzienlijke daling vanaf 2011 toen het percentage ongeveer 30 % bedroeg. Hoewel het tabaksgebruik onder het EU-gemiddelde ligt, blijft het hoger dan in de best presterende landen. Daarnaast werd in 2013-2014 door ongeveer een op de zes 15-jarigen in Nederland zware alcoholconsumptie (herhaalde dronkenschap) gemeld. Dit ligt ruim onder het EU-gemiddelde en is een scherpe daling onder jongens van 35,3 % in 2001-2002 tot 17 % in 2013-2014.

De cijfers voor overgewicht en obesitas stijgen langzaam

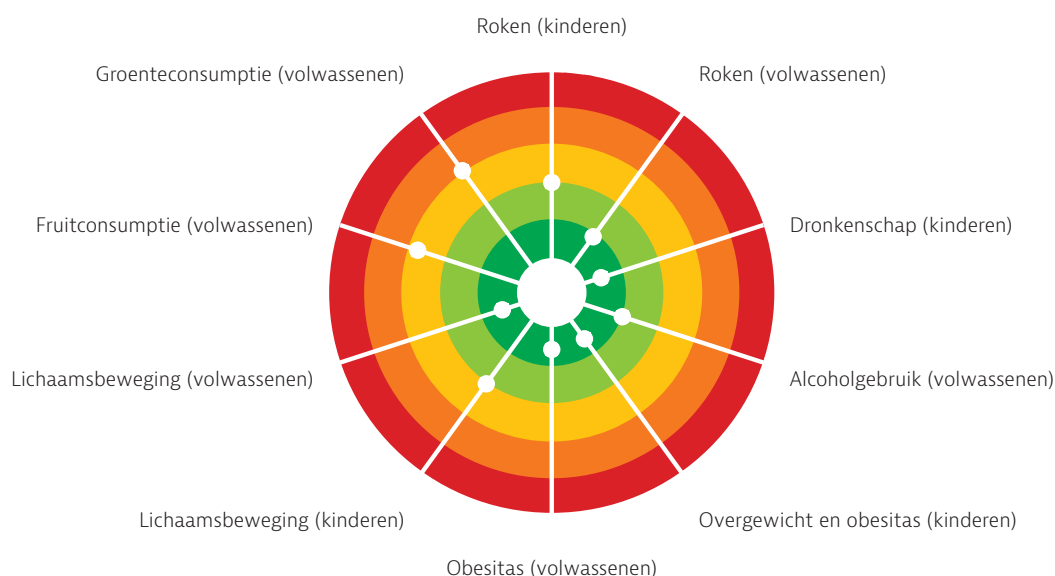
De cijfers voor overgewicht en obesitas bij tieners en volwassenen zijn in Nederland lager dan in de meeste EU-landen (figuur 8), maar stijgen langzaam. Meer dan een op de acht volwassenen (13 %) was in 2017 obees, tegenover 10 % in 2002. Deze trends zijn zorgwekkend,

gezien de gevolgen van deze aandoeningen voor de gezondheid op lange termijn. Zij brengen bijvoorbeeld een aanzienlijk risico op diabetes, hart- en vaatziekten en verschillende vormen van kanker met zich mee, wat erop wijst dat de inspanningen om de voedingsgewoonten van zowel kinderen als volwassenen te veranderen, moeten worden opgevoerd. Meer dan vier op de tien Nederlandse volwassenen eten minder dan één portie groenten of fruit per dag, een hoger percentage dan in de EU.

Tieners hebben relatief weinig lichaamsbeweging

Hoewel de meeste volwassenen aangeven ten minste gematigd te bewegen, is dit niet het geval bij 15-jarigen (figuur 8). Slechts ongeveer 17 % van de Nederlandse tieners geeft aan dagelijks gematigd te bewegen, en dit percentage is lager onder meisjes. Slechts 12 % van de meisjes gaf in 2013-14 aan elke dag ten minste gematigd te bewegen, tegenover 22 % van de jongens.

Figuur 8. Nederland doet het voor veel risicofactoren goed in vergelijking met andere EU-landen, maar minder voor de consumptie van groenten en fruit



*Opmerking: hoe dichter de stip zich bij het midden bevindt, hoe beter het land presteert in vergelijking met andere EU-landen. Er bevindt zich geen enkel land in het witte "streefgebied", aangezien er in alle landen op alle terreinen ruimte is voor verbetering.
Bron: OESO-berekeningen op basis van ESPAD-onderzoek uit 2015 en HBSC-onderzoek uit 2013-14 voor indicatoren voor kinderen; en EU-SILC 2017, EHIS 2014 en OESO-gezondheidsstatistieken 2019 voor indicatoren voor volwassenen*

Risicofactoren blijven ongelijk verdeeld op basis van opleidings- en inkomensniveau

In 2014 rookte 23 % van de volwassenen die hun middelbaar onderwijs niet hebben afgerond dagelijks, tegen slechts 11 % van de volwassenen met tertiair onderwijs. In de EU zijn deze gemiddelden respectievelijk 20 % en 13 %. Ook was 16 % van de mensen zonder middelbaar onderwijs obees tegen 8 % van de mensen met hoger onderwijs. In de EU zijn deze percentages respectievelijk 16 % en 12 %. De hogere prevalentie van risicofactoren bij sociaal achtergestelde groepen draagt bij aan de ongelijkheid op het gebied van gezondheid en

levensverwachting (deel 2). Nederland kent sinds de jaren 1980 beleid om de sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van de gezondheid op individueel en bevolkingsniveau te verkleinen. Recente initiatieven waren erop gericht de ongelijkheden op lokaal niveau aan te pakken, zoals het nationale programma Gezond in de stad (2014), dat deel uitmaakt van het Nationaal Programma Preventie (deel 5.1).



4 Het zorgstelsel

Het zorgstelsel bestaat uit een mix van concurrerende zorgverzekeringen, een volksverzekering voor langdurige zorg en met belastinggeld gefinancierde sociale zorg.

De Nederlandse overheid is verantwoordelijk voor de regulering en het beheer van drie regelingen die samen een brede universele dekking bieden. De overheid stelt ook het basispakket en de beschikbare middelen vast en beschikt over instrumenten om in te grijpen in het geval van overbesteding. De eerste regeling is een zorgverzekering voor curatieve zorg, dat wordt uitgevoerd door concurrerende particuliere zorgverzekeraars. Dit systeem is in 2006 ingevoerd en alle inwoners zijn verplicht om verzekeringspolissen af te sluiten voor een vastgesteld basispakket. Verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren en moeten contracten sluiten met zorgverleners op basis van kwaliteit en prijs. Onder deze regeling vallen alle specialistische zorg, eerstelijnszorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg, bepaalde aanverwante zorgdiensten en wijkverpleging.

De tweede regeling is een volksverzekering voor langdurige zorg, dat wordt uitgevoerd door de regionaal dominante zorgverzekeraar. De derde regeling betreft een stelsel van sociale zorg dat met belastinggeld wordt gefinancierd en door de gemeenten wordt uitgevoerd (kader 1). Er bestaat ook een grote markt voor vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen, waarbij de zorgverzekeraars polissen kunnen aanbieden die buiten het basispakket vallen.

De uitgaven voor gezondheidszorg groeien langzamer

Nederland behoort niet langer tot de koplopers wat betreft de uitgaven voor gezondheidszorg in Europa. Noorwegen, Duitsland, Oostenrijk en Zweden spenderen meer per hoofd van de bevolking (figuur 9). In 2017 werd 10,1 % van het bbp aan gezondheidszorg besteed, wat iets meer is dan het EU-gemiddelde van 9,8 %. Dit komt neer op 3 791 EUR per persoon (gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen), ruim boven het EU-gemiddelde van 2 884 EUR. De groei van de uitgaven is sinds 2012 afgevlakt na de invoering van een hervormingspakket dat het financiële risico voor verzekeraars en zorgverleners heeft vergroot en de eigen bijdrage heeft verhoogd. Daarnaast zijn er met belanghebbenden verschillende convenanten gesloten die erop zijn gericht de uitgavengroei op een vooraf bepaald niveau te houden.

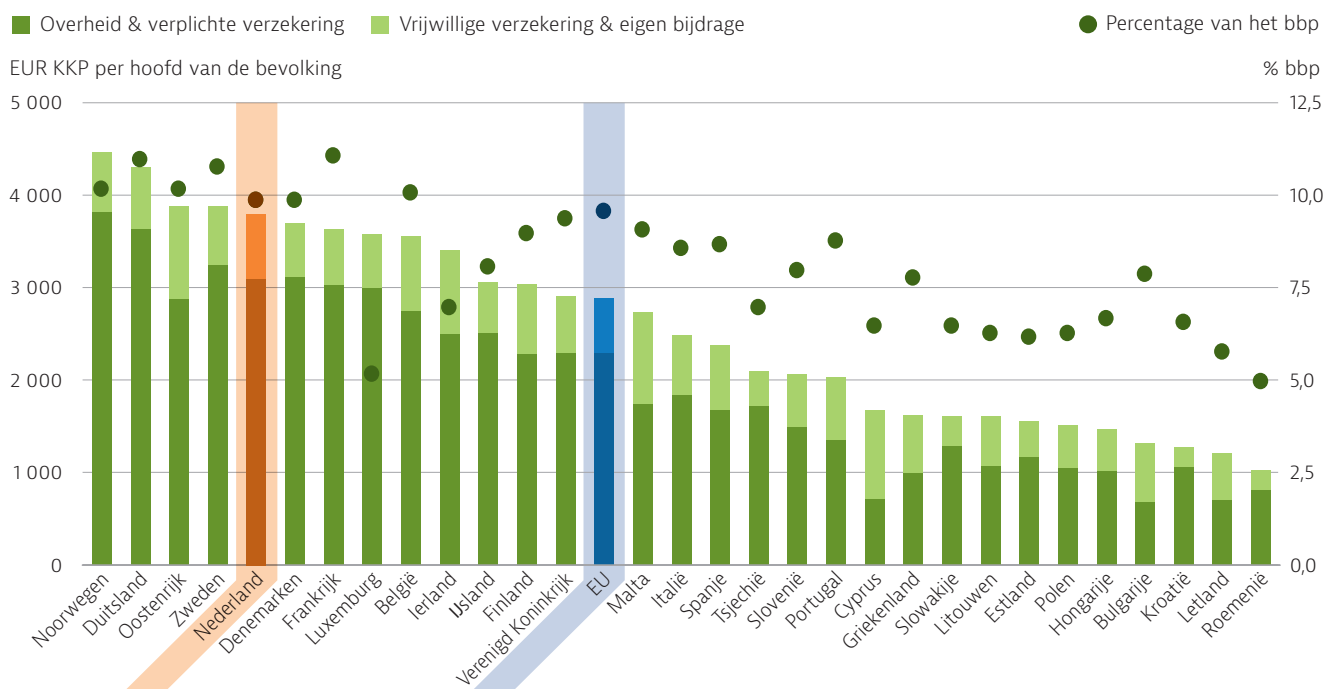
De eigen bijdrage ligt onder het EU-gemiddelde

Na de afschaffing van de particuliere ziektekostenverzekering in 2006 stegen de overheidsuitgaven (de staatsuitgaven en de verplichte verzekering) van ongeveer twee derde (68,4 %) van de uitgaven voor gezondheidszorg in 2005 tot 83,8 % in 2006, en daalden zij daarna tot 81,5 % in 2017. Dit blijft iets boven het EU-gemiddelde van 79,3 %. De eigen bijdrage is relatief laag met 11,1 % van de huidige uitgaven voor gezondheidszorg in 2017, vergeleken met een EU-gemiddelde van 15,8 %. Voor huisartsenzorg, verloskundige en kraamzorg en de wijkverpleging hoeft geen eigen bijdrage te worden betaald. De relatief grote markt voor vrijwillige ziektekostenverzekeringen (5,9 % van de uitgaven voor gezondheidszorg in 2017 tegen 3,6 % in de EU) helpt ook om de eigen bijdrage laag te houden (deel 5.2).

Kader 1. Het systeem voor langdurige zorg is hervormd om het houdbaar te maken en mensen te helpen thuis te blijven wonen

In de loop der jaren was het Nederlandse systeem voor langdurige zorg bijna net zo groot geworden als de curatieve regeling, door diensten zoals persoonlijke budgetten, schoonmaak en residentiële zorg te dekken. Reeds in 2007 werden de gemeenten verantwoordelijk voor bepaalde socialezorgdiensten, zoals het schoonmaken van de woning, in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Bij een omvangrijkere hervorming in 2015 werd een nieuwe Wet langdurige zorg in het leven geroepen en verschoven de meeste resterende extramurale verantwoordelijkheden naar gemeenten of verzekeraars, waarbij 24-uurszorg werd verleend in verpleeghuizen, tehuizen voor mensen met een beperking, verstrekking in natura thuis aan mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben, maar er de voorkeur aan geven thuis te blijven, en in mindere mate klinieken voor geestelijke gezondheidszorg. De gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor sociale zorg, die erop gericht is mensen te helpen thuis te blijven wonen en hen in staat te stellen volledig deel te nemen aan de samenleving. De sociale zorg omvat het huishouden, hulp bij dagelijkse activiteiten en verzorgingsflats. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk geworden voor de zorg door wijkverpleegkundigen, die nu onder de Zorgverzekeringswet vallen.

Figuur 9. De uitgaven voor gezondheidszorg liggen boven het EU-gemiddelde



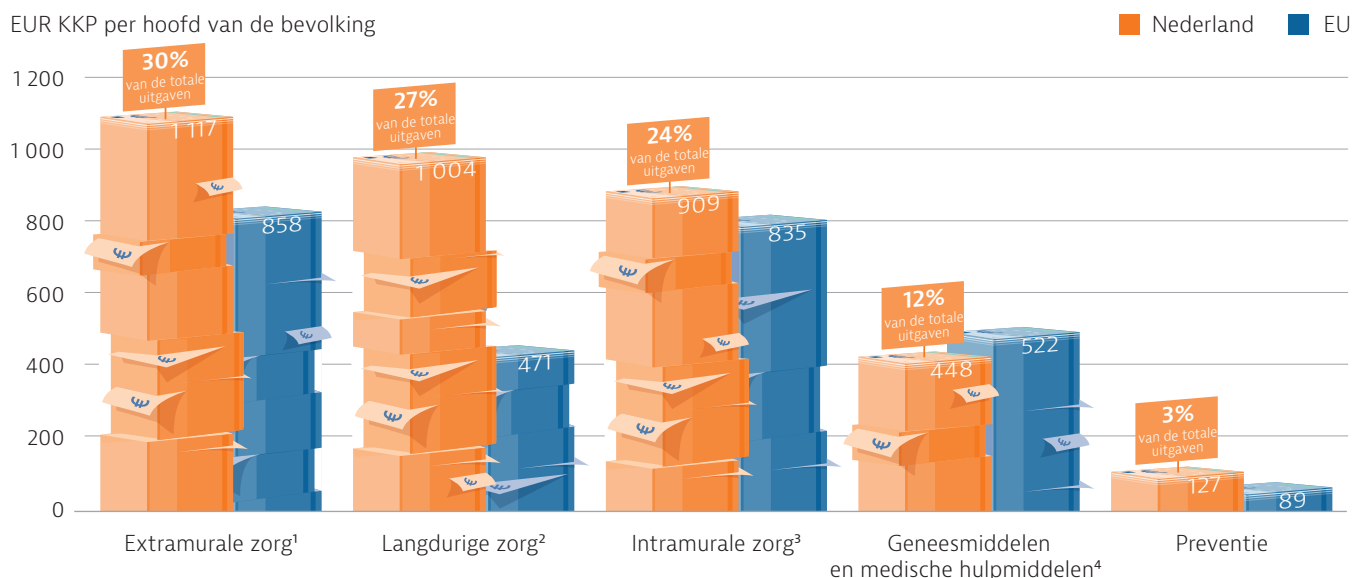
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019 (gegevens voor 2017).

De hoge totale uitgaven worden mede veroorzaakt door een relatief groot stelsel voor langdurige zorg

Als we kijken naar het uitgavenpatroon, besteedt Nederland in elke categorie meer dan het EU-gemiddelde, behalve voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (figuur 10). De hoge totale uitgaven zijn voornamelijk het gevolg van een relatief grote sector voor langdurige

zorg, waaraan meer dan dubbel zoveel wordt besteed als het EU-gemiddelde (deel 5.3). De uitgaven voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen liggen ruim onder het EU-gemiddelde, wat een gevolg is van een lange voorgeschiedenis gericht op de beheersing van de prijzen en volumes van geneesmiddelen (deel 5.3). Nederland heeft een van de hoogste uitgaven voor preventie van 127 EUR per persoon, tegen een gemiddelde van 89 EUR in de EU.

Figuur 10. De uitgaven voor langdurige zorg zijn meer dan dubbel zo hoog als het EU-gemiddelde



Opmerking: Administratiekosten zijn niet inbegrepen. 1. Met inbegrip van thuiszorg. 2. Omvat alleen de gezondheidscomponent. 3. Omvat curatieve-revalidatiezorg, al dan niet in het ziekenhuis. 4. Omvat alleen de extramurale markt.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019; Eurostat-databank (gegevens voor 2017).

Ondanks de uitgebreide personeelsplanning ontstaan er tekorten in de verpleging en de eerstelijnszorg

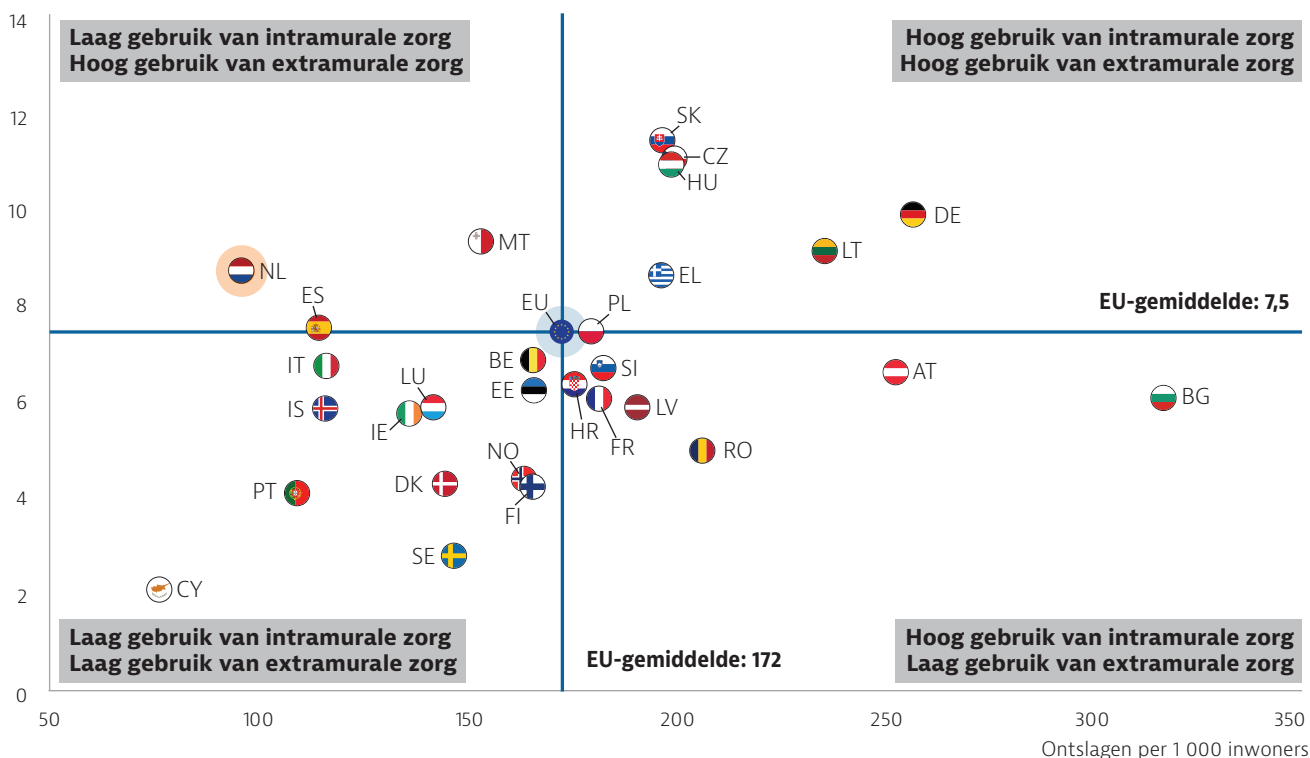
Het aantal artsen is de afgelopen jaren langzaam gestegen en was in 2017 met 3,6 artsen per 1 000 inwoners gelijk aan het EU-gemiddelde, terwijl het aantal verpleegkundigen (10,9 per 1 000) ruim boven het EU-gemiddelde ligt (8,5). Aangezien bijna 80 % van de werknemers een vast contract heeft, biedt de gezondheidszorg stabiele, zekere en vaak relatief goed betaalde banen (van de Berg en Jettinghoff, 2018). De sector speelt ook een voortrekkersrol bij de verschuiving van taken en verpleegkundig specialisten (kader 2), waardoor er een aantrekkelijkere werkomgeving ontstaat. Ondanks een zorgvuldige planning van het aantal arbeidskrachten en de opleidingscapaciteit, ontstaan er tekorten in de tandheelkundige zorg, gespecialiseerde verpleegkunde, langdurige en jeugdzorg en eerstelijnszorg (deel 5.3).

Sterke eerstelijnszorg zorgt ervoor dat mensen niet hoeven te worden opgenomen in het ziekenhuis

De gezondheidszorg wordt voor het overgrote deel verleend door particuliere organisaties zonder winstoogmerk en de meeste artsen zijn zelfstandig. Volksgezondheidsdiensten, zoals gezondheidsbevordering, screening en vaccinatie, en jeugdgezondheidszorg, vallen primair onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten (deel 5.1). Nederland hanteert een streng poortwachtsysteem. Patiënten hebben een verwijzing van een huisarts nodig voor ziekenhuis- en specialistische zorg. Dit heeft geleid tot een relatief groot aantal extramurale contacten, maar ook tot relatief lage aantallen ontslagen uit het ziekenhuis, wat erop wijst dat de sterke eerstelijnszorg ervoor zorgt dat mensen niet hoeven te worden opgenomen in het ziekenhuis (figuur 11). Er zijn momenteel verschillende proefprojecten voor geïntegreerde zorgprogramma's voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen (bijvoorbeeld voor hulpbehoevende ouderen). Zowel diensten op het gebied van langdurige zorg als diensten voor geestelijke gezondheidszorg worden in toenemende mate in extramurale omgevingen verstrekt als antwoord op de historisch hoge institutionaliseringscijfers.

Figuur 11. Nederland is een van de weinige landen die een relatief hoog gebruik van extramurale zorg combineren met een laag gebruik van intramurale zorg

Aantal doktersconsulten per persoon



Opmerking: de gegevens voor doktersconsulten worden voor Griekenland en Malta geschat.
Bron: Eurostat-databank; OESO-gezondheidsstatistieken (gegevens voor 2016 of het dichtstbijzijnde jaar).

Kader 2. Veranderingen in de aanpak van de zorgverlening hebben geleid tot nieuwe beroepen in de eerstelijnszorg

Innovatie op het gebied van vaardigheden speelt een belangrijke rol in de gezondheidszorg in Nederland. Dit is het gevolg van een aanhoudende verschuiving in de zorgverlening van een medisch model naar een meer patiëntgericht model, dat wordt gekenmerkt door de-institutionalisering en een verschuiving van gezondheidsdiensten van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. In reactie daarop zijn nieuwe opleidingscurricula en beroepen ontwikkeld om de competentielacunes en uitdagingen in verband met de continuïteit van de zorg aan te pakken, waaronder "physician assistants" en "nurse practitioners". Aan gespecialiseerd verpleegkundigen is in 2012 volledige praktijkbevoegdheid toegekend en ze zijn in 2018 in de wet opgenomen, en ze hebben het recht om alle geneesmiddelen die onder hun bevoegdheid vallen, voor te schrijven en chirurgische procedures met een laag risico uit te voeren, naast andere specifieke taken.

Een andere belangrijke innovatie op het gebied van vaardigheden is de invoering van praktijkverpleegkundigen in huisartsenpraktijken. In 2014 werd de geestelijke gezondheidszorg hervormd om diensten over te dragen van gespecialiseerde naar goedkopere eerstelijnszorg. Deze hervorming bracht nieuwe taakverschuivingen en een reorganisatie van de zorgtrajecten met zich mee en maakte nieuwe kennis en competenties in de eerstelijnszorg noodzakelijk. Aangezien de huisartsen een grotere poortwachtersfunctie op zich hebben genomen in de geestelijke gezondheidszorg, hebben huisartsenpraktijken zich aan deze nieuwe verantwoordelijkheden aangepast, wat heeft geleid tot de invoering van de GGZ-praktijkverpleegkundige. Reeds in 2017 had 88,1 % van de huisartsenpraktijken een GGZ-verpleegkundige in dienst.

5 Prestaties van het zorgstelsel

5.1. Doeltreffendheid

Uit de lage sterfte die vermijdbaar is door preventie, blijkt dat het Nederlandse zorgstelsel doeltreffende volksgezondheidsmaatregelen neemt

De sterfte ten gevolge van vermijdbare oorzaken is gunstig in vergelijking met de EU als geheel (134 tegen 161 per 100 000) (figuur 12). De voornaamste oorzaak van sterfte die vermijdbaar is door preventie, is longkanker, met meer dan 30 % van de vermijdbare sterfgevallen. De mortaliteit als gevolg van aan alcohol gerelateerde oorzaken ligt onder het EU-gemiddelde, evenals het alcoholgebruik (deel 3). De overheid heeft een aantal beleidsmaatregelen op het gebied van de volksgezondheid genomen om de gevolgen van gedragsgerelateerde risicofactoren en sociale gezondheidsdeterminanten te beperken. In 2004 werd roken verboden op kantoren en in 2008 en in cafés en restaurants, en de in 2013 ingevoerde alcoholbestrijdingsmaatregelen waren vooral gericht op het terugdringen van alcoholmisbruik onder tieners.

In 2011 werden in de landelijke beleidsnota ("Gezondheid dichtbij") overgewicht, roken en alcoholgebruik aangemerkt als de belangrijkste gedragsgerelateerde risicofactoren in Nederland en werden maatregelen aangegeven om de negatieve invloed ervan op de volksgezondheid aan te pakken. Het uitgebreide Nationale Programma Preventie is gericht op al deze gebieden en heeft tot doel de groei van chronische ziekten te vertragen en tegelijkertijd de sociale verschillen in gezondheidsresultaten terug te dringen.

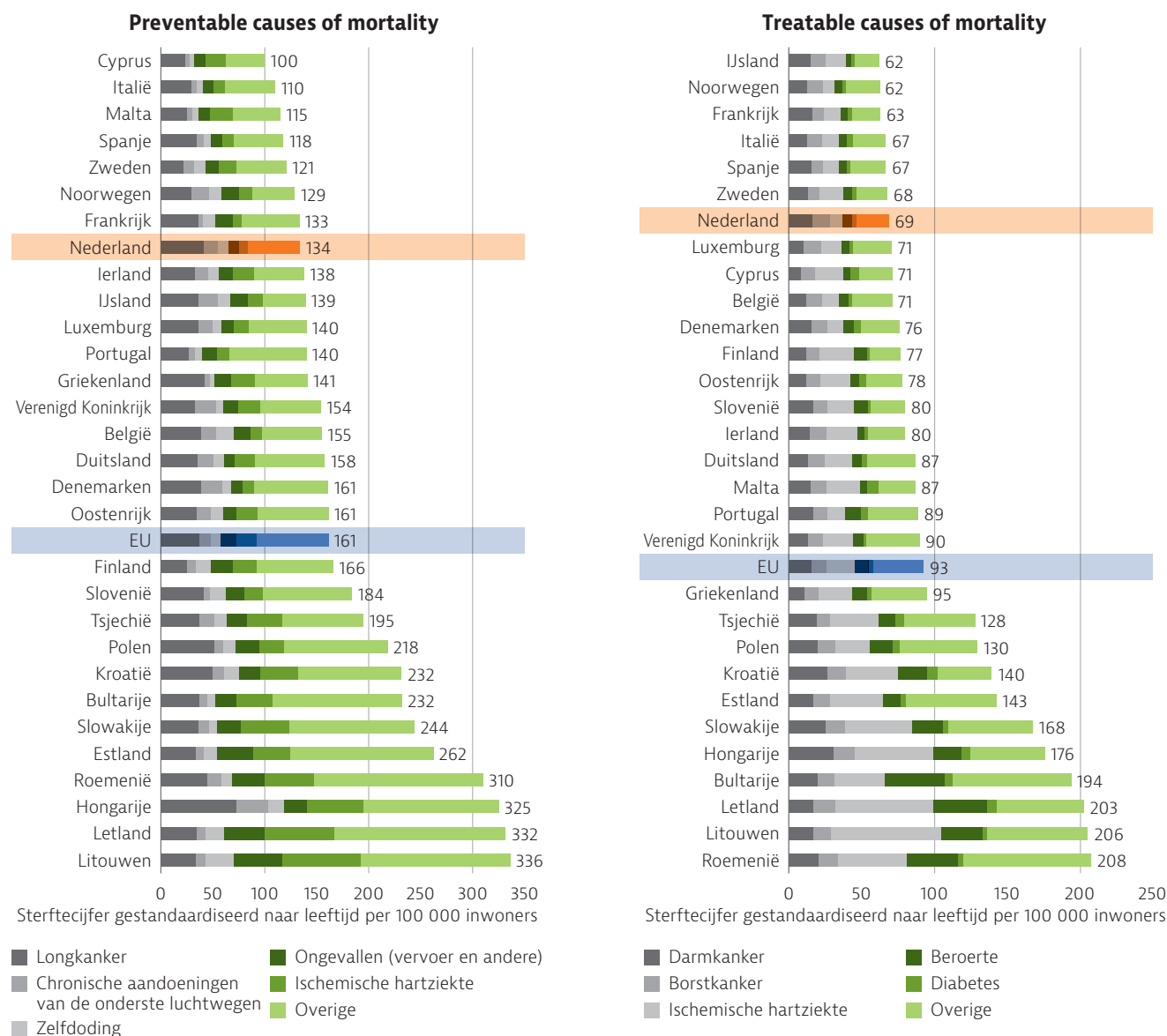
Terughoudendheid tegenover vaccins en gebrek aan bewustzijn zijn belemmeringen voor een effectieve vaccinatiegraad

De vaccinatiegraad van kinderen tegen mazelen, hepatitis B en difterie, tetanus en polio is de afgelopen jaren licht afgenomen en ligt nu net onder het EU-gemiddelde en de door de WHO aanbevolen doelstelling van 95 % (figuur 13). In een poging om het aantal vaccinaties te verhogen, vindt er een aantal activiteiten plaats, zoals meer tijd voor professionals om de zorgen van ouders over vaccinaties te bespreken. Hoewel het cijfer ruim boven het EU-gemiddelde ligt, daalt de griepvaccinatie onder ouderen en blijft deze onder het door de WHO aanbevolen streefcijfer van 75 %. De belangrijkste belemmeringen voor de vaccinatie zijn de onzekerheid over de doeltreffendheid en de neveneffecten van het vaccin en het vermeende lage risico op het krijgen van of overlijden aan griep. Vaccinaties voor kinderen zijn gratis en griepvaccinaties zijn gratis voor bepaalde groepen met een hoog risico op complicaties (bijv. mensen ouder dan 60 jaar, kinderen en volwassenen met bepaalde chronische aandoeningen).

Het sterftecijfer als gevolg van behandelbare oorzaken behoort tot de laagste in de EU en wijst op doeltreffende gezondheidszorg

Nederland behoort tot de best presterende landen wat betreft de mortaliteit als gevolg van behandelbare oorzaken, die vooral kan worden voorkomen door middel van tijdige en doeltreffende gezondheidszorg (figuur 12). Meer dan 40 % van de behandelbare sterfgevallen (2016) waren te wijten aan darmkanker en borstkanker, met voor beide ziekten cijfers die boven het EU-gemiddelde liggen. De sterfte ten gevolge van andere behandelbare oorzaken, zoals ischemische hartziekte, beroerten en diabetes, behoorde tot de laagste in de EU.

Figuur 12. Nederland presteert beter dan het EU-gemiddelde wat de sterfte ten gevolge van vermijdbare en behandelbare oorzaken betreft



Opmerking: Sterfte die vermijdbaar is door preventie (linkerkolom hierboven) wordt gedefinieerd als sterfte die met name kan worden voorkomen door middel van interventies op het gebied van volksgezondheid en primaire preventie. Sterfte die vermijdbaar is door behandeling (of betere gezondheidszorg) (rechterkolom hierboven) wordt gedefinieerd als sterfte die met name kan worden voorkomen door middel van interventies in de gezondheidszorg, zoals screening en behandeling. Beide indicatoren hebben betrekking op vroegtijdige sterfte (onder de 75 jaar). De gegevens zijn gebaseerd op de herziene lijsten van de OESO en Eurostat.
Bron: Eurostat-databank (gegevens voor 2016).

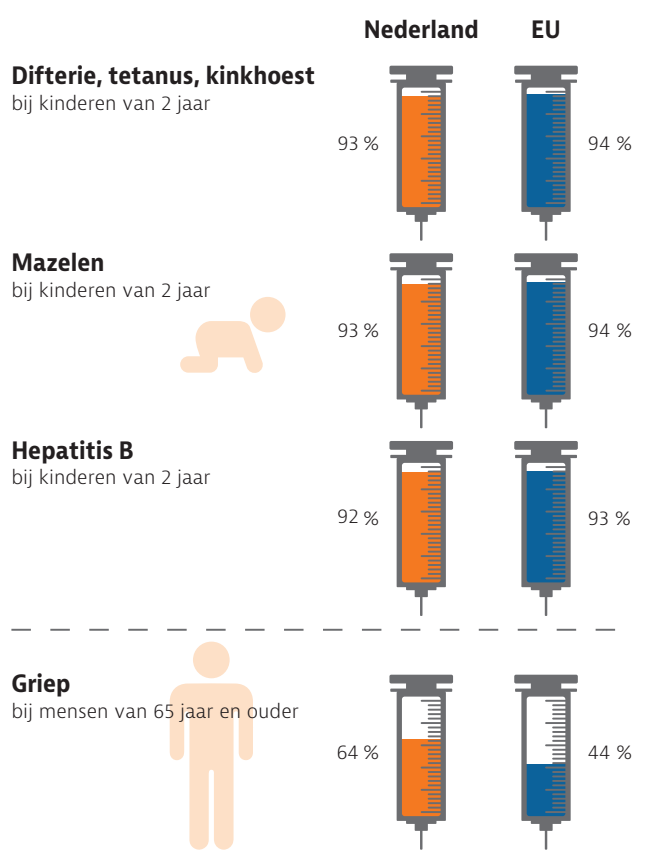
De deelname aan een nieuw screeningprogramma voor darmkanker is erg hoog

Er zijn bevolkingsonderzoeken voor baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker. De deelname aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker in Nederland (57 %) ligt onder het EU-gemiddelde (66 %), terwijl de deelname aan het bevolkingsonderzoek voor borstkanker hoger is (78 % tegen 61 %). Het relatief nieuwe bevolkingsonderzoek voor darmkanker (2014) omvat alle personen tussen de 55 en 75 jaar oud. In een recente evaluatie van het programma werd vastgesteld dat de participatiegraad (72 %) boven de verwachtingen lag, met 3,9 miljoen

mensen die tussen 2014 en 2017 deelnamen aan zelfscreeningtests, waardoor er meer nieuwe gevallen van darmkanker werden opgespoord dan verwacht (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019). Het screeningprogramma voor darmkanker heeft meer tijd nodig om de overlevingsresultaten en de algemene sterftcijfers als gevolg van behandelbare oorzaken te verbeteren.

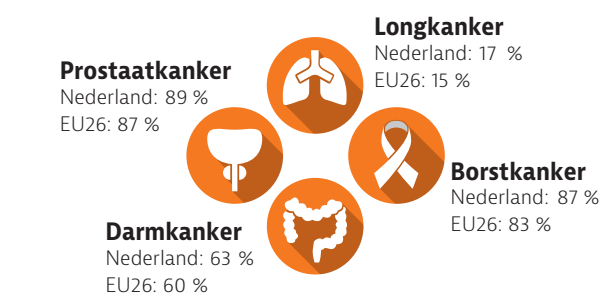
De vijfjaarsoverleving voor de vier soorten kanker met bevolkingsonderzoeken is de afgelopen tien jaar verbeterd en ligt boven het EU-gemiddelde (figuur 14).

Figuur 13. De vaccinatiegraad voor kinderen is iets onder het EU-gemiddelde gedaald, maar de cijfers voor griepvaccinatie zijn nog steeds aanzienlijk hoger



*Opmerking: de gegevens hebben betrekking op de derde dosis voor difterie, tetanus, kinkhoest en hepatitis B, en de eerste dosis voor mazelen.
Bron: WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository for children (gegevens voor 2018); OESO-gezondheidsstatistieken 2019 en Eurostat-databank voor personen van 65 jaar en ouder (gegevens voor 2017 of het dichtstbijzijnde jaar).*

Figuur 14. Nederland presteert beter dan het EU-gemiddelde voor de vijfjaarsoverleving voor prostaat-, long-, borst- en darmkanker

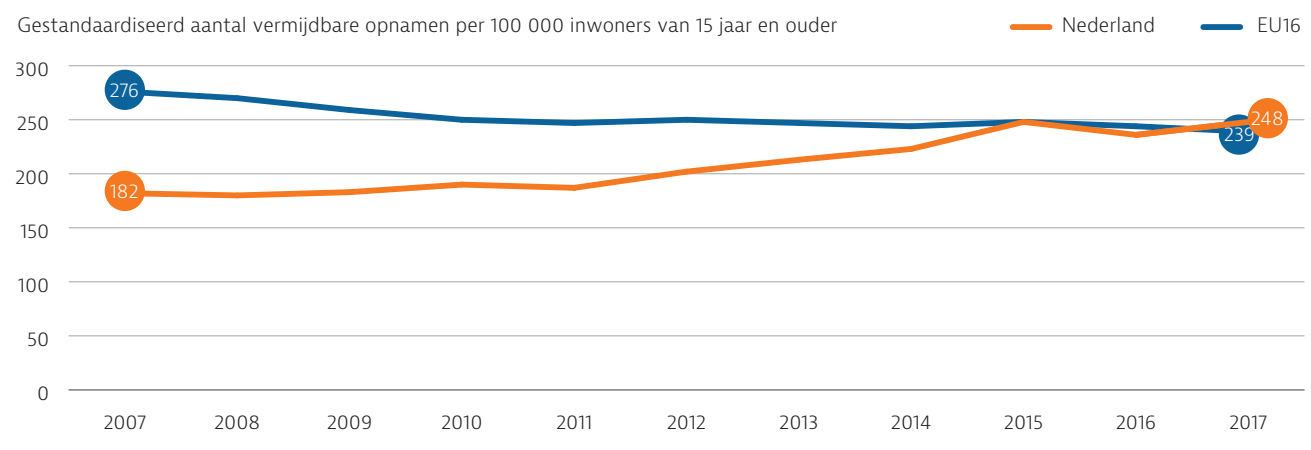


*Opmerking: de gegevens hebben betrekking op mensen die tussen 2010 en 2014 een diagnose hebben gekregen.
Bron: CONCORD-programma, London School of Hygiene and Tropical Medicine.*

Ondanks een sterke eerstelijnszorg neemt het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen voor astma en COPD toe

Nederland kent een gering aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen, wat erop wijst dat de eerstelijnszorg en de extramurale tweedelijnszorg de ontwikkeling van ernstige symptomen helpen vermijden. Het behoort tot de landen met de minste vermijdbare opnamen voor congestief hartfalen en diabetes in de EU. Sinds 2007 is het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen voor astma en COPD gestegen en op dit moment ligt dit boven het EU-gemiddelde (figuur 15). Deze negatieve tendens is erkend en heeft geleid tot de ontwikkeling van een specifiek nationaal actieprogramma voor longziekten (2014-2017), met inbegrip van een nieuwe richtlijn die in verschillende regio's wordt toegepast. Sinds 2007 wordt getracht de fragmentering van de voorziening voor chronische zorg voor diabetes, COPD en hart- en vaatziekten door middel van ketenzorg en gebundelde betalingen te verminderen, waarbij één betaling betrekking heeft op alle diensten voor een chronische patiënt die door meerdere zorgverleners worden verleend.

Figuur 15. Het percentage vermijdbare opnamen voor astma en COPD is sinds 2007 met ongeveer 36 % gestegen



Bron: OESO-Gezondheidsstatistieken 2019.

De kwaliteit van de zorg voor hartinfarcten en beroerten is verbeterd

De 30-dagenmortaliteit na een acuut myocardinfarct (hartinfarct) en beroerte is een goede indicator van de kwaliteit van de acute zorg. Tussen 2000 en 2016 is de 30-dagenmortaliteit na een ziekenhuisopname voor hartinfarcten en beroerten in Nederland drastisch gedaald en momenteel is deze de laagste van alle EU-landen met vergelijkbare beschikbare gegevens (figuur 16).

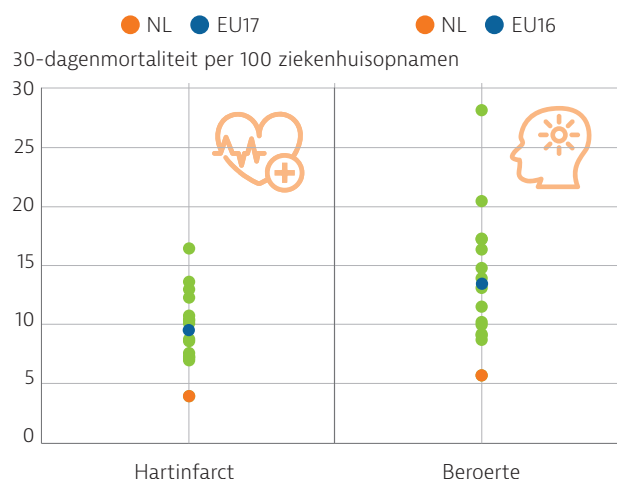
Verschillende nieuwe initiatieven zijn gericht op de verbetering van de kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel

Verzekeraars worden geacht door middel van het sluiten van contracten een belangrijke rol te spelen bij het verbeteren van de kwaliteit. In de praktijk ligt bij het sluiten van contracten de nadruk echter op de omvang en de prijzen, deels doordat er geen kwaliteitsindicatoren zijn overeengekomen. Daarom is het een belangrijke beleidsprioriteit om betrouwbare en zinvolle kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. De overheid heeft een ambitieuze beleidsdoelstelling vastgesteld om 50 % van de ziektelast bij medische specialistische zorg afhankelijk te maken van resultaatindicatoren, die kunnen worden gebruikt om de zorg te verbeteren, de gezamenlijke besluitvorming te versterken en uiteindelijk contracten met zorgverleners te sturen.

Daarnaast experimenteren de verzekeraars steeds vaker met langetermijncontracten die in het teken staan van op waarde gebaseerde zorg (value based care), waarbij zorgverleners en professionals kernprestatie-indicatoren voor de kwaliteit van de zorg en de innovaties op het

gebied van zorgverlening waarvoor zij verantwoordelijk zijn, kunnen bepalen, in tegenstelling tot een reeks door de verzekeraars gedefinieerde indicatoren en diensten. Deze initiatieven zijn nog steeds kleinschalig en moeten zorgvuldig worden gemonitord. Andere activiteiten ter verbetering van de kwaliteit zijn afhankelijk van de inspanningen van de medische beroepen of de overheid. Zo heeft een nieuw kwaliteitskader voor langdurige zorg tot doel de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren (zie kader 3).

Figuur 16. De 30-dagenmortaliteit na een hartinfarct en een beroerte is de beste in de EU



Opmerking: de cijfers zijn gebaseerd op patiëntgegevens en zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van de OESO-populatie van 45 jaar en ouder die in 2010 in het ziekenhuis is opgenomen voor AMI en ischemische beroerte. Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019 (gegevens voor 2017 of het dichtstbijzijnde jaar).

5.2. Toegankelijkheid

Het Nederlandse zorgstelsel is zeer toegankelijk, met nagenoeg geen verschil tussen de inkomensgroepen

Door overheidsregulering wordt de universele en gelijke toegang tot hoogwaardige zorg gegarandeerd, waardoor alle inwoners hun verzekering kunnen betalen. Het Nederlandse stelsel dekt ongeveer 99,9 % van de bevolking en het deel van de bevolking dat aangeeft onvervulde medische behoeften voor medisch onderzoek of behandeling te hebben, is het laagste in de EU, met weinig verschil tussen de inkomensgroepen (figuur 17)².

Het basispakket is breed, maar aanvullende verzekering spelen een cruciale rol in tandheelkundige zorg en fysiotherapie

Het uitgebreide basispakket omvat onder meer eerstelijnszorg, extramurale, specialistische zorg,

ziekenhuiszorg, zwangerschapszorg (prenataal, postnataal en geboorte), in-vitrofertilisatie (ivf) (maximaal drie cycli), fysiotherapie voor chronische aandoeningen, geestelijke gezondheidszorg en ambulancevervoer. De belangrijkste uitgesloten diensten zijn tandheelkundige zorg voor volwassenen en bepaalde paramedische zorg (zoals fysiotherapie). Veel mensen hebben een aanvullende verzekering. In 2018 had ongeveer 83,7 % van de bevolking een vrijwillige aanvullende verzekering, meestal om tandheelkundige zorg en fysiotherapie te dekken (NZA, 2018).

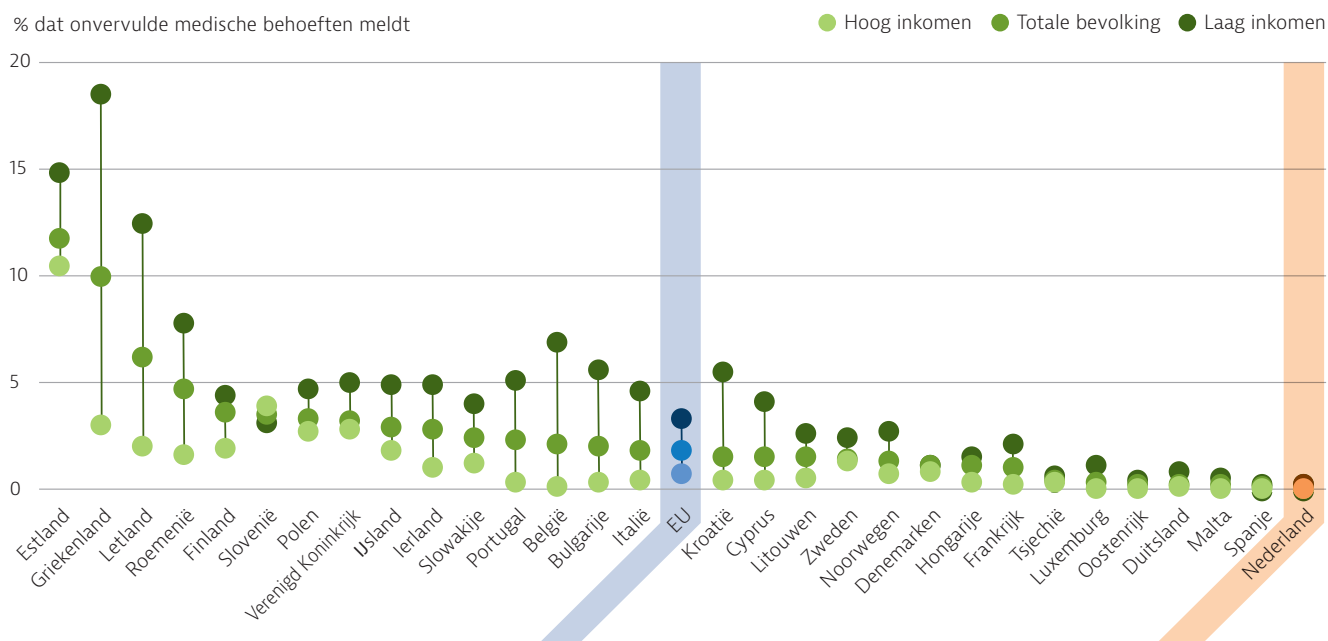
De eigen bijdrage is laag, maar blijft een onderwerp van discussie

De eigen bijdrage is de afgelopen tien jaar toegenomen, van 8,3 % in 2006 tot 11,1 % in 2017, maar sinds 2014 is de toename minder snel gegaan. Het aantal is ruim onder het EU-gemiddelde van 15,8 % (figuur 18). De stijging was voornamelijk het gevolg van een snelle verhoging van het verplicht eigen risico³, van 150 EUR in 2008 naar 385 EUR in 2016, waarna het stabiel bleef. Het eigen risico geldt niet

2: Uit een afzonderlijk onderzoek (het Europees gezondheidsonderzoek), dat gericht was op mensen die zorg nodig hadden (in tegenstelling tot de bevolking in het algemeen), blijkt dat in 2014 ongeveer 3 % van de mensen die zorg probeerden te krijgen, aangaf om financiële redenen onvervulde medische behoeften te hebben. Het percentage was hoger bij mensen met een laag inkomen (10 %) dan bij mensen met een hoog inkomen (slechts 1 %). Evenzo gaf 4 % van de bevolking met behoefte aan tandheelkundige zorg in 2014 aan onvervulde behoeften te hebben, waarbij het aandeel veel hoger was bij de bevolkingsgroepen met lage inkomens (12 %) dan bij de groepen met een hoog inkomen (1 %).

3: Een eigen risico is een vast bedrag van de gemaakte zorgkosten dat de gebruiker moet betalen voordat de verzekeraar de diensten begint te vergoeden.

Figuur 17. De Nederlandse bevolking meldt de minste onvervulde behoeften in de EU



Opmerking: de gegevens hebben betrekking op onvervulde behoeften aan medische onderzoeken of behandelingen vanwege kosten, reisafstand of wachttijden. Bij de vergelijking van de gegevens tussen landen moet voorzichtigheid worden betracht, aangezien de gebruikte onderzoeksinstrumenten enigszins verschillen. De gegevens voor de categorie hoog inkomen is een schatting.
Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens voor 2017).

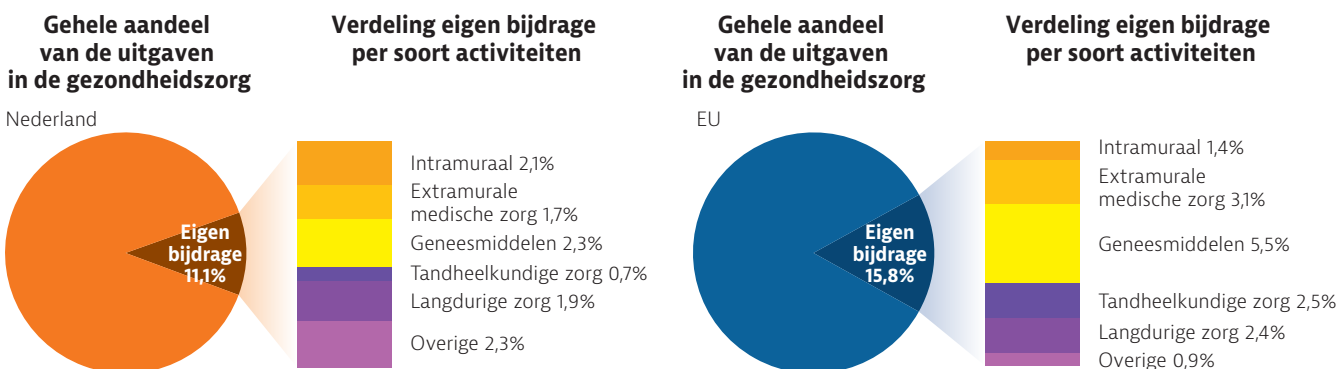
voor huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg, wijkverpleging en zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar, die zonder eigen bijdrage worden verleend.

Geneesmiddelen, intramurale zorg en langdurige zorg zijn de belangrijkste categorieën waaraan de eigen bijdrage wordt uitgegeven (figuur 18). Voor de vergoeding van geneesmiddelen wordt uitgegaan van interne referentieprijzen en verzekeraars mogen een lijst van voorkeursgeneesmiddelen opstellen, waarbij patiënten die een ander geneesmiddel gebruiken, soms het prijsverschil of het totale bedrag zelf moeten betalen. Sinds 2019 bedraagt de eigen bijdrage voor geneesmiddelen maximaal 250 EUR per jaar. Voor langdurige residentiële zorg geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage; het tarief werd in 2018 verlaagd en varieert van 0 tot 2 365 EUR per maand (2019). Voorts zijn er in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning contante terugbetalingen van door chronisch zieken met lage inkomens

gemaakte zorgkosten en sommige gemeenten hebben verzekeringspolissen onderhandeld met ruimere dekking voor groepen met een laag inkomen.

Hoewel het stelsel mensen lijkt te beschermen tegen financiële problemen en de eigen bijdrage relatief laag is, is het publieke debat over deze bijdrage nog steeds gaande. Er zijn kwetsbare personen voor wie het eigen risico erg hoog is. Als deze personen bovendien in een gemeente wonen met minder genereuze maatschappelijke ondersteuningsdiensten (Wmo), kunnen de eigen bijdragen zich ophopen door middel van rechtstreekse betalingen voor diensten die niet of deels niet worden gedekt. Hoewel het eigen risico gelijk moest opgaan met andere posten van de zorgbegroting, heeft de coalitie die in 2017 is aangetreden, besloten het eigen risico op het huidige niveau te houden (385 EUR), terwijl sommige oppositiepartijen dit volledig willen afschaffen.

Figuur 18. Geneesmiddelen maken het grootste deel van de eigen bijdrage uit



Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019 (gegevens voor 2017).

Zorgvoorzieningen bevinden zich binnen handbereik

Het Nederlandse zorgstelsel heeft een dicht netwerk van zorgverleners, waardoor de geografische beschikbaarheid van diensten goed is. In 2017 moest minder dan 0,15 % van de bevolking meer dan 10 minuten rijden naar de dichtstbijzijnde huisarts. Bovendien verlenen 119 huisartsenposten zorg buiten normale praktijktijden en zijn deze voor 99,9 % van de bevolking met de auto binnen 30 minuten te bereiken (2017). Er waren 120 ziekenhuislocaties, die meer dan 99 % van de bevolking met de auto binnen 30 minuten kan bereiken (2018) (Volksgezondheidszorg, 2019). De gereguleerde concurrentie heeft het aantal fusies tussen ziekenhuizen vermoedelijk versneld, maar dit heeft nog geen gevolgen gehad voor het aantal locaties waar gezondheidszorg wordt verleend.

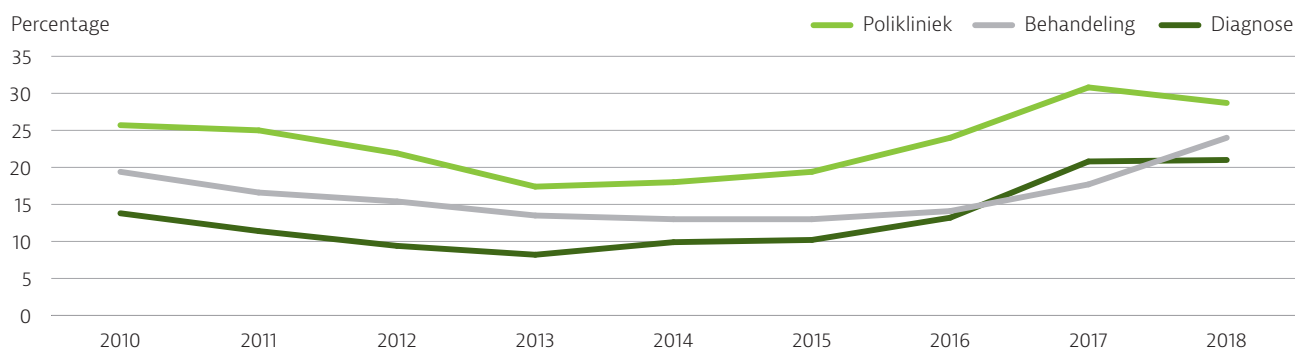
De vergoeding voor zorgverleners met wie geen contract is gesloten, bedraagt ten minste 75 %, wat zou kunnen resulteren in financiële belemmeringen voor de toegang

van patiënten die goedkopere budgetpolissen hebben afgesloten. Verzekeraars moeten hun cliënten daarom informeren over de financiële gevolgen van een bezoek aan een zorgverlener met wie geen contract is gesloten.

Er zijn toenemende zorgen over de wachttijden

Sinds 2000 zijn de doelstellingen voor wachttijden vastgesteld op vier weken voor diagnoses en bezoeken aan poliklinieken en zeven weken voor de behandeling voor de meeste ziekten of aandoeningen. Sinds 2013 zijn de wachttijden voor ziekenhuizen gestegen en teruggekeerd op het oude niveau (figuur 19). De gemiddelde wachttijden bij afdelingen voor extramurale zorg, waaronder allergologie, gastro-enterologie, tandchirurgie, neurochirurgie, reumatologie, reumatologie en oftalmologie, waren in 2019 hoger dan de streefniveaus. De wachttijden voor diagnoses en behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn zelfs langer. In 2017 kondigde de regering meer middelen aan om prioriteit te geven aan de verlaging van de wachttijden voor geestelijke gezondheidszorg.

Figuur 19. De wachttijden van ziekenhuizen voor behandeling, diagnose en poliklinieken nemen weer toe



Opmerking: percentage ziekenhuisafdelingen boven de streefcijfers voor wachttijden.

Legenda: rood: diagnose; paars: polikliniek; geel: behandeling.

Bron: Mediquest, RIVM, www.volksgezondheidszorg.info

5.3. Aanpassingsvermogen

Het stelsel is financieel stabiel, maar de stijging van de uitgaven zal de begroting onder druk zetten

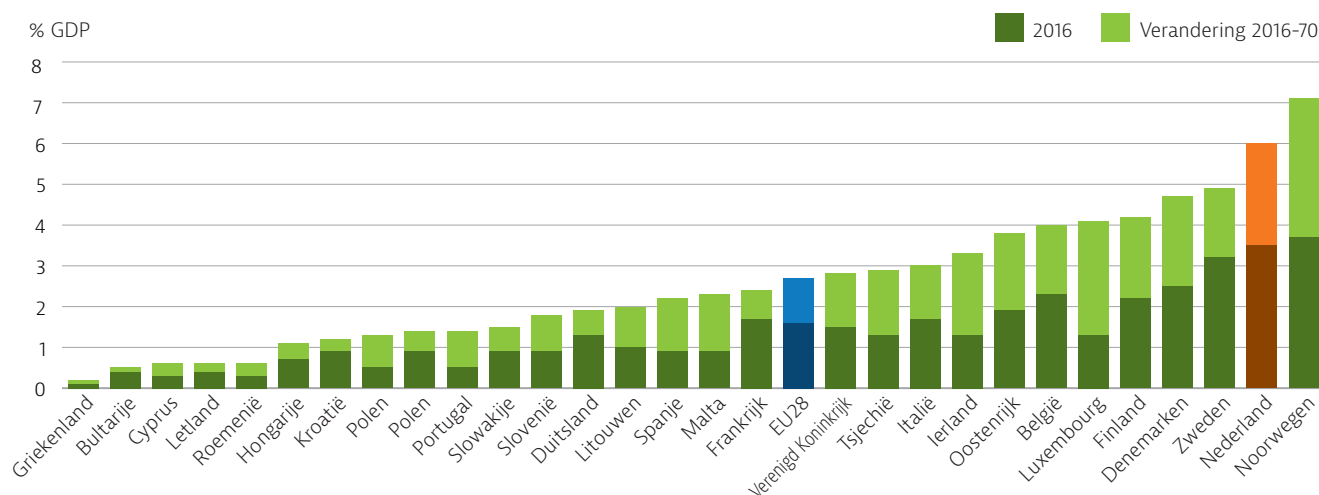
De uitgaven voor de gezondheidszorg zijn ingedamd met verschillende kostenbeheersingsmaatregelen (deel 4). Het uitgavenpeil blijft echter een politiek punt van zorg en zal naar verwachting toenemen als gevolg van de vergrijzing, de overeenkomstige stijging van de chronische aandoeningen en de invoering van dure technologieën. Dit zal ook een grote impact hebben op de sector van de langdurige zorg, waaraan Nederland al het meest uitgeeft van de hele EU (figuur 20). Volgens de prognoses voor uitgaven voor langdurige zorg is dit op lange termijn een middelgroot risico voor budgettaire houdbaarheid (Europese Commissie-EPC, 2018; Raad van de Europese Unie, 2019). De hervorming van de langdurige zorg is

bedoeld om de uitgaven te beperken, maar het nieuwe kwaliteitskader voor langdurige zorg zal de begroting extra onder druk zetten (kader 3).

Een nieuw actieprogramma moet de stabiliteit van de beroepsbevolking op de lange termijn waarborgen

De uitgebreide prognose van de arbeidskrachten en de planningsmechanismen voor artsen en verpleegkundigen hebben niet verhinderd dat er tekorten zijn ontstaan, waarbij de geraamde vacatures in 2019 op 140 000 kwamen (deel 4). Vrijwel alle ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de sociale zorg hebben moeite bij het vinden van personeel. Het aandeel moeilijk te vervullen vacatures is bij huisartsen gestegen van 9 % in 2016 tot 24 % in 2018. Daardoor zijn de wachttijden toegenomen en worden gezondheidswerkers geconfronteerd met een toegenomen werkdruk en meer stress (UWV, 2019). In het

Figuur 20. Als er niets verandert, zullen de overheidsuitgaven voor langdurige zorg naar verwachting verder toenemen



Opmerking: het EU-28-totaal is gewogen naar bbp.
Bron: Europese Commissie-EPC, 2018.

licht van deze kwesties heeft het ministerie in 2018 het actieprogramma Werken in de Zorg ingevoerd, dat een veelomvattende strategie bevat om gezondheidswerkers op te leiden en te behouden door tegelijkertijd de werkomgeving aantrekkelijker te maken door innovaties op het gebied van vaardigheden en minder bureaucratie.

Verkeerde stimulansen voor langdurige zorg zouden negatieve gevolgen kunnen hebben voor de efficiëntie

De hervorming van de langdurige zorg in 2015 (kader 1) had tot doel om de uitgaven in de sector te beperken door de verstrekking van zorg te verschuiven van instellingen naar privéwoningen, maar fragmenteerde het stelsel tegelijkertijd verder. De nieuwe regelingen kunnen de efficiëntie belemmeren en leiden tot een gebrek aan coördinatie en beknipting op de kwaliteit als verschillende zorginkopers die actief zijn in de langdurige zorg thuis (regionale zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars), hun aankoopbeleid niet op elkaar afstemmen en in plaats daarvan proberen de verantwoordelijkheid voor patiënten die langdurige zorg nodig hebben, op elkaar af te schuiven (Alders & Schut, 2019). Bovendien komen personen alleen in aanmerking voor institutionele zorg wanneer zij 24 uur per dag toezicht nodig hebben, wat ertoe leidt dat mensen met een zware zorglast thuis wonen, waardoor de informele zorg onder druk komt te staan. Dit wijst erop dat er sprake is van impliciete stimulansen binnen het stelsel die moeten worden gemonitord en indien nodig beter op elkaar moeten worden afgestemd.

Verskillende indicatoren wijzen erop dat ziekenhuizen efficiënt zijn, maar dat er wel nog ruimte is voor verbetering

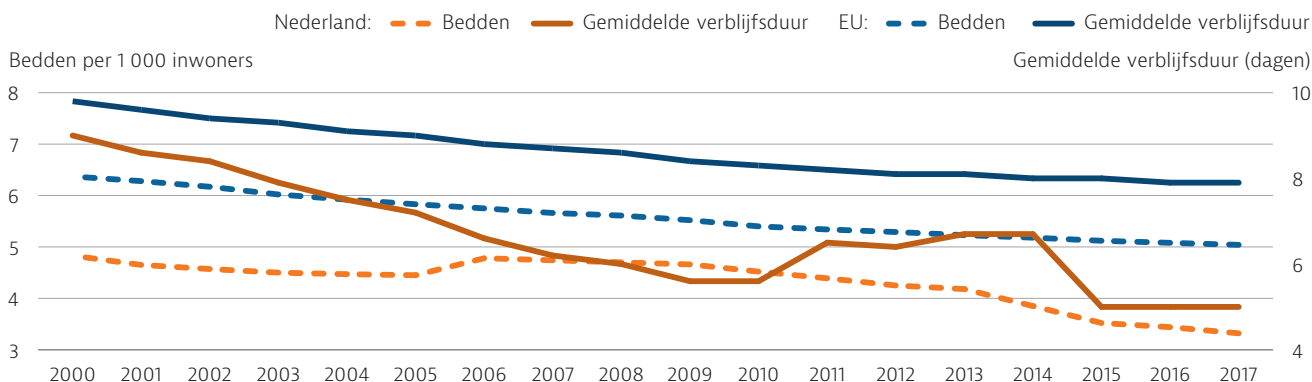
Het totale aantal bedden en ontslagen ligt onder het EU-gemiddelde, net als de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis, wat wijst op een efficiënt stelsel (figuur 21). Voorts heeft Nederland onlangs, net als andere landen zoals Zweden en Noorwegen,

inspanningen geleverd om meer gebruik te maken van voorzieningen voor intermediaire zorg en thuiszorg om dure nieuwe ziekenhuisopnamen en langdurig verblijf tot een minimum te beperken. Bovendien ligt het aantal gevallen van dagchirurgie ver boven het EU-gemiddelde (figuur 22). In 2016 werd 100 % van alle ingrepen bij cataract uitgevoerd als dagchirurgie (tegenover 84 % in de EU) en voor 68 % van de voor tonsillectomieën (tegenover 29 %), terwijl het aantal voor liesbreuken bijna dubbel zo groot was als het EU-gemiddelde. De bedbezettingsgraad die onder het EU-gemiddelde ligt, en de verschillen in de gemiddelde verblijfsduur tussen ziekenhuizen voor dezelfde diagnose doen evenwel vermoeden dat er nog meer ruimte is voor efficiëntiewinst (van de Vijssel, Heijink & Schipper, 2015).

Kader 3. Met een nieuw kwaliteitskader voor langdurige zorg wordt beoogd de verpleeghuiszorg te verbeteren

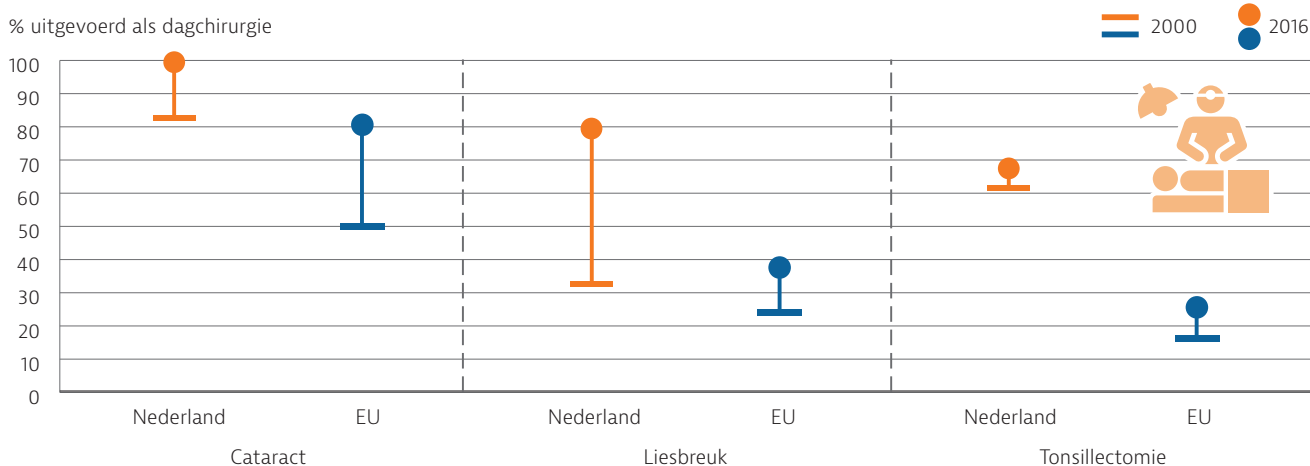
De bezorgdheid over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg is de laatste tijd gegroeid. In 2016 publiceerde de inspectie gezondheidszorg een lijst van 150 verpleeghuizen waar de kwaliteit van de zorg ontoereikend werd geacht. In hetzelfde jaar werd een burgerinitiatief ter bevordering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg goedgekeurd door het parlement, dat er onder meer op wees dat er per acht inwoners ten minste twee zorgverleners moeten zijn. Zorginstituut Nederland (ZIN) werd belast met de ontwikkeling van een kwaliteitskader waarin nieuwe normen met betrekking tot de aandacht voor patiënten, verzorging, toezicht en vaardigheden werden vastgesteld. ZIN is bij wet gemachtigd om vast te stellen wat goede zorgkwaliteit is, en de overheid is verplicht de financiële middelen ter beschikking te stellen om zorg te verlenen op basis van deze normen. Het nieuwe kwaliteitskader heeft aanzienlijke gevolgen voor de nationale begroting voor gezondheidszorg en zal de begroting voor verpleeghuizen verhogen tot 2,1 miljard EUR per jaar.

Figuur 21. Het aantal bedden de gemiddelde verblijfsduur liggen onder de EU-gemiddelden



Bron: Eurostat-databank.

Figuur 22. Het aandeel dagoperaties in Nederland ligt aanzienlijk hoger dan het EU-gemiddelde



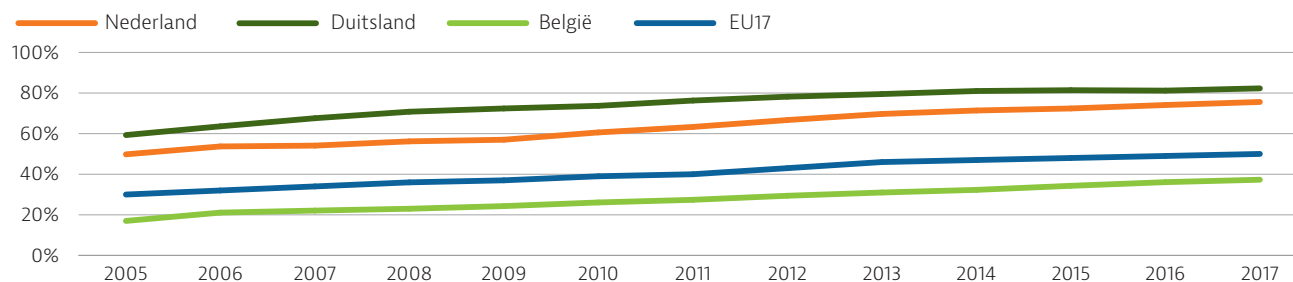
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2018; Eurostat-databank (gegevens voor 2000 en 2016, of de dichtstbijzijnde jaren).

Het geneesmiddelenbeleid heeft geleid tot efficiëntiewinst

Het besluit om geneesmiddelen op te nemen in het basispakket is gebaseerd op door ZIN toegepaste processen voor de evaluatie van gezondheidstechnologie (EGT), terwijl het vroegere geneesmiddelenbeleid (directe prijsstelling en preferentiebeleid) aanzienlijke efficiëntieverbeteringen heeft opgeleverd. Het gebruik van generieke geneesmiddelen neemt toe en is relatief hoog, waarbij het gebruik van generieke substitutie wordt aangemoedigd, tenzij anders is aangegeven door de voorschrijvende arts (figuur 23). Bovendien is Nederland, samen met België, Luxemburg, Oostenrijk en Ierland, aangesloten bij het initiatief BeNeLuxA, dat tot doel heeft de samenwerking op het gebied van het geneesmiddelenbeleid, met inbegrip van EGT, te verbeteren.

Nieuwe geneesmiddelen die in ziekenhuizen worden gebruikt, waren tot voor kort zonder prijsonderhandelingen opgenomen in het basispakket. Sinds 2018 worden deze “in de sluis” geplaatst. Tijdens deze sluisperiode beoordeelt ZIN de geneesmiddelen en doet het een aanbeveling aan de minister, die dan over de prijs kan onderhandelen, voordat er een beslissing wordt genomen over de vraag of het geneesmiddel al dan niet in het basispakket wordt opgenomen. Deze regeling is van toepassing op geneesmiddelen die meer dan 50 000 EUR per behandeling per jaar en in totaal meer dan 10 miljoen EUR per behandeling kosten, of die in totaal meer dan 40 miljoen EUR per jaar kosten, ongeacht de prijs ervan per behandeling.

Figuur 23. het aantal generieke geneesmiddelen ligt boven het EU-gemiddelde en is snel gestegen



Opmerking: de gegevens hebben betrekking op het aandeel generische geneesmiddelen in volume.
Bron: OESO-Gezondheidsstatistieken 2019.

Het bestuur lijkt doeltreffend en wordt ondersteund door verschillende toezicht- en adviesorganen.

Het bestuur van het Nederlandse zorgstelsel is over het algemeen doeltreffend, met verschillende toezicht- en adviesorganen die het ministerie van Volksgezondheid bijstaan bij het toezicht op de al lang bestaande doelstellingen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het ministerie kan optreden, wanneer de doelstellingen van het stelsel niet worden verwezenlijkt, zoals eerder na de hervorming van 2006 (bijvoorbeeld terugvordering van overbetalingen, aanpassing van het systeem van diagnosegroepen [DBC]), de sectorale convenanten en het streven naar de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

Het Nederlandse zorgstelsel heeft verschillende recente hervormingen doorgevoerd, die alle betrokkenen op de proef hebben gesteld. Over het geheel genomen zijn deze complexe hervormingen goed begeleid en hebben zij niet geleid tot langdurige ontwrichting. Veel elementen van de hervorming zijn nog werk in uitvoering (met name de hervorming van de langdurige zorg) of moeten nog worden verfijnd. De tijd zal leren of zij uiteindelijk zullen leiden tot de beoogde verbetering van de kwaliteit, betaalbaarheid en houdbaarheid om aan de toekomstige vraag te voldoen.

De discussie over de passende rol van marktwerking houdt aan

Sinds de hervorming van 2006 stelt de overheid niet meer zelf de volumes en prijzen vast, maar beperkt haar rol zich tot het vaststellen van regels en het houden van toezicht op de goede werking van de markt. De verzekeraars werden geacht op te treden als kwaliteitsgerichte inkopers van zorg en kregen instrumenten om selectief contracten aan te gaan met zorgverleners. Meer dan tien jaar later is aanzienlijke vooruitgang geboekt, maar het merendeel van de ziekenhuiscontracten heeft een looptijd van één jaar en bevat vaak geen afspraken over de kwaliteit van de zorg of patiëntresultaten (deel 5.1). De Nederlandse Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering, heeft kritiek geuit op de huidige inkooppraktijken, met als argument dat zij hebben geleid tot uniformiteit in het aanbod van zorg, lage vertrouwensniveaus bij verzekeraars, hoge administratieve kosten en beperkte innovatie en preventie in de zorg. Verscheidene politieke partijen, waaronder

de regeringspartijen, hebben hun aandacht verlegd van concurrentie in de gezondheidszorg naar betere coördinatie en kwaliteit van de zorg.

Er is ruimte voor verbetering op het gebied van het beheer van e-gezondheid en gegevensbeheer

Nederland loopt achter op het gebied van het beheer van e-gezondheid (eHealth) en van patiëntgegevens, die beide nodig zijn om de integratie te verbeteren en arbeidsbesparende technologieën in te voeren (Thiel et al. 2018). Verschillende initiatieven zijn gericht op de invoering van digitale gezondheidsoplossingen (kader 4), met inbegrip van een recente overeenkomst (2017) tussen zorgverleners, patiënten, verzekeraars en het ministerie van Volksgezondheid, die voorziet in de elektronische uitwisseling van informatie als een hoeksteen van de transformatie van de digitale gezondheidszorg (kader 4), alsmede plannen om de uitwisseling van gegevens verplicht te stellen.

Kader 4. Verschillende initiatieven voor de transformatie van de digitale gezondheidszorg hebben wisselende resultaten opgeleverd

In juli 2014 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport drie doelstellingen voor 2019 vastgesteld: a) het garanderen van directe toegang tot medische gegevens aan 80 % van de chronisch zieken; b) 75 % van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen in staat stellen zelfstandig metingen uit te voeren, in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door een zorgverlener; en c) iedereen die thuis zorg krijgt in staat stellen via videogesprekken met zijn zorgverlener te communiceren. Tot dusver is er sprake van wisselende vorderingen, maar enkele opmerkelijke initiatieven zijn: eHealth4All, een programma voor mensen met een lage gezondheidsgeletterdheid; een programma voor patiënten met diabetes dat tot doel heeft het zelfbeheer te bevorderen; en e-mental Health, dat het gebruik van online consulten, online afspraken en online intakegesprekken voor de geestelijke gezondheidszorg bevordert, en dat momenteel door twee van de drie instellingen voor geestelijke gezondheidszorg wordt gebruikt.

Bron: Nictiz, 2018.

6 Belangrijkste bevindingen

- De levensverwachting in Nederland ligt bijna een jaar hoger dan het EU-gemiddelde. Sinds 2011 stijgt de levensverwachting echter aanmerkelijk langzamer, met name als gevolg van een tragere verbetering van de levensverwachting bij personen ouder dan 85 jaar. De sterftcijfers als gevolg van hartinfarcten en beroerten zijn aanzienlijk gedaald, maar de sterfte als gevolg van longkanker en chronische obstructieve longziekte, gekoppeld aan het hoge tabaksgebruik in eerdere generaties, behoort tot de hoogste in de EU. Risicofactoren, waaronder roken en slechte voeding, vertegenwoordigen een derde van alle sterfgevallen.
- Lage sterftcijfers ten gevolge van vermijdbare en behandelbare oorzaken zijn een aanwijzing dat het Nederlandse zorgstelsel doeltreffende volksgezondheid en gezondheidszorg biedt. De sterfte als gevolg van long-, darm- en borstkanker is echter hoog, de vaccinatiegraad daalt, het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen voor astma en chronische obstructieve longziekte stijgt langzaam en de sociale ongelijkheid blijft bestaan. Verschillende beleidsmaatregelen op het gebied van de volksgezondheid in het kader van het Nationale Programma Preventie en screeningsprogramma's zijn gericht op het aanpakken van deze kwesties, maar voor resultaten is tijd nodig.
- De toegang tot het zorgstelsel is goed, met vrijwel geen verschillen tussen inkomensgroepen in de onvervulde behoeften. Het stelsel beschermt zijn burgers tegen financiële problemen, terwijl de eigen bijdrage laag is. In de afgelopen jaren zijn de personeelstekorten en de wachttijden echter toegenomen, wat een bedreiging kan vormen voor de toegankelijkheid. De regering heeft gereageerd met een actieprogramma voor de beroepsbevolking, met als doel het opleiden en behouden van meer gezondheidswerkers.
- De invoering van dure technologieën, de vergrijzing en de overeenkomstige stijging van chronische aandoeningen zullen de begrotingen voor gezondheidszorg onder druk zetten en de toekomstige houdbaarheid in de weg staan. Dit zal ook van invloed zijn op de langdurige zorg, die nu al de grootste van de EU is. Met de hervorming van 2015 is getracht om dit probleem aan te pakken door meer verantwoordelijkheid bij de burgers neer te leggen; het nieuwe kwaliteitskader voor langdurige zorg zal de begroting echter extra onder druk zetten.
- Verkeerde stimulansen voor de langdurige zorg zouden negatieve gevolgen kunnen hebben voor de efficiëntie van het systeem. De nieuwe regelingen voor patiënten die langdurige zorg nodig hebben, kunnen de coördinatie van de zorg in de weg staan, indien inkopers van langdurige zorg (regionale zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars) hun aankoopbeleid niet op elkaar afstemmen, maar de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg op elkaar afschuiven. Bovendien kan een gebrek aan coördinatie tussen deze regelingen voor kwetsbare groepen zoals ouderen negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. Het toezicht op en de betere afstemming van de impliciete stimulansen van het systeem zouden ervoor zorgen dat de toegang en de kwaliteit niet in het gedrang komen.
- Op het gebied van gegevensbeheer valt veel winst te behalen. Tot dusver is er geen gestandaardiseerd elektronisch patiëntendossier geweest en is er nog ruimte om de e-gezondheidsoplossingen uit te breiden. De regering heeft dit erkend en heeft de laatste jaren een actievere rol gespeeld. Een brede sectorale overeenkomst heeft onder meer de uitwisseling van gegevens en e-gezondheid op de agenda gezet en de vooruitgang zal nauwlettend in de gaten moeten worden gehouden.
- De regering beschouwt concurrentie en actieve zorginkoop door verzekeraars als de belangrijkste instrumenten om de zorg doelmatiger te maken. Hoewel de verzekeraars over prijs en volume onderhandelen, wordt er nog weinig over kwaliteit en resultaten onderhandeld. Niettemin zijn er enkele veelbelovende initiatieven waarbij de voorkeur wordt gegeven aan langetermijncontracten die gericht zijn op innovatie, passende zorg en het voorkomen van verspilling. De opschaling van dergelijke initiatieven zou ertoe kunnen bijdragen dat het systeem niet langer is gericht op volumes en prijzen, maar op kwaliteit en waarde.

Belangrijkste bronnen

Kroneman M et al. (2016), The Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 18(2): 1–239.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Referenties

Alders P, Schut FT (2019), The 2015 long-term care reform in the Netherlands: getting the financial incentives right? *Health Policy*, 123(3): 312–16.

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of the Netherlands*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10172-2019-INIT/en/pdf>

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016–2070)*. Institutional Paper 079, May 2018. Brussels.

National Institute for Public Health and the Environment (2019), Population screening for colorectal cancer is successful, <https://www.rivm.nl/nieuws/bevolkingsonderzoek-darmkanker-succesvol>

NZA (2018), Health Insurance Monitor, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_254666_22/1/

Nictiz (2018), *Consciously choose eHealth. Summary eHealth Monitor 2017*, https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/03/3_Nictiz_-Samenvatting_Eng.pdf

Thiel R, Deimel L, Schmidtman D, Piesche K, Hüsing T, Rennoch J, Stroetmann V, Stroetmann K (2018), *#SmartHealthSystems. International comparison of digital*

strategies, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Studie_EN.pdf

UWV (2019), *Fact Sheet, numbers and trends*, <https://www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/arbeidsmarktinformatie/factsheet-zorg-2019.aspx>

van de Berg D, Jettinghoff K (2018), *Werkgevers enquête 2018* AZW.

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

Volksgezondheidszorg (2019), Public health and health care information, www.volksgezondheidszorg.info

Landenafkortingen

België	BE	Finland	FI	Italië	IT	Nederland	NL	Slovenië	SI
Bulgarije	BG	Frankrijk	FR	Kroatië	HR	Noorwegen	NO	Slowakije	SK
Cyprus	CY	Griekenland	EL	Letland	LV	Oostenrijk	AT	Spanje	ES
Denemarken	DK	Hongarije	HU	Litouwen	LT	Polen	PL	Tsjechië	CZ
Duitsland	DE	Ierland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Verenigd Koninkrijk	UK
Estland	EE	IJsland	IS	Malta	MT	Roemenië	RO	Zweden	SE

State of Health in the EU

Landenprofiel gezondheid 2019

De landenprofielen zijn een belangrijke stap voor kennisbemiddeling in de *State of Health in the EU* cyclus van de Europese Commissie, die tot stand is gekomen met financiële ondersteuning van de Europese Unie. De profielen zijn het resultaat van een samenwerking tussen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie.

De beknopte beleidsgerelateerde profielen zijn gebaseerd op een transparante en consistente methode waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens worden gebruikt, die op flexibele wijze aan de context van elke EU-/EER-lidstaat is aangepast. Zij dienen als middel om van elkaar te leren en vrijwillig informatie uit te wisselen ten gunste van beleidsmakers en belangengroepen.

In elk landenprofiel wordt een korte samenvatting gegeven van:

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

De Commissie licht de belangrijkste bevindingen van deze profielen toe in een begeleidend verslag.

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

Gelieve deze publicatie te citeren als: OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Nederland: Landenprofiel gezondheid 2019, Gezondheidstoestand in de EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264551749 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)