



rivm

Westert GP, Berg MJ van den, Koolman X, Verkleij H (redactie)

Zorgbalans 2008

de prestaties van de Nederlandse
gezondheidszorg

ZORGBALANS 2008

DE PRESTATIES VAN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

Redactie: G.P. Westert, M.J. van den Berg, X. Koolman, H. Verkleij



Sector Volksgezondheid en Zorg

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
telefoon: (030) 274 91 11
www.rivm.nl/gezondheidszorgbalans

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

Auteursrecht voorbehouden
© 2008 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: 260602003
ISBN: 978 90 313 5291 3

Voorwoord

Voor u ligt de tweede Zorgbalans. Dit rapport geeft in het kort de prestaties weer van de Nederlandse gezondheidszorg. Het is bedoeld als monitor. De cijfers en feiten bieden een dwarsdoorsnede van de prestaties uit 2006 en 2007, de eerste jaren waarin het nieuwe zorgstelsel van kracht is. Het rapport bevat aldus een eerste systematische rapportage over kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg in Nederland na de stelselwijziging van 1 januari 2006.

Het RIVM heeft in opdracht van het ministerie van VWS de Zorgbalans opgesteld op basis van een raamwerk van prestatie-indicatoren dat samen met onderzoekers van de OECD, enkele Nederlandse universiteiten en kennisinstituten is ontwikkeld. Hierdoor is de tweede Zorgbalans inhoudelijk steviger geworden. De staatssecretaris en ik vinden het van groot belang dat we in Nederland over goede informatie kunnen beschikken die de prestaties van de zorgaanbieders in beeld brengen. Dat bevordert de transparantie van de zorg. Organisaties in de zorg werken er hard aan om het inzicht in de prestaties van zorgaanbieders en het oordeel van cliënten daarover te vergroten. We verwachten dan ook dat de Zorgbalans de komende jaren nog completer en beter wordt.

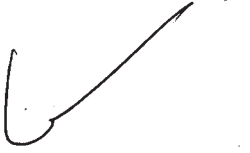
Centraal in deze tweede Zorgbalans staat voor mij de vraag hoe we het in Nederland ten opzichte van het buitenland doen en of er met het nieuwe zorgstelsel sprake is van een gunstige ontwikkeling. Hoewel het nog erg vroeg is om nu al echte conclusies te trekken, ben ik over de eerste signalen niet ontevreden. Nederland doet het onverminderd goed. We hebben een toegankelijk zorgsysteem en de zorg is grotendeels goed bereikbaar. De kwaliteit van de zorg is gemiddeld genomen iets vooruitgegaan. De kosten zijn weliswaar gestegen, maar in lijn met de ons omringende landen. De gemiddelde Nederlander vertrouwt erop dat hij in goede handen is in de Nederlandse zorg. Ook zijn vertrouwen in de betaalbaarheid van de benodigde zorg is groot. Maar het rapport laat ook de nodige ruimte zien voor verbetering. Er zijn landen met lagere zorguitgaven die zich met ons land kunnen meten wat betreft bijvoorbeeld de gezondheidsuitkomsten en de veiligheid van zorg. Ook zijn er landen met gelijke zorguitgaven die beter dan wij presteren. Opmerkelijk is dat we in Nederland veel initiatieven en projecten hebben om zorgprocessen te vernieuwen, maar dat we de uitkomsten daarvan vaak nog maar gebrekkig evalueren. Hierdoor weten we nog weinig over hun verdere verspreiding in het land.

De komende jaren zullen vooral de verdere voortgang van de hervormingen van het zorgstelsel, de langdurige zorg, de coördinatie tussen zorgverleners en de veiligheid in de zorgverlening onze aandacht vragen; daarbij speelt de krappe arbeidsmarkt een niet te onderschatten rol. De Zorgbalans biedt op al deze terreinen een schat aan gegevens en inzichten.

Met het beeld dat de Zorgbalans geeft over de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg in ons land beschikken we over een goed empirisch fundament waarop het

ministerie van VWS de prioriteiten voor de komende jaren kan stellen. De Zorgbalans biedt een goede basis voor de beleidsagenda gericht op een goede en solidaire gezondheidszorg in een gezond Nederland, waar de staatssecretaris en ik aan werken.

Ab Klink,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a diagonal stroke and a small horizontal dash.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

VOORWOORD 5

ZORGBALANS 2008 OP HOOFDLIJNEN 9

1 ACHTERGROND EN AANPAK 19

2 HOE IS DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG? 25

- 2.1 Wat verstaan we onder kwaliteit van gezondheidszorg? 25
- 2.2 Hoe effectief is preventie? 28
- 2.3 Hoe effectief is de curatieve zorg? 36
- 2.4 Hoe effectief is de langdurige zorg? 48
- 2.5 Hoe effectief zijn de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg? 60
- 2.6 Hoe staat het met de patiëntveiligheid? 66
- 2.7 Hoe innovatief is de gezondheidszorg? 77

3 HOE TOEGANKELIJK IS DE GEZONDHEIDSZORG? 89

- 3.1 Wat verstaan we onder toegankelijkheid van zorg? 89
- 3.2 Hoe is de financiële toegankelijkheid van zorg? 90
- 3.3 Hoe is de geografische toegankelijkheid van zorg? 96
- 3.4 Hoe tijdig is de acute zorg? 103
- 3.5 Hoe lang wordt er gewacht op reguliere zorg? 107
- 3.6 Is de zorg voor iedereen goed toegankelijk en naar behoefte? 115
- 3.7 Is er voldoende personeel? 121
- 3.8 Hoe staat het met de keuzevrijheid? 130

4 HOEVEEL KOST DE GEZONDHEIDSZORG? 137

- 4.1 Wanneer is de zorg betaalbaar? 137
- 4.2 Hoe ontwikkelen de zorguitgaven zich? 139
- 4.3 Hoe is de financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars? 146
- 4.4 Hoe is het gesteld met de arbeidsproductiviteit in de zorg? 152

5 VERBINDENDE THEMA'S 157

- 5.1 Inleiding 157
- 5.2 Het oordeel van burgers en zorggebruikers over de gezondheidszorg 158
- 5.3 De doelmatigheid van de gezondheidszorg 174
- 5.4 Marktwerking en de effecten van de stelselwijziging 187

6 OP WEG NAAR DE ZORGBALANS 2010 205

- 6.1 Inleiding 205
- 6.2 Ambities, verbeteringen en beperkingen 205
- 6.3 De bruikbaarheid van de Zorgbalans 210
- 6.4 Hoe gaat de zorgbalans verder? 211

REFERENTIES 213

BIJLAGEN 227

ZORGBALANS 2008 OP HOOFDLIJNEN

Met behulp van ruim honderd indicatoren beschrijft de Zorgbalans de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2006 (en deels 2007). De Zorgbalans schetst een breed beeld van de toegankelijkheid, het kostenniveau en de kwaliteit van de Nederlandse zorg. Waar mogelijk wordt dat gedaan met behulp van tijdreeksen en internationale vergelijkingen. In deze tweede Zorgbalans besteden we speciale aandacht aan drie thema's: de doelmatigheid van de zorg, het oordeel van de burgers over de zorg en de effecten van de ingezette stelselwijziging. De eerste Zorgbalans verscheen in 2006 en beschreef de situatie in 2004 (Westert en Verkleij, 2006).

Hoe doet de Nederlandse gezondheidszorg het internationaal en hoe zijn de ontwikkelingen in de tijd?

Toegankelijk, kostenstijging gemiddeld, kwaliteit kan beter

Nederland heeft een toegankelijk zorgsysteem. De zorguitgaven stegen sinds 2004 jaarlijks met 5%. Dit groeitempo is vergelijkbaar met de ons omringende landen. De kwaliteit van zorg is hoog op veel onderdelen, maar internationaal excelleert Nederland niet. De burgers en de zorggebruikers zijn positief over de geboden zorg, maar er zijn verschillen tussen de onderdelen. Een punt van zorg is de beschikbaarheid van verplegend en verzorgend personeel. De coördinatie en afstemming in de zorg en de patiëntveiligheid scoren relatief laag. De doelmatigheid van de zorg in Nederland is niet optimaal. Kwaliteit is (nog) geen sturende factor in de zorgmarkt.

Toegankelijk voor allen?

Nederland heeft vergeleken met andere landen een toegankelijk zorgsysteem en de belangrijkste zorginstellingen zijn goed bereikbaar. Het vertrouwen in de betaalbaarheid van benodigde zorg is hoog en weinig mensen zien vanwege kosten af van een bezoek aan een arts.

Het Nederlandse zorgsysteem verplicht alle Nederlanders zich te verzekeren tegen ziektekosten. Het basispakket gezondheidszorg is hierdoor voor iedereen toegankelijk. De eigen bijdragen in de zorgkosten liggen in Nederland met 8% onder het OECD-gemiddelde van 20%. Het percentage mensen dat in 2007 zegt wel eens te hebben afgezien van het bezoek aan een arts vanwege de kosten is laag in Nederland (1%) en het Verenigd Koninkrijk (2%). In Duitsland (12%) en de Verenigde Staten (25%) ligt dit percentage veel hoger (Schoen et al, 2007). Over het geheel genomen is de meeste zorg goed bereikbaar in Nederland. Het percentage mensen dat binnen twintig minuten een ziekenhuis kan bereiken, ligt in Nederland met 70% ver boven het Europees gemiddelde van 50%. Op onderdelen is wel extra aandacht gewenst. Zo blijkt de wachttijd voor een transplantatie nog steeds lang te zijn en ligt het aantal donoren onder het streefgetal. Het inzicht in werkelijke wachttijden in de zorg is beperkt, omdat goede gegevens hierover ontbreken.

Het zorggebruik, ofwel de *gerealiseerde* toegankelijkheid, verschilt slechts in geringe mate naar opleiding en etniciteit, als rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheid. Lager opgeleiden bezoeken wel minder vaak de tandarts. Gelijke toegang is niet per definitie ook gelijke kwaliteit. Uit deze Zorgbalans blijkt echter dat de ziekenhuissterfte binnen 30 dagen na een hartinfarct niet verschilt tussen allochtone en autochtone Nederlanders. Dit is een gunstige uitkomst.

Voldoende personeel?

Het aantal vacatures per 1000 banen in de gezondheidszorg is tussen 2004 en 2006 met 42% toegenomen. Een kwart daarvan is moeilijk vervulbaar; in 2004 was dat nog 14%.

In 2007 vond 56% van de verpleegkundigen en verzorgenden dat er voldoende personeel is om de veiligheid te waarborgen (in verpleeghuizen 38%), in 2004 was dat nog 70%. Als deze ongunstige trend van oplopende personeelstekorten zich doorzet, kan dit leiden tot ernstige toegankelijkheids- en veiligheidsproblemen in de nabije toekomst. De oorzaken van deze verandering in het oordeel zijn in dit rapport niet verkend.

Zorgen om de uitgaven?

De zorguitgaven stijgen sinds 2004 jaarlijks met zo'n 5%. Dat groeitempo is vergelijkbaar met onze buurlanden. Nederland heeft een bovengemiddeld zorguitgavenniveau binnen de EU-15.

De zorguitgaven per werkende Nederlander bevinden zich sinds 1990 constant op een bovengemiddeld niveau in de EU-15. De zorguitgaven uitgedrukt in het percentage van het bruto binnenlands product bedragen in 2006 9,4%. In Nederland ligt dit percentage lager dan in België, Frankrijk en Duitsland, waar dit respectievelijk 9,8%, 10,8% en 10,3% bedraagt, maar hoger dan in Denemarken (8,7%) en het Verenigd Koninkrijk (8,9%).

Kwaliteit: gemiddeld of excellent?

Wat betreft kwaliteit van de gezondheidszorg excelleert de Nederlandse gezondheidszorg niet ten opzichte van andere welvarende landen. Op veel onderdelen blijkt dat de zorg adequaat is en dat de kwaliteit is toegenomen, maar het totaalbeeld is internationaal gemiddeld.

In de Eurozone staat Nederland in de top-5 van de meest welvarende landen (Eurostat, 2008). Begrijpelijk is dat de verwachtingen met betrekking tot de kwaliteit van de gezondheidszorg hoog zijn. Het ligt dan ook voor de hand ons te spiegelen aan de OECD top. Als we voor deze spiegel gaan staan ontstaat het volgende beeld met betrekking tot de effectiviteit van preventie, curatieve en langdurige zorg, veiligheid, continuïteit van zorg en de innovatiegraad:

- Preventie

Deelname aan vaccinatie- en screeningprogramma's is uitstekend; gezondheidsbevordering in de reguliere zorg is nog weinig ontwikkeld.

Wat betreft de preventie doet Nederland het op het gebied van screening en vaccinatie uitstekend. Het deelnamepercentage aan bijvoorbeeld borst- en baarmoederhalskankerscreening ligt hoog, respectievelijk 82% en 66%. De vaccinatiegraad (RVP) ligt boven de 95%. Het percentage kinderen dat in de eerste vier levensjaren het consultatiebureau (JGZ) bezoekt, is zeer hoog.

Wat betreft het bevorderen van een gezonde leefstijl zijn de resultaten niet zo gunstig. Artsen geven maar mondjesmaat gerichte leefstijladviezen aan patiënten. Bijvoorbeeld Canada, de Verenigde Staten en Australië scoren hier beduidend hoger. Het aantal scholen in het voortgezet onderwijs dat een actief en breed gezondheidsbeleid voert is laag.

- Curatieve zorg

Op veel onderdelen is de zorg adequaat en verbeterd; de Scandinavische landen scoren echter steevast beter.

Vanuit de eerste lijn wordt slechts een klein percentage van de patiënten door huisartsen verwezen naar de tweede lijn. Sinds 2001 is dit percentage licht gestegen, maar de Nederlandse huisarts verwijst nog steeds spaarzaam. Nederlandse huisartsen schrijven in ongeveer tweederde van de gevallen medicijnen voor volgens de eigen richtlijnen. Dit percentage is stabiel sinds 2003. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen de huisartspraktijken.

Kijken we vanuit het internationale perspectief naar de curatieve tweedelijnszorg dan neemt Nederland een gemiddelde positie in (OECD, 2007a). Vooral de Scandinavische landen (Noorwegen, Zweden, Finland en IJsland) presteren op de ziekenhuissterfte binnen 30 dagen na opname (acuut hartinfarct, hersenbloeding en herseninfarct) beter dan Nederland. Eenzelfde beeld wordt gevonden voor de vijfjaarsoverleving bij borst-, baarmoeder- en darmkanker. Wat betreft de zuigelingensterfte zit Nederland boven het OECD-gemiddelde. Zweden, Luxemburg en Finland hebben de laagste zuigelingensterfte binnen de OECD.

Op onderdelen gaat het in Nederland bovengemiddeld goed. In Nederland wordt 80% van de patiënten met een heupfractuur binnen 48 uur geopereerd. Dat is ruim boven het OECD-gemiddelde. Noorwegen en Zweden zitten overigens zelfs boven de 90%. Volwassen Nederlanders met een ernstige angst-, stemming- of verslavingstoornis ontvangen in 50% van de gevallen zorg, daarvan ontvangen twee van de drie personen een adequate vorm van zorg. Nederland en Duitsland scoren op het laatste punt beter dan Frankrijk, Spanje en België.

- Langdurige zorgen?

Er is een aantal positieve ontwikkelingen in het brede en diverse veld van de langdurige zorg, op andere punten uiten cliënten en personeel (soms ernstige) zorgen.

Sinds 2003 neemt decubitus in de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg af. In de verpleeghuizen was het percentage in 2003 10,3% en in 2006 6,9%. Ook het percentage ondervoede patiënten nam af. Het aantal plaatsen in kleinschalige woon-

vormen verdubbelde ruim tussen 2005 en 2007. Cliënten gaven in 2006 een gemiddeld rapportcijfer van 7,8 aan verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg, verpleeghuizen kregen gemiddeld een 7,4. Vergeleken met andere onderdelen van de zorg is vooral het cijfer voor verpleeghuizen aan de lage kant. De aspecten informatievoorziening en inspraak scoren laag, respectievelijk een vijf en een zes. De beschikbaarheid van voldoende personeel is het belangrijkste verbeterpunt. Minder dan vier op de tien cliënten in verzorgings- en verpleeghuizen geven aan dat een medewerker wel eens “zomaar een praatje maakt”. Dat percentage is bijzonder laag en de verschillen tussen instellingen zijn groot. Ook het personeel in verzorgings- en verpleeghuizen oordeelt matig over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg en signaleert een lichte verslechtering ten opzicht van 2003.

- Veiligheid voldoende?

Op het punt van de veiligheid van de zorg doet Nederland het internationaal gezien goed, de onbedoelde schade blijkt desondanks aanzienlijk. Ongeveer vijf procent van de zorggebruikers zegt er mee te maken te hebben. Vermijdbare zorgproblemen zoals ondervoeding en vallen in zorginstellingen namen af maar komen nog zeer frequent voor.

Naar een recente schatting liep 5,7% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten onbedoelde schade op, waarvan 40% vermijdbaar werd geacht. Internationaal gezien, doet Nederland het op dit punt overigens niet slecht. Uit een recente meting onder Nederlanders over veiligheid in de curatieve zorg gaf 5% van de respondenten aan dat zij het afgelopen jaar betrokken waren bij een medische fout en 6% dat zij een verkeerd medicijn of dosering hebben gekregen. Nederland scoort hier beter dan bijvoorbeeld Australië en de Verenigde Staten, maar absoluut gezien zijn ook in Nederland deze uitkomsten ongewenst hoog. Het ministerie van VWS wil tussen 2008 en 2011 de vermijdbare schade in ziekenhuizen met 50% reduceren. De gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen (HSMR) daalde gestaag in de periode 1998-2005, maar de sterftetekans in het ziekenhuis met de hoogste sterfte was in 2005 nog steeds 45% hoger dan gemiddeld. In de langdurige zorg is de prevalentie van ondervoeding gedaald, maar nog steeds hoog (25%); het aantal valincidenten (9%) in de langdurige zorg is onverminderd hoog.

- Coördinatie en afstemming tussen zorgschakels: ketenkwaliteit ondermaats

De coördinatie van zorg blijft achter. Gebrekkige afstemming tussen zorgverleners leidt potentieel tot ineffectieve en onveilige zorg.

Voor een goede coördinatie van zorg is een *medical home* belangrijk. Voor Nederlanders is dat de huisartspraktijk, waarbij 99% van de Nederlanders is ingeschreven. Uit de studie van het Commonwealth Fund (CMWF) (Schoen et al, 2007) blijkt inderdaad dat nagenoeg alle Nederlanders een vast adres hebben voor medische zorg: de huisarts. In de andere landen ligt dat percentage beduidend lager. Volgens 93% van de Nederlandse respondenten kent de huisarts de medische achtergrond van de patiënt, wat een goede basis is voor een coördinerende rol. Uit het CMWF onderzoek blijkt echter dat de huisarts in Nederland minder actief is bij de coördinatie van zorg die door andere artsen en hulpverleners wordt gegeven. Ook voorziet de Nederlandse huisarts de specialist minder van relevante medische informatie dan in andere landen.

De Nederlandse huisarts is wel beter op de hoogte van de geplande nazorg na een ziekenhuisontslag dan in de zes andere landen. Verder gaven de respondenten aan dat in Nederland bij slechts 44% van de Nederlanders de medicijnen die worden gebruikt, periodiek worden doorgenomen met een zorgverlener (huisarts, verpleegkundige of apotheker). In 2006 was slechts in 44% van de ziekenhuisapotheken informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie toegankelijk.

Uit ander recent Nederlands onderzoek blijkt dat ongeveer één op de vijf patiënten met een specifieke aandoening (borstkanker, reuma, staar) onvoldoende of geen afstemming of samenwerking tussen de betrokken zorgverleners ervaart. In het geval van diabetes ervaart ruim 25% van de patiënten onvoldoende afstemming door de huisarts. Op de vraag of Nederlanders vertrouwen hebben in de samenwerking tussen zorgverleners antwoordde in 2006 44% bevestigend.

- Innovatief en effectief?

Wat betreft investeringen en implementatie van innovaties doet Nederland het internationaal gezien goed. Ook is er in Nederland erg veel activiteit op het punt van organisatorische vernieuwingen, maar over de effectiviteit is onvoldoende bekend.

Op het punt van innovaties in de zorg en *best practices* valt op dat Nederland vaker dan andere Europese landen chirurgische ingrepen in dagbehandeling uitvoert. In Nederland (98%) wordt intensiever door huisartsen met het elektronisch medisch dossier gewerkt dan in Duitsland (42%) en het Verenigd Koninkrijk (89%), in de Verenigde Staten en Canada is dit percentage respectievelijk 28% en 23%. De beschikbaarheid van minimaal invasieve technieken (laparoscopie, MRI) schommelt de laatste 10 jaar rond het EU-15 gemiddelde.

Op het gebied van de organisatorische vernieuwingen (procesinnovaties) zijn de laatste jaren veel initiatieven gestart. In 2007 loopt een groot aantal doorbraakprojecten in bijna alle onderdelen van de zorg. Onvoldoende bekend is echter wat de effectiviteit van deze projecten is. Systematische evaluatie van dit type projecten is onontbeerlijk.

Het oordeel van de burger

De Nederlander oordeelt positief over de gezondheidszorg. Het percentage dat vindt dat het zorgsysteem goed functioneert, verschilt nauwelijks vóór en na de stelselwijziging (45% en 42%).

Het gros van de Nederlanders heeft het gevoel in goede handen te zijn in de Nederlandse zorg. Negen van de tien mensen oordelen zeer positief over artsen en over de zorg in het algemeen. Bijna 30% geeft zelfs een rapportcijfer 9 of 10. Zes van de tien mensen hebben er alle vertrouwen in dat als ze ernstig ziek worden, er uitstekende en veilige zorg wordt verleend. Vijf procent zegt hier weinig of geen vertrouwen in te hebben.

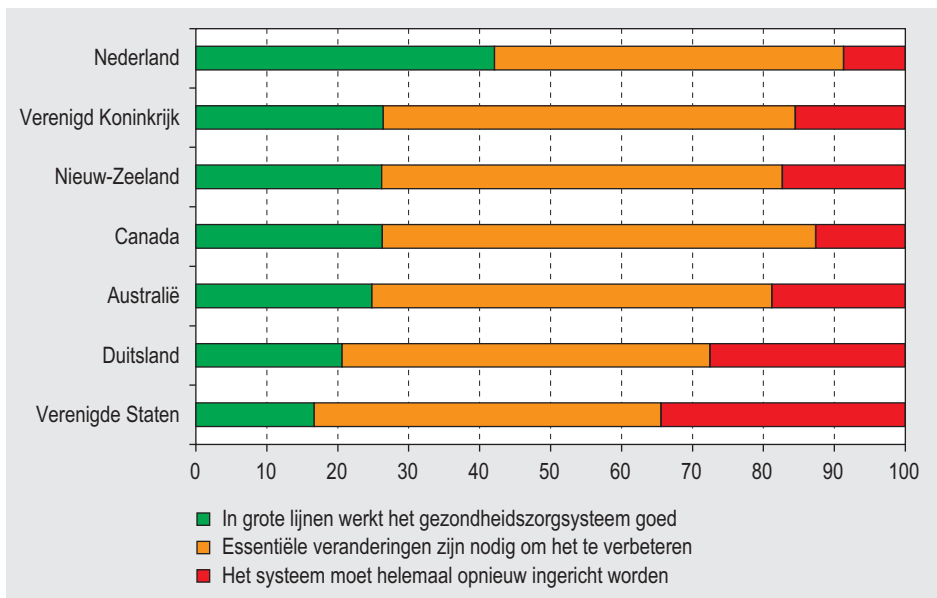
Het vertrouwen van consumenten verschilt sterk tussen de verschillende zorgonderdelen. Het laagst blijkt het vertrouwen in de geestelijke gezondheidszorg, de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen. Tussen 2004 en 2006 is het vertrouwen in alle onderdelen van de zorg licht gedaald.

Nederlanders vinden dat huisartsen hun patiënten open en patiëntgericht bejegenen (90%). Nederland scoort hier hoger dan andere landen (Verenigd Koninkrijk: 82%). Ook de CQ-index voor de huisartsenzorg laat zien dat Nederlandse huisartsen op alle aspecten van bejegening goed scoren. Over de aandacht en deskundigheid van artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen zijn gebruikers tevreden (Prismant, 2007).

Dit positieve beeld wordt bevestigd in internationaal onderzoek. Eind vorig jaar presenteerde het *Commonwealth Fund* de resultaten van een internationaal vergelijkende studie onder de titel *“Toward higher-performance health systems”* (Schoen et al., 2007). In dit rapport worden de ervaringen van volwassen inwoners met de gezondheidszorg uit zeven landen vergeleken: Australië, Canada, Duitsland, Nieuw-Zeeland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Nederland. Nederland scoort uitstekend in deze studie: *“... the Dutch public stands out for its positive views, including high levels of confidence in the quality and accessibility of care and low levels of cost related concerns”*.

Het vertrouwen in het zorgsysteem is lager dan het vertrouwen in de zorg zelf.

In de CMWF studie is onder andere gevraagd hoe men vindt dat het gezondheidszorgsysteem functioneert. Zoals we in *figuur 1* kunnen zien, vonden in 2007 ruim vier op de tien Nederlanders dat het systeem goed functioneert. Dat lijkt weinig, maar in de andere landen die participeerden in deze enquête komt het aandeel dat positief is over het systeem niet hoger dan 26%. Dezelfde vraag is ook in 2002 gesteld aan inwoners van vijftien EU-landen. De resultaten voor Nederland waren toen vergelijkbaar (45% was positief).



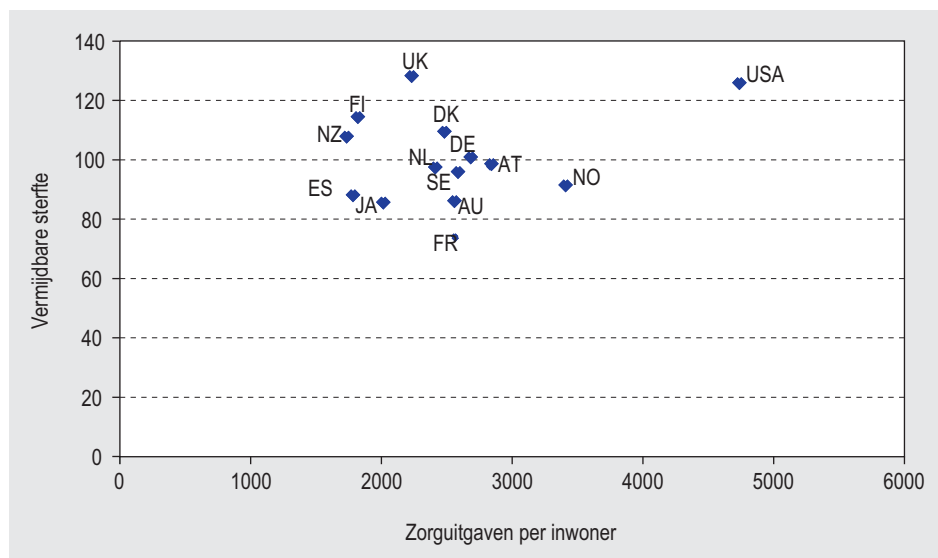
Figuur 1: Oordeel van burgers over het functioneren van het gezondheidszorgsysteem, in 2006 (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al, 2007).

Doelmatig en productief?

Wat betreft doelmatigheid neemt Nederland een middenpositie in; er zijn landen met gelijke zorguitgaven en een lagere vermijdbare sterfte.

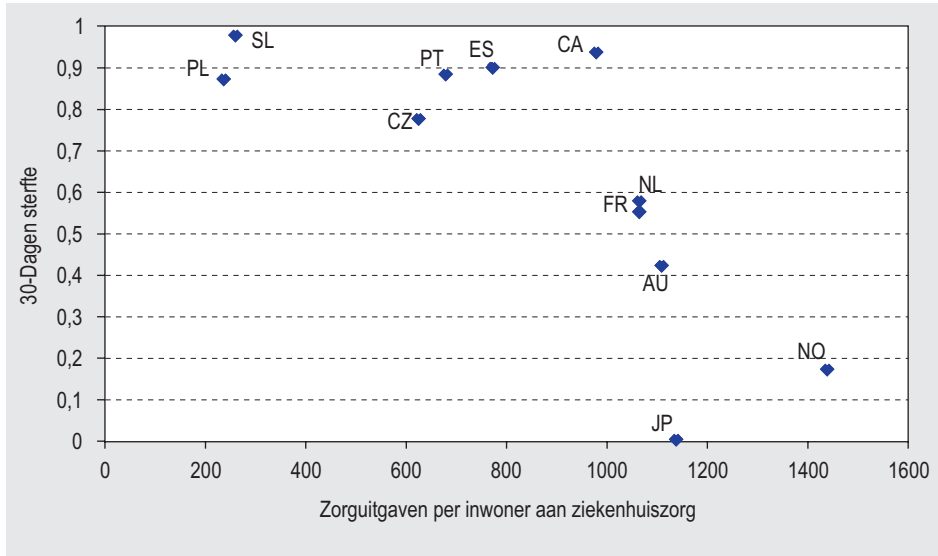
Een groei in de zorguitgaven van 5% per jaar is ook in de komende jaren niet ondenkbaar. De vraag of ons gezondheidszorgsysteem voldoende doelmatig is, is hierdoor urgent. Is het zorgsysteem in staat met de ingezette middelen een optimum aan gezondheidsopbrengsten te realiseren of kunnen we hetzelfde bereiken met minder middelen? In deze Zorgbalans kijken we naar verschillen hierin tussen landen en tussen zorginstellingen.

Vermijdbare sterfte geeft inzicht in de sterfte aan ziektes die bij de huidige stand van zorg en wetenschap effectief behandeld kunnen worden. Binnen de huidige gezondheidszorg zouden aan deze ziektes geen mensen hoeven te overlijden (Nolte en McKee, 2003; Nolte en McKee, 2004). Voor veertien landen zijn de ontwikkelingen in vermijdbare sterfte gemeten in het laatste decennium. De vermijdbare sterfte over de tijd neemt in al deze landen af, ook in Nederland. Wat betreft de omvang van vermijdbare sterfte kent Nederland een gemiddeld niveau. Hoe verhoudt zich dit nu tot de zorguitgaven, als we die als indicatie nemen voor de zorginspanningen? *Figuur 2* toont dat landen met hogere zorguitgaven niet altijd een lagere vermijdbare sterfte bereiken. De opbrengst lijkt voor Nederland nog niet optimaal. Zo realiseert bijvoorbeeld Frankrijk met ongeveer dezelfde zorguitgaven een lagere vermijdbare sterfte. Japan en Spanje realiseren zelfs met minder zorguitgaven een lagere vermijdbare sterfte.



Figuur 2: Zorguitgaven per inwoner (\$, gecorrigeerd voor prijsverschillen tussen landen) en vermijdbare sterfte (per 100.000 inwoners, onder 75 jaar), in 2003 (Bron: WHO, 2007; OECD Health Data 2007, databewerking RIVM).

In *figuur 3* wordt de ziekenhuissterfte binnen 30 dagen afgezet tegen de zorguitgaven in ziekenhuizen. Deze analyse legt een nog directere relatie tussen *input* en *output*, dan in *figuur 2*. De score ligt voor elk land tussen nul (laagst mogelijke sterfte) en één (hoogst mogelijke sterfte), en bevat de sterfte voor een aantal veel voorkomende levensbedreigende aandoeningen (hartinfarct, hersenbloeding en beroerte). In de figuur zijn alleen uitgaven aan ziekenhuiszorg meegenomen. Uit *figuur 3* blijkt dat Australië en Japan betere uitkomsten hebben dan Nederland, terwijl alleen in Noorwegen de uitgaven wezenlijk hoger zijn.



Figuur 3: 30-dagen sterfte en zorguitgaven per inwoner aan ziekenhuiszorg (\$, gecorrigeerd voor prijsverschillen tussen landen), in 2004 (Bron: OECD Health Data 2007, databewerking RIVM).

In Nederland is het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames laag; een aanzienlijk deel van de verpleegdagen in de ziekenhuizen is echter vermijdbaar.

Overbodige ziekenhuisopnames kunnen een indicatie zijn van inefficiënte zorg. Een opname is overbodig als een relatief dure ziekenhuisopname kan worden voorkomen door effectieve of toegankelijke eerstelijnszorg. Voor een aantal ziektes worden opnames in de literatuur gedefinieerd als ‘onnodig’ (Weissman, 1992), bijvoorbeeld een opname vanwege astma en longontsteking. Tussen 1995 en 2005 daalde het aandeel vermijdbare opnames van 3% tot 2,5% van het totaal aan ziekenhuisopnames. Vergelijken met de meest recente cijfers in Canada en de Verenigde Staten, respectievelijk 4,7% en 11,5%, is dat percentage laag. Nederland heeft, hieraan gemeten, dus een effectieve en toegankelijke eerstelijnszorg.

In 2000 en in 2006 is de gemiddelde verpleegduur in het ziekenhuis met de langste verpleegduur 2,5 keer langer dan in het ziekenhuis met de kortste verpleegduur. Dit gegeven is gecorrigeerd voor verschillen in samenstelling van de opgenomen patiën-

ten. Landelijk blijkt het aantal verpleegdagen met 15% te kunnen worden gereduceerd. Dit kan worden gerealiseerd als alle ziekenhuizen de verpleegduur van op dit punt goed scorende ziekenhuis (het 15e percentiel ziekenhuis) overnemen, bijvoorbeeld door klinische opnames die potentieel in aanmerking komen voor dagverpleging ook daadwerkelijk in dagopname te behandelen.

De arbeidsproductiviteit vertoont de laatste jaren een stijgende lijn.

Het aantal patiënten of opnames (per eenheid arbeid) in de ziekenhuiszorg vertoont sinds 2001 een stijgende lijn. In de ouderenzorg is de arbeidsproductiviteit, gemeten op basis van dagen en uren zorg, jaarlijks met 1,4% gestegen tussen 2000 en 2005. In beide metingen kon echter geen rekening gehouden worden met eventuele verschillen in kwaliteit van de geleverde zorg.

Sinds de stelselwijziging in 2006

De wijziging van het stelsel – begin 2006 - heeft op onderdelen tot duidelijke effecten geleid, maar (nog) niet aantoonbaar tot veranderingen in de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg op macroniveau. De zorgverzekeraar koopt vooral gezondheidszorg in op prijs en is niet kritischer op kwaliteit dan in 2004. Op dit moment is de kwaliteit van de zorg onvoldoende transparant.

De stelselwijziging heeft in 2006 veel beweging gegeven bij verzekerden. Een op de vijf verzekerden veranderde van verzekeraar en de concurrentie tussen zorgverzekeraars was vanaf de wijziging scherp. Premies zaten onder het kostendekkende niveau en de marges in de premies waren beperkt. Ook in 2007 was dit beeld op de zorgverzekeringsmarkt zichtbaar. In een korte tijd is een concurrerende markt ontstaan om de gunst van de verzekerde.

Bij het inkopen van zorg is in 2006 en 2007 nog nauwelijks gebruik gemaakt van kwaliteitscriteria voor de ziekenhuiszorg. In de zorginkoopmarkt is nog geen concurrentie zichtbaar op de prijs/kwaliteit verhouding. De prijzen in zelfstandige behandelcentra zijn lager, de oorzaken hiervan zijn nog niet volledig duidelijk. In het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg (het B-segment) steeg vooral het volume van de zorg. Door een gebrek aan informatie over kwaliteit van zorg is er (nog) geen uitspraak te doen over de kwaliteitsontwikkeling van de zorg in het B-segment.

Informatie over de kwaliteit van de zorg moet een louter op prijs gedreven marktwerking tegengaan. Zonder kwaliteitsinformatie kunnen scherpe prijzen ten koste gaan van kwaliteit. De zorggebruiker kan deels zelf inzicht krijgen in de kwaliteit van de zorg, maar zal geholpen moeten worden door de zorgverzekeraar die kritisch zorg inkoopt. Op dit moment is de kwaliteit van de zorg nog (te) weinig transparant.

In de Zorgbalans 2010 zal worden geëvalueerd of verbeteringen rond transparantie met betrekking tot de kwaliteit van de zorg, het afbouwen van financiële zekerheden en garanties voor zorgaanbieders en de uitbreiding van onderhandelbare zorg, de marktwerking verder hebben gestimuleerd en wat hiervan de effecten zijn op de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg.

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:

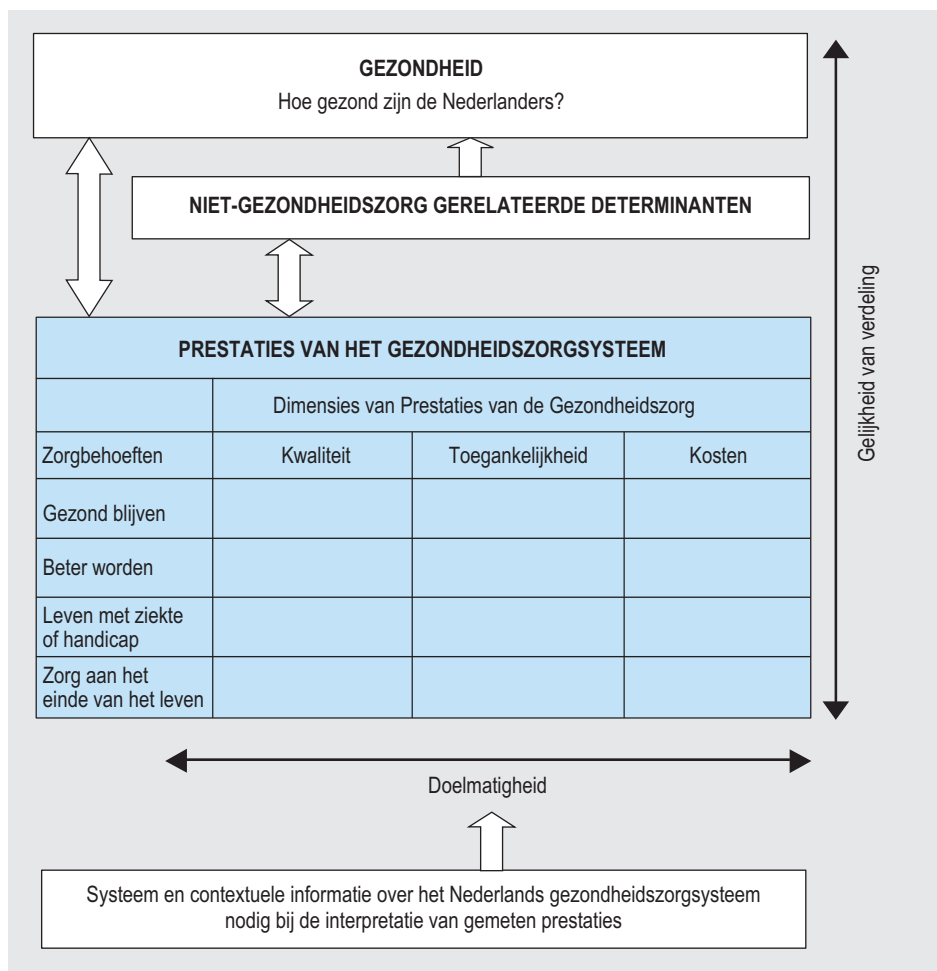
- Het samenvattende rapport 'De Zorgbalans', waarin de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg is beschreven aan de hand van ongeveer 110 indicatoren.
- De website <http://www.gezondheidszorgbalans.nl>, die naast de bevindingen over de prestaties van de Nederlandse zorg per gebruikte indicator ook een wetenschappelijke verantwoording bevat.

De aanpak

Het ministerie van VWS heeft ten behoeve van de Zorgbalans (2006) 26 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 & Schouten, 1997). In dit rapport vatten we onder zorg zowel preventieve, curatieve en verzorgende taken, zowel bij somatische als 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 et al., 2005 en 2006). In dit raamwerk is de gezondheidszorg verdeeld in vier specifieke zorgbehoeften: gezond blijven (preventie), beter worden (*cure*), zelfstandig leven met een handicap, 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. De OECD heeft dit raamwerk overgenomen voor de verdere ontwikkeling van de internationale vergelijking van prestaties van zorgsystemen (OECD, 2005).



Figuur 1.1: Conceptueel raamwerk prestaties gezondheidszorgsteeem in relatie tot de volksgezondheid (Bron: Arah et al., 2006).

De structuur van de Zorgbalans

Zorgbalans -> Systeendoelen (3) -> Indicator domeinen (12) -> Indicatoren (110) -> Kernbevindingen

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

Indicator domeinen

Kwaliteit

- Effectiviteit, Veiligheid, Innovatie

Toegankelijkheid

- Financiële belemmeringen, Geografische belemmeringen, Tijdigheid, Sociale belemmeringen, Zorg- en personeelsaanbod, Keuzevrijheid

Kosten en betaalbaarheid

- Zorguitgaven, Financiële positie zorgaanbieders en zorgverzekeraars, Arbeidsproductiviteit

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 & 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 de tweede Zorgbalans wordt voor het eerste gewerkt met een drietal verbindende thema's: het oordeel van de burger, doelmatigheid en effecten van de stelselwijziging. De thema's verbinden verschillende systeemdoelen en indicator domeinen met elkaar. Het eerste verbindende thema is 'Het oordeel van burgers en zorggebruikers over de gezondheidszorg'. Dit thema wordt in deze Zorgbalans uitgebreider behandeld dan de vorige keer, omdat hierover sinds de vorige Zorgbalans veel nieuw materiaal is verzameld. Binnen dit thema behandelen we indicatoren uit bijna alle domeinen.

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?*

Binnen het derde thema gaan we in op de stelselwijziging. In deze Zorgbalans kunnen we de eerste effecten van de stelselwijziging die per 1 januari 2006 in het zorgverzekeringsstelsel is ingevoerd, worden gemeten. In de eerste Zorgbalans 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. Het zal om verschillende redenen een voorzichtig antwoord zijn. De stelselwijziging is nog pas kort

geleden ingevoerd en maakt onderdeel uit van een al eerder begonnen (en nog niet voltooid) reeks van maatregelen gericht op de introductie van meer marktwerking in het zorgsysteem, en oorzaak-gevolg conclusies zijn ten slotte niet altijd eenduidig te trekken.

De verbindende thema's leiden tot een lichte aanpassing in de opbouw van de Zorgbalans. In de eerste Zorgbalans is een deel van het thema 'het oordeel van de burger' behandeld in de paragraaf 'Hoe ervaren consumenten de gezondheidszorg'. Omdat het oordeel van de burger bij bijna elk aspect van de zorg van belang is, is er voor gekozen deze oude paragraaf (en het indicator domein 'vraaggerichtheid') te vervangen door een verbindend thema. Het thema doelmatigheid werd in de vorige Zorgbalans heel beperkt in de 'Zorgbalans op hoofdlijnen' aangestipt, en krijgt nu dus een eigen paragraaf. Ten slotte is de 'oude' paragraaf over het functioneren van de zorgmarkt in de paragraaf over de stelselwijziging geïntegreerd, omdat deze twee thema's sterk met elkaar verband houden.

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 zelf 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. De Zorgbalans presenteert uiteindelijk gegevens over circa 110 indicatoren die in maat en getal zoveel mogelijk van de gezondheidszorg belichten. Het doel van de presentatie van al deze metingen 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 betaalbaarheid. Ieder van de drie hoofdstukken start met een 'wat is' paragraaf (2.1; 3.1; 4.1), waarin we kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg definiëren en de indicator domeinen toelichten. De vaste indeling van de paragrafen over de indicator domeinen in deze drie hoofdstukken is:

- De titel van de paragraaf bestaat uit een onderzoeksvraag
- Kernbevindingen

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

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

Hoofdstuk 5 bevat de drie verbindende thema's. In het afsluitende *hoofdstuk 6* beoordelen we het groeitraject van de Zorgbalans tot nu toe, beschrijven we belangrijke lacunes in de informatievoorziening en blikken we vooruit naar de volgende Zorgbalans in 2010.

2 HOE IS DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG?

2.1 Wat verstaan we onder kwaliteit van gezondheidszorg?

Pogingen om kwaliteit van zorg te definiëren, leiden onvermijdelijk tot tautologische redeneringen waarbij het begrip 'kwaliteit' wordt vervangen door termen als 'goed', 'verantwoord' of 'best mogelijk' (Van Tongeren en Bal, 1998). De vraag is dan ook niet zo zeer wát kwaliteit van zorg is. We kunnen alleen zeggen wat wij er onder *verstaan* of hoe we het operationaliseren.

Zoals in de vorige Zorgbalans al is toegelicht, sluiten we bij de invulling van het begrip kwaliteit van zorg aan bij de omschrijving van het Institute of Medicine (IOM, 2001), waarbij vier kernaspecten worden onderscheiden: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid. Tijdigheid komt aan bod in hoofdstuk 3 over toegankelijkheid.

Deels komen de aspecten uit de IOM-omschrijving ook terug in de Kwaliteitswet zorginstellingen: *De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (Artikel 2, Kwaliteitswet zorginstellingen).*

Deze omschrijving geeft de drie perspectieven weer waar vanuit naar kwaliteit van zorg kan worden gekeken: het professionele (doeltreffend), het economische (doelmatig) en het patiëntenperspectief (patiëntgericht). Doelmatigheid wordt binnen dit hoofdstuk niet behandeld, maar komt in hoofdstuk 5 aan de orde als 'verbindend' thema.

Er is een subtiel verschil tussen meten van kwaliteit van zorg en kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem. Vergelijkbaar met hoe een bedrijf niet alleen zal kijken naar de kwaliteit van zijn producten, maar ook naar de bedrijfsvoering en de innovatie. Deze laatste twee maken immers dat in de toekomst ook gezorgd kan worden voor een goed product. Mede hierom wezen Delnoij et al. (2002) op het nut van de *balanced scorecard* voor het monitoren van het gezondheidszorgsysteem (Kaplan en Norton, 1992).

Voortbordurend op deze omschrijvingen en indelingen, behandelen we in dit hoofdstuk over kwaliteit:

- Effectiviteit
- Vraaggerichtheid
- Veiligheid
- Innovatie

Hieronder zullen de begrippen effectiviteit, vraaggerichtheid, veiligheid en innovatie worden toegelicht en zal worden uitgelegd hoe deze zich verhouden tot de zes volgende paragrafen: 2.2 t/m 2.7.

Effectiviteit

Zorg is effectief wanneer de doelen van de zorg worden bereikt. Wat die doelen zijn, hangt af van de vorm van zorg. Zo is curatieve zorg gericht op herstel of, als dat niet mogelijk is, op verlichting van pijn of vertraging van het ziekteproces. Het doel van langdurige zorg (ook wel aangeduid met de term *care*) is 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 (Arcares et al., 2005b). Preventie heeft als doel te zorgen dat mensen gezond blijven door de gezondheid te bevorderen en te beschermen, ziekten en aandoeningen te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen om behandeling eerder te kunnen starten. Onder preventie valt ook het voorkomen van complicaties van ziekten.

Vraaggerichtheid

In een publicatie van de NPCF werd vraaggerichtheid als volgt omschreven: *“Een vraaggericht aanbod is dat aanbod dat, op collectief of individueel niveau, naar de opvatting van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, optimaal bijdraagt aan het omgaan met de problemen die hij ervaart”* (Goudriaan en Vaalburg, 1998).

De omschrijving die hierboven is gegeven, sluit goed aan bij de invulling die we er in de Zorgbalans aan geven. Het perspectief van de burger en patiënt op de zorg staat hierin steeds centraal.

Veiligheid

Het IOM (2001) omschrijft veilige zorg als: *“avoiding injuries to patients from the care that is intended to help them”*. Deze definitie sluit nauw aan bij de omschrijving van de Bruijne et al. (2007): “het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem”. Deze schade kan zowel fysiek als psychisch zijn en leiden tot tijdelijke of permanente beperkingen of tot het overlijden van de patiënt.

Innovatie

Innovaties zijn toepassingen van nieuwe producten of processen. Innovaties in de zorg kunnen bijdragen aan een afname in ziekte, pijn en handicaps en kunnen dus veel gezondheidswinst opleveren (OECD, 2005a). Het alom bekende credo “stilstand is achteruitgang” geldt ook voor de gezondheidszorg. De behoefte aan zorg onder de bevolking verandert, en het is van belang dat de gezondheidszorg daarop inspeelt. Het is niet alleen belangrijk dat de zorg nu goed is, maar ook dat de zorg in de toekomst goed blijft. Bestaande behandelmethoden kunnen vaak beter of doelmatiger of er kunnen nieuwe behandelmethoden worden ontwikkeld. Net als binnen een ‘gezond’

bedrijf is er binnen een gezond zorgsysteem voldoende innovatie. In de Zorgbalans kijken we naar innovatieve ontwikkelingen en naar noodzakelijke voorwaarden voor een ‘innovatief klimaat’.

Indeling van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk is opgebouwd uit zeven paragrafen. In 2.2 tot en met 2.5 staat de effectiviteit centraal. In deze paragrafen beschrijven we steeds een bepaald deel van de zorg: achtereenvolgens preventie (2.2), de curatieve zorg (2.3), de langdurige zorg (2.4) en de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (2.5). In 2.6 gaan we in op de patiëntveiligheid en in 2.7 tenslotte, op innovatie. Vraaggerichtheid komt in dit hoofdstuk niet in één afzonderlijke paragraaf aan de orde maar komt terug in verschillende paragrafen en is apart uitgewerkt in *paragraaf 5.2*.

De verschillende aspecten of indicator domeinen zijn geen los van elkaar bestaande grootheden maar overlappen elkaar en vloeien in elkaar over. Zo is onveilige zorg ook minder effectief en kan langdurige zorg per definitie niet effectief zijn als deze niet vraaggericht is.

De indeling in paragrafen in dit hoofdstuk is tot stand gekomen door theoretische en pragmatische overwegingen. In sommige gevallen had een bepaalde indicator ook in een ander domein ondergebracht kunnen worden. We hebben er bijvoorbeeld voor gekozen om een aparte paragraaf te wijden aan de GGZ terwijl deze vorm van zorg eigenlijk ook onder curatieve zorg en langdurige zorg te scharen is.

Tot slot wijzen we op enkele verschillen met de vorige Zorgbalans. In de eerste plaats is accreditatie en certificatie als aparte paragraaf vervallen. De reden hiervoor is dat binnen dit onderwerp alleen structuurindicatoren kunnen worden gemeten. Van deze structuurindicatoren is onbekend hoe ze zich verhouden tot uitkomsten van zorg. Een tweede reden is dat accreditatie niet zozeer een (operationeel) doel is maar eerder een middel om aan kwaliteit te werken.

In de tweede plaats heeft de patiënt in deze Zorgbalans een meer prominente plek gekregen. Het perspectief van de patiënt is als een verbindend thema in deze Zorgbalans opgenomen. Dat betekent dat informatie over patiëntenervaringen nu is verdeeld over de paragrafen en daarnaast wordt behandeld in een verbindende themaparaagraaf (*paragraaf 5.2*).

2.2 Hoe effectief is preventie?

Kernbevindingen

- In 2005 is de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker verder toegenomen tot 81,7%; deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is gestabiliseerd op 65,5%. De deelname aan de hielprik is 99,9%
- De vaccinatiegraad in Nederland is in 2005 voor alle vaccins van het RVP hoger dan 95%
- In 2007 rookt 28% van de Nederlanders, in 2006 drinkt 10% te veel en 44% beweegt onvoldoende; deze cijfers zijn de laatste jaren stabiel
- Bijna de helft van de Nederlandse bevolking ging in 2006 voor een periodiek onderzoek naar de tandarts
- In de eerste levensjaren is het percentage kinderen dat contact heeft met de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau) hoog: 100% in het eerste levensjaar tot 79% in het vijfde levensjaar
- Een kwart van de patiënten geeft aan leefstijladvies of –begeleiding van de huisarts te hebben ontvangen
- In 2005 is de zuigelingensterfte in Nederland hoger dan het gemiddelde in de Europese Unie. De laatste jaren is de zuigelingensterfte in Nederland langzaam gedaald tot 4,4 per 1.000 levendgeborenen in 2006
- 16% van de scholen in het voortgezet onderwijs heeft een op schrift geformuleerd gezondheidsbeleid

Hoe we de effectiviteit van preventie vaststellen

Preventie heeft als doel te zorgen dat mensen gezond blijven door enerzijds de gezondheid te bevorderen en anderzijds de gezondheid te beschermen. Daarnaast heeft preventie als doel ziekten en aandoeningen te voorkomen of in een zo vroeg stadium op te sporen om behandeling eerder te kunnen starten. 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, 2007a) en de visie op preventie “Gezond zijn, gezond blijven” (VWS, 2007b). De grootste gezondheidseffecten worden verwacht bij de onderwerpen die als speerpunten zijn gekozen: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Deze onderwerpen leveren een grote bijdrage aan de gezondheidsproblemen in Nederland. In de visie op preventie wordt aangegeven dat het belang van preventie niet alleen ligt in gezondheidswinst maar ook in het leveren van een positieve bijdrage aan de samenleving. Daarnaast wordt aangegeven dat preventie zorgt voor de houdbaarheid van het zorgstelsel. In de preventievisie worden vier beleidsthema's genoemd waar extra aandacht voor moet komen: koesteren en innoveren van wat er al aan preventie wordt gedaan, samenhangend en integraal gezondheidsbeleid voeren, preventie in de zorg verder ontwikkelen en de bestuurlijke omgeving meer verbinden, samenwerken en moderniseren.

Indicatoren

De effectiviteit van preventie wordt weergegeven aan de hand van acht indicatoren. Er zijn indicatoren op het gebied van gezondheidsbevordering en ziektepreventie opgenomen.

- Deelname bevolkingsonderzoeken borstkanker, baarmoederhalskanker en de hielprik
- Vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma
- Trend in leefstijl
- Jaarlijkse periodieke controles bij de tandarts
- Bereik van de jeugdgezondheidszorg
- Leefstijladvies door de huisarts
- Zuigelingensterfte
- Gezondheidsbeleid op scholen

Een goede indicator voor de primaire preventie van diabetes is het percentage mensen met overgewicht. Deze is opgenomen onder de indicator 'trend in leefstijl'.

In andere paragrafen van de Zorgbalans zijn indicatoren opgenomen die ook een beeld geven van de effectiviteit van preventie op een bepaald deelgebied. Zo zijn *in paragraaf 2.5* indicatoren opgenomen over de effectiviteit van de zorg voor stemmingsstoornissen.

De stand van zaken

In 2005 is de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker verder toegenomen tot 81,7%; deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is gestabiliseerd op 65,5%. De deelname aan de hielprik is 99,9%

De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker stijgt licht (zie *tabel 2.2.1*). Het ministerie van VWS streeft voor dit bevolkingsonderzoek naar een deelname van 80% in 2008 en 2011 (Rijksbegroting, 2008). De EU heeft 75% opkomst of meer als norm gesteld bij de borstkankerscreening (Perry et al., 2006). Beide normen worden door Nederland gehaald.

Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker had in 2005 een opkomst van 65,5%. De stijging van de deelname in de periode 2000-2003 lijkt nu gestabiliseerd. Het ministerie van VWS streeft naar een deelname van meer dan 65,6% in 2008 en 2011 (Rijksbegroting, 2008).

In 2006 heeft 99,9% van de pasgeboren kinderen een hielprik gehad (opsporen van de ziekten PKU, AGS en CHT). Het ministerie van VWS heeft als streefwaarde voor het bereik van de hielprik 99% in 2011 (Tweede Kamer, 2008). Dit percentage wordt al ruimschoots gehaald. Volgens de richtlijn voor de hielprik moet tenminste 90% van de kinderen op of voor de leeftijd van 8 dagen de hielprik krijgen. In 2006 is bij 98% van

Tabel 2.2.1: Deelname aan bevolkingsonderzoeken en screeningen, 2001-2006 (%) (Bron: LETB, 2006; Van Leerdam en Ploeg, 2004; Erasmus MC, in druk; Lanting en Verkerk, 2005; Lanting et al., in druk).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Deelname borstkanker (vrouwen van 50-75 jaar)	78,7	79,1	80,8	80,8	81,7	-
Deelname baarmoederhalskanker (vrouwen van 30-60 jaar)	62	64	66	-	65,5	-
Hielprik (alle pasgeborenen)	-	-	99,8	-	-	99,9

de kinderen voor de achtste dag de hielprik afgenomen (Lanting et al., in druk). Vanaf 1 januari 2007 is de hielprik uitgebreid en wordt er op 17 ziekten gescreend.

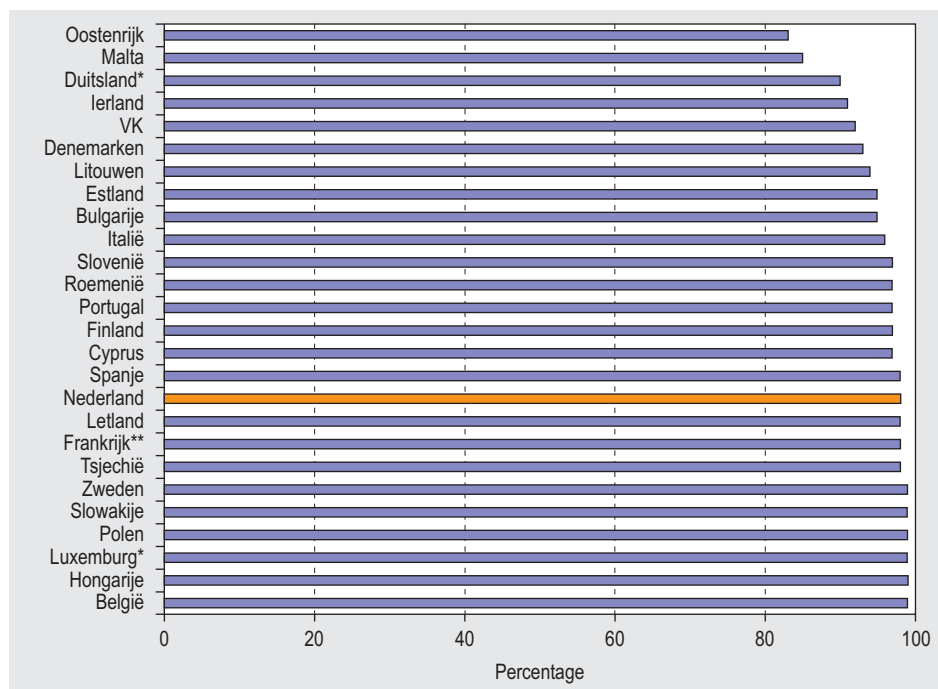
De vaccinatiegraad in Nederland is in 2005 voor alle vaccins van het RVP hoger dan 95%

In 2005 liggen de landelijk gemiddelde vaccinatiepercentages van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) voor elk vaccin wederom boven de 95% (DKTP-Hib-HepB (vanaf 1 juni 2006), BMR, DKTP, MenC, pneumokokken (vanaf 1 april 2006)). Hiermee voldoet Nederland ruim aan de bestaande WHO-norm van een vaccinatiegraad van 90%. Voor alle vaccinaties is in 2005 de vaccinatiegraad op landelijk niveau toegenomen. In 2004 werd de opwaartse trend verklaard door de toegenomen aandacht voor de correcte uitvoering en registratie van het Rijksvaccinatieprogramma (Abbink, 2006). Nederland kent samen met een aantal andere landen een hoge vaccinatiegraad. In *figuur 2.2.1* is als voorbeeld een internationale vergelijking van de vaccinatiegraad van de derde vaccinatie met het DKT-vaccin opgenomen. De effectiviteit van het Rijksvaccinatieprogramma kan worden aangegeven met de vaccinatiegraad omdat van elk vaccin de beschermingsgraad en dus het effect bekend is. De bescherming van alle vaccins is hoog met uitzondering van het kinkhoestvaccin (Isken, 2005). Het RVP heeft niet alleen de individuele bescherming van kinderen als doel maar ook het collectieve belang door de bescherming op populatieniveau.

In 2007 rookt 28% van de Nederlanders, in 2006 drinkt 10% te veel en 44% beweegt onvoldoende; deze cijfers zijn de laatste jaren stabiel

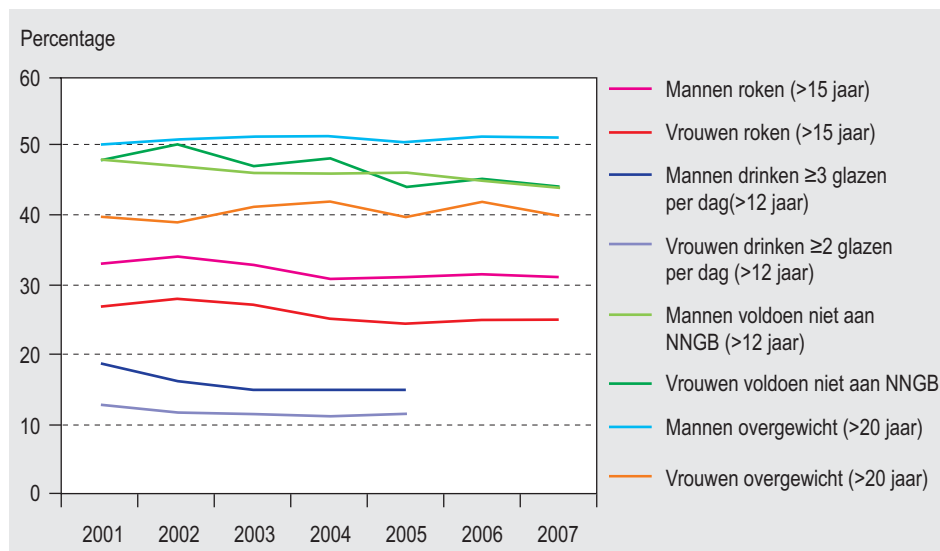
Over een langere periode bezien is er sprake van een dalende trend in het aantal rokers. Vanaf 2004 is het percentage rokers gestabiliseerd. In 2007 rookte 28% van alle volwassenen in Nederland (Stivoro, 2008). Tabaksgebruik is de belangrijkste enkelvoudige oorzaak van ziekte en sterfte en zorgt voor 13% van de ziektelast in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years) (Hollander et al., 2006).

Tussen 1981 en 2007 is er een sterke stijging in het percentage mensen met ernstig overgewicht bij volwassenen en bij kinderen. Het percentage mensen met matig overgewicht is de laatste jaren constant gebleven. In de periode 2005-2006 had ongeveer 45% van de Nederlanders van 18-70 jaar enige mate van overgewicht. Mannen hebben vaker overgewicht dan vrouwen (zie *figuur 2.2.2*) (CBS, 2008a). Overgewicht zorgt voor 9,7% van de ziektelast (Hollander et al., 2006).



Figuur 2.2.1: Vaccinatiegraad van DKT-3 (Difterie, Kinkhoest en Tetanus) vaccinatie, per land, in 2006 (%) (Bron: WHO, 2007).

* 2005, ** 2004, † In Nederland wordt vaak ook voor polio ingeënt. In Nederland is de derde vaccinatie op de leeftijd van 4 maanden. VK= Verenigd Koninkrijk.



Figuur 2.2.2: Risicogedrag volwassenen, 2001-2007 (%) (Bron: Stivoro, 2007; CBS, 2007; Hollander et al., 2006).

Het percentage mensen met een verhoogde bloeddruk lijkt licht te stijgen. Ongeveer één op de drie Nederlanders heeft een verhoogde bloeddruk. Een verhoogde bloeddruk draagt voor 7,6% bij aan de ziektelast (Hollander et al., 2006).

De schadelijke alcoholconsumptie bij volwassenen is de laatste jaren redelijk constant gebleven. Het alcoholgebruik onder scholieren is tussen 1999 en 2003 toegenomen, met name onder jonge meisjes tussen de 12 en 14 jaar (Trimbos, 2008). Sinds 2003 is overigens wel een lichte daling ingezet van het percentage drinkers (Monshouwer et al., 2007; Van Dorsselaer et al., 2007). Grofweg één op de tien Nederlanders heeft een niveau van alcoholgebruik dat schadelijk is voor de gezondheid. Overmatig alcoholgebruik zorgt voor 4,5% van de ziektelast in Nederland (Hollander et al., 2006).

Het percentage mensen dat niet voldoende beweegt is de laatste jaren constant gebleven. In 2007 voldoet 44% van de Nederlandse bevolking ouder dan 12 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Lichamelijke inactiviteit levert 4,1% van de ziektelast in Nederland (CBS Statline, 2007a, Hollander et al., 2006).

Bijna de helft van de Nederlandse bevolking ging in 2007 voor een periodiek onderzoek naar de tandarts

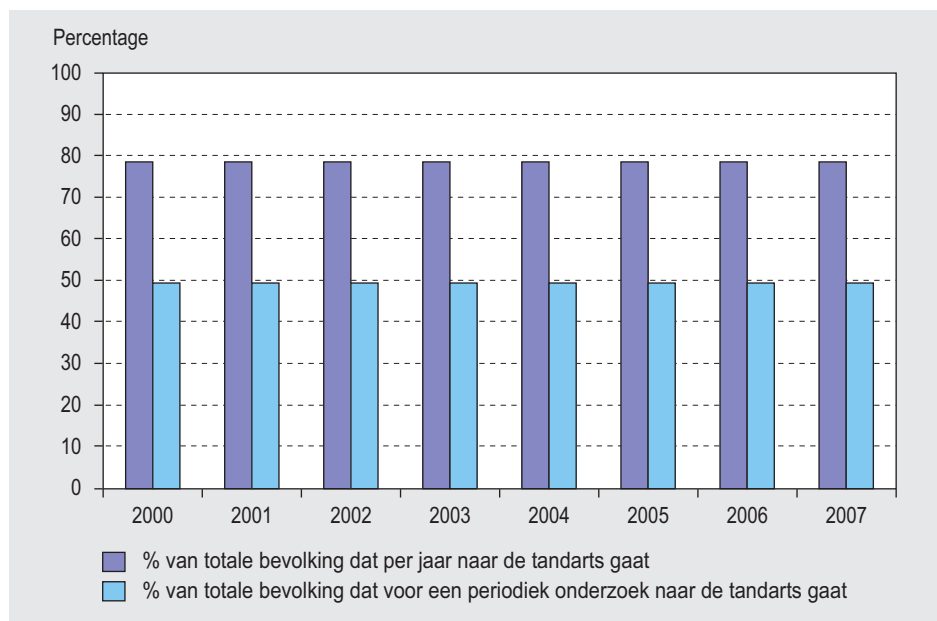
In 2007 ging 48,3% van de totale bevolking voor een periodiek onderzoek naar de tandarts (zie *figuur 2.2.3*). Bij kinderen van 0-12 jaar ligt dit percentage in 2007 op 55,1%, bij 12-18 jarigen op 64,7% en bij 18-25 jarigen op 52,6% (CBS, 2008b). Driekwart van de tandartsbezoekers kan binnen vier weken terecht bij de tandarts voor het periodiek onderzoek (Schaub, 2007). In 2007 is bijna 78% van de bevolking bij de tandarts geweest voor een periodiek onderzoek, behandeling of pijnbestrijding. Dit percentage is vrij stabiel. Als alleen wordt gekeken naar mensen met een geheel of gedeeltelijk eigen gebit gaat bijna 85% in 2007 minimaal één keer per jaar naar de tandarts. Patiënten hebben gemiddeld 2,5 contactmomenten in 2007 (Schaub, 2007; CBS, 2008b).

Internationaal ligt het tandartsbezoek voor de EU-25 op 62%. Nederland heeft samen met Slowakije het hoogste percentage tandartsbezoekers (EC, 2007).

Vanaf 2004 is het periodiek preventief onderzoek niet langer opgenomen in het verzekerde pakket met uitzondering voor jongeren onder de 18 jaar (CVZ, 2007b). Per 1 januari 2008 is voor jongeren onder de 22 jaar het jaarlijks periodiek preventief onderzoek weer opgenomen in het verzekerde pakket.

In de eerste levensjaren is het percentage kinderen dat contact heeft met de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau) hoog; 100% in het eerste levensjaar tot 79% in het vijfde levensjaar

In het eerste levensjaar worden alle kinderen in Nederland gezien door de jeugdgezondheidszorg (JGZ) op het consultatiebureau. Daarna neemt dit percentage af (zie



Figuur 2.2.3: Aantal bezoekers aan de tandarts in percentage van totale bevolking, 2000-2006 (%) (Bron: CBS, 2007b).

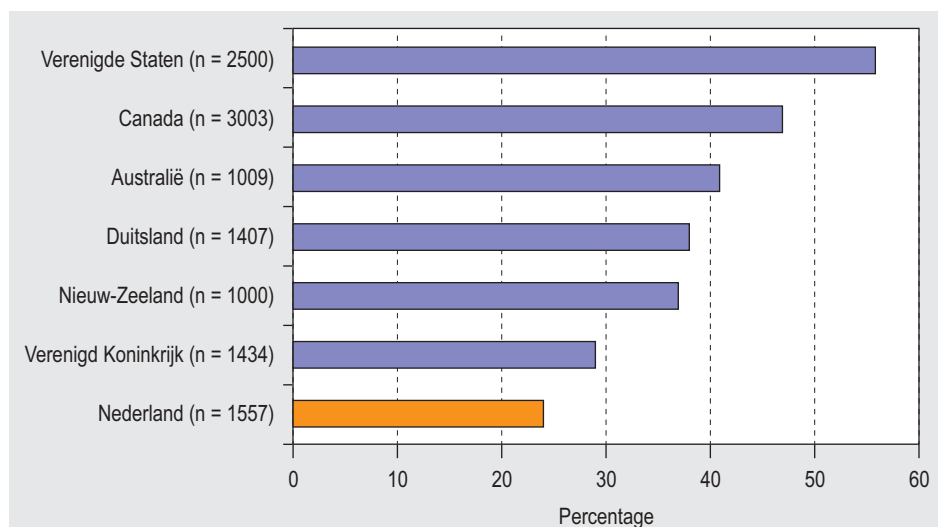
tabel 2.2.2). Van kinderen ouder dan 4 jaar is niet bekend hoe vaak ze contact hebben met de JGZ. Voor het uniforme deel van de JGZ (activiteiten die aan alle kinderen van een bepaalde leeftijd aangeboden dienen te worden) is in 2003 een richtlijn opgesteld. 91-100% van de JGZ-organisaties volgen de contactmomenten van deze richtlijn met uitzondering van het speciaal onderwijs, het contactmoment op 2 jaar en enkele contactmomenten waarbij externe organisaties betrokken zijn (Dijs-Halfwerk, 2005). Gegevens over het gemiddelde aantal contactmomenten per kind, per levensjaar komen niet overeen met het aantal contactmomenten dat is voorgeschreven in de richtlijn. Het totale aantal contactmomenten komt echter wel met de richtlijn overeen (zie tabel 2.2.2). Het percentage JGZ-organisaties dat de activiteiten tijdens een contactmoment conform de richtlijn aanbiedt, varieert van 64% tot 100% (Dijs-Halfwerk, 2005).

Tabel 2.2.2: Bezoek aan de Jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau) in de eerste vier levensjaren, in 2006 (%) (Bron: CBS, 2007c; Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003).

Leeftijd	Bereik	Aantal bezoeken van kinderen die naar het consultatiebureau gaan	Aantal contactmomenten volgens richtlijn
0 jaar	100	5,4	10
1 jaar	98,6	4,8	2
2 jaar	92,2	1,8	1
3 jaar	88,2	1,5	2
4 jaar	78,8	1,5	0

Een kwart van de patiënten geeft aan leefstijladvies of –begeleiding van de huisarts te hebben ontvangen

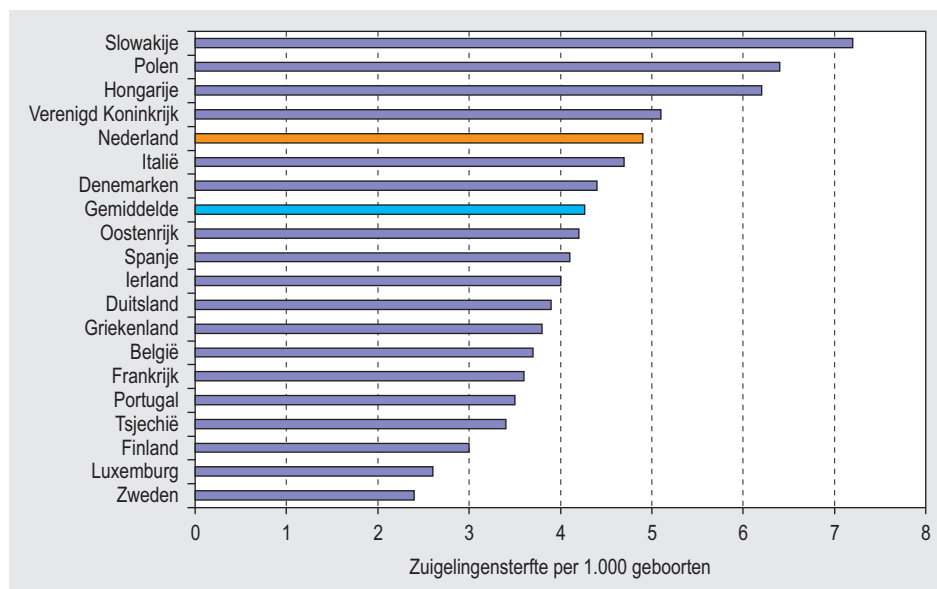
Nederlandse huisartsen geven in vergelijking met artsen in veel andere landen niet zo vaak adviezen of begeleiding met betrekking tot leefstijl. Ongeveer 25% van de patiënten geeft aan in de afgelopen twee jaar leefstijladviezen of –begeleiding te hebben ontvangen (zie *figuur 2.2.4*). In andere landen kan dit oplopen tot bijvoorbeeld 56% in de Verenigde Staten (Grol en Faber, 2007). Uit onderzoek naar de onderwerpen die aan bod komen tijdens bezoeken aan de huisarts komt naar voren dat in 40% van de bezoeken het onderwerp leefstijl aan bod komt. Het onderwerp leefstijl neemt in 81% van de gevallen minder dan een kwart van de lengte van het gesprek in beslag. De huisarts initieert vaak het gesprek over roken en gewicht. De patiënt initieert vaak het gesprek over de onderwerpen voeding en lichamelijke activiteit (Milder et al., aangeboden).



Figuur 2.2.4: Percentage personen dat aangeeft adviezen of begeleiding met betrekking tot leefstijl (gewicht, voeding en bewegen) van de huisartsen te hebben ontvangen, in de afgelopen 2 jaar, per land (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

In 2005 is de zuigelingensterfte in Nederland hoger dan het gemiddelde in de Europese Unie. De laatste jaren is de zuigelingensterfte in Nederland langzaam gedaald tot 4,4 per 1.000 levendgeborenen in 2006

In 2006 zijn in Nederland 185.057 kinderen levend geboren. Daarvan overleden 820 kinderen in het eerste levensjaar (CBS Statline, 2007a, b). Dit aantal ligt hoger dan het gemiddelde van de EU-landen waar gegevens over bekend zijn (zie *figuur 2.2.5*) (OECD, 2007a). Nederland heeft zijn oorspronkelijke toppositie in de EU, met een lage zuigelingensterfte (aantal overledenen in het eerste levensjaar) 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), verruild voor een positie die onder het EU-gemiddelde ligt (Waelput, 2006). De laatste jaren daalde de zuige-



Figuur 2.2.5: Zuigelingensterfte per 1.000 geboorten, in EU-landen, in 2005 (Bron: OECD Health Data 2007).

lingensterfte in Nederland langzaam tot 4,4 per 1.000 levendgeborenen in 2006 (CBS Statline, 2007b). In Nederland is de sterfte rond de geboorte in de tweede helft van de jaren negentig afgevlakt. Deze afvlakking in de daling is bij meerdere landen met hogere inkomens zichtbaar. Sommige factoren verhogen het risico op sterfte rond de geboorte. Een aantal daarvan is recent in Nederland in belang toegenomen of niet gedaald: de relatief hoge leeftijd van moeders bij geboorte van hun kind en de daarmee samenhangende verhoogde kans op meerlingengeboortes; het aandeel van de geboortes bij allochtone moeders; en het roken van moeders (Waelput en Achterberg, 2006b). Er zijn in Nederland verbeteringen mogelijk in de zorg en preventie rondom zwangerschap en geboorte, onder andere in de voorlichting aan aanstaande moeders over risicofactoren voor sterfte rond de geboorte. Dit geldt vooral voor zorg aan vrouwen van allochtone afkomst. 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 (Hollander et al., 2006).

16% van de scholen in het voortgezet onderwijs heeft een op schrift geformuleerd gezondheidsbeleid

Ongeveer 16% van de schoollocaties geeft aan een gezondheidsbeleid op schrift geformuleerd te hebben. Deze scholen geven vooral prioriteit aan alcoholgebruik (91% van de locaties), druggebruik (87%), rookpreventie (82%) en gezonde voeding (53%). Daarnaast hebben scholen ook beleid waarbij afspraken niet op papier staan. Bij dit beleid staan de onderwerpen gezonde voeding (45%), beweging (58%) en overgewicht (17%) veelal centraal. Een kwart van de locaties geeft aan dat gezondheidsbeleid bij hen in ontwikkeling is (Middelbeek et al, 2007).

Conclusie

Preventie gericht op ziekten en aandoeningen verloopt goed in Nederland. Dat bleek al in de vorige Zorgbalans en dat wordt in deze Zorgbalans weer bevestigd. De screenings en vaccinaties hebben een groot bereik en halen de normen die daar nationaal en internationaal voor zijn gesteld. Nederland doet het internationaal gezien op deze gebieden goed, zonder daarbij de mogelijke nadelen van preventieve interventies uit het oog te verliezen. Zo geven Van der Wilk et al., (2007) aan dat Nederland vergeleken met veel andere landen een zorgvuldige afweging maakt van de voor- en nadelen van screenings voordat deze worden ingevoerd. Ook zien consultatiebureaus (JGZ) vrijwel alle kinderen van 0-4 jaar.

Maatregelen die er op zijn gericht gezondheid en leefstijl positief te beïnvloeden laten minder gunstige resultaten zien. Roken, overgewicht en diabetes zijn al sinds 2003 speerpunten van het beleid. Hoewel de aandacht rond deze thema's groot is, is de prevalentie van deze onderwerpen de laatste jaren bij volwassenen stabiel gebleven. De indicatoren waaruit duidelijk wordt of aandacht voor leefstijl en leefstijladvisering daadwerkelijk op lokaal niveau aan de burger wordt aangeboden, laten een laag bereik zien. Zo heeft slechts 16% van de scholen gezondheidsbeleid op papier geformuleerd en geeft een kwart van de patiënten aan bij de huisarts leefstijladvisering ontvangen te hebben.

De zuigelingensterfte in Nederland is hoger dan gemiddeld in de EU, maar is de laatste jaren langzaam aan het dalen.

2.3 Hoe effectief is de curatieve zorg?

Kernbevindingen

- Bij de twintig meest voorkomende aandoeningen waarbij huisartsen een geneesmiddel voorschrijven, kiezen huisartsen gemiddeld in twee derde van de gevallen een middel volgens de richtlijn
- Tussen 2001 en 2006 is het aantal verwijzingen naar de tweede lijn toegenomen
- Ruim negen van de tien mensen oordelen positief over de gezondheidszorg die zij ontvingen in de afgelopen 12 maanden
- Zes op de tien Nederlanders hebben er veel vertrouwen in dat zij uitstekende en veilige medische zorg zullen ontvangen als dat nodig is
- De coördinatie rondom medicijngebruik is in Nederland minder dan in veel andere landen; bij 44% van de mensen die één of meer medicijnen op recept gebruikt, is het medicijngebruik in de afgelopen 12 maanden samen met een zorgverlener doorgenomen

- De 30-dagen ziekenhuissterfte bij acute aandoeningen neemt af; Nederland hoorde in 2005 internationaal gezien nog steeds bij de middenmoot
- De vijfjaarsoverleving bij kanker in Nederland is internationaal gezien bovengemiddeld, maar landen als Finland, Noorwegen en Zwitserland laten zien dat verbetering mogelijk is
- In 2005 bedroeg de sterfte aan astma in Nederland 0,11 per 100.000 mensen, dat is ruim onder het OECD-gemiddelde van 0,18
- 80% van de heupfracturen wordt binnen 48 uur geopereerd, dat is meer dan tien procentpunten boven het OECD-gemiddelde

Hoe we de effectiviteit van de curatieve zorg vaststellen

Curatieve zorg is gericht op herstel of, als dat niet mogelijk is, op verlichting van pijn of 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 52% van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Daarbinnen wordt het meeste uitgegeven aan ziekenhuis- en specialistische zorg, gevolgd door geneesmiddelen en huisartsenzorg. Aan deze vier categorieën tezamen wordt meer dan 90% van het budget van de curatieve zorg besteed (VWS, 2005a). Ook valt de meeste zorg die wordt gedekt door de basisverzekering onder curatieve zorg.

Indicatoren

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

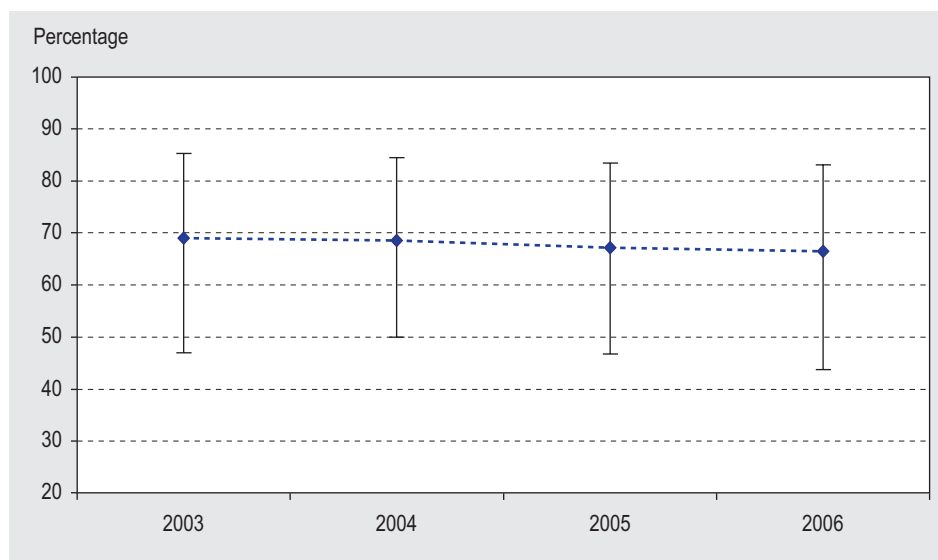
- Percentage voorschriften in de huisartspraktijk volgens NHG-formularium
- Aantal verwijzingen naar de tweede lijn
- Algemeen oordeel bevolking over curatieve zorg
- Ervaren coördinatie bij medicijngebruik
- Aantal mensen dat binnen 30 dagen na opname in het ziekenhuis overlijdt aan de gevolgen van een acuut myocardinfarct, herseninfarct of hersenbloeding
- Sterfte aan borstkanker, darmkanker of baarmoederhalskanker
- Sterfte aan astma
- Aantal heupfracturen dat binnen 48 uur wordt geopereerd

De stand van zaken

Bij de twintig meest voorkomende aandoeningen waarbij huisartsen een geneesmiddel voorschrijven, kiezen huisartsen gemiddeld in twee derde van de gevallen een middel volgens de richtlijn

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 bij prescriptie gemiddeld in twee derde van de gevallen (66%) een geneesmiddel kiezen volgens het NHG-formularium. We hebben ons hier beperkt tot de twintig meest voorkomende aandoeningen of indicaties waarbij een geneesmiddel wordt voorgeschreven. De analyses zijn gebaseerd op ruim 1,9 miljoen voorschriften (Van Dijk et al., in druk).



Figuur 2.3.1: Percentage voorschriften waarbij een geneesmiddel wordt gekozen volgens de richtlijn binnen huisartspraktijk bij twintig meest voorkomende aandoeningen waarbij een geneesmiddel wordt voorgeschreven, 2003- 2006 (boven- en ondergrens van 95% van de praktijken en gemiddelde van alle praktijken) (Bron: LINH, databewerking NIVEL).

In de periode 2003 – 2006 is dit percentage redelijk constant gebleven. Opvallend is dat er grote verschillen zijn tussen praktijken. In de figuur is de range van 95% van de praktijken rond het gemiddelde weergegeven. Het percentage voorschriften volgens formularium varieert in 2006 tussen 44% en 83%.

Naast verschillen tussen praktijken zijn er ook grote verschillen in percentages formularium-conforme voorschriften tussen diagnoses. In *tabel 2.3.1* zijn deze per-

tages weergegeven per aandoening, per jaar. Diagnoses waarbij het meest volgens formularium wordt voorgeschreven zijn urineweginfecties, slapeloosheid en obstipatie (rond de 88%). Een aandoening waarbij het formularium zelden wordt gevolgd is acute bronchitis: slechts 2,3% in 2006. Vaak worden hierbij, tegen het advies in, antibiotica voorgeschreven. Ook bij andere aandoeningen aan de luchtwegen zoals hoesten en luchtweginfecties wordt vaak anders voorgeschreven dan het formularium adviseert.

Verder zijn er zowel positieve als negatieve trends in de periode 2003 – 2006. Bij lage rugpijn zonder uitstraling en urineweginfecties is er een toename van het aantal formularium-conforme voorschriften. Bij vijf aandoeningen is er een afname, namelijk bij depressie, emfyseem / copd, dermatomycose, diabetes en orale anticonceptie. De afname van ruim 13 procentpunt bij diabetes is het meest opvallend.

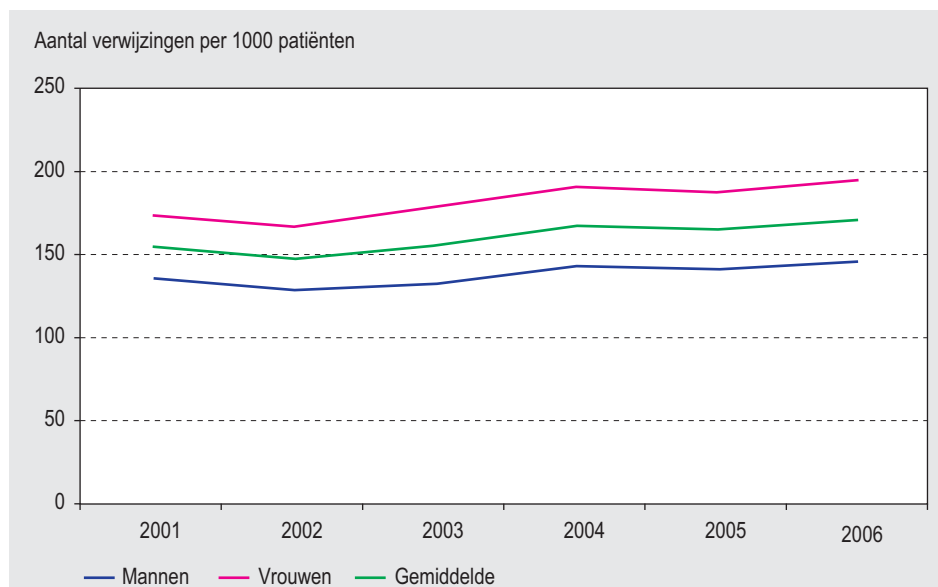
Tabel 2.3.1: Gemiddeld percentage voorschriften volgens NHG-formularium bij de twintig meest voorkomende diagnoses waarbij een geneesmiddel wordt voorgeschreven, 2003-2006 (Bron: LINH; databewerking NIVEL).

	2003	2004	2005	2006	Lineaire trend
Obstipatie	86,7	85,6	86,6	87,7	
Angina pectoris	77,2	76,4	76,8	76,7	
Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	73,3	74,5	73,0	72,8	
Hypertensie met orgaanbeschadiging	65,7	65,7	62,9	61,8	
Lage rugpijn zonder uitstraling	78,3	77,3	77,6	81,2	+ **
Angstig / nerveus / gespannen gevoel	84,3	85,5	85,3	83,0	
Slapeloosheid	88,5	88,6	89,2	88	
Depressie	72,5	71,6	69,3	66,4	- *
Hoesten	43,0	45,7	46,9	44,1	
Acute infectie bovenste luchtwegen	33,5	34,3	32,9	34,0	
Acute bronchitis / bronchiolitis	2,2	1,9	2,0	2,3	
Emfyseem / copd	69,6	66,9	64,0	62,7	- **
Astma	72,6	71,7	67,4	64,5	
Hooikoorts / allergische rhinitis	77,8	76,8	77,7	76,1	
Dermatomycose	86,6	86,3	85,2	83,8	- *
Eczeem	62,5	63,9	63,6	63,9	
Diabetes mellitus	64,7	63,2	57,8	51,5	- **
Vetstofwisselingsstoornis	86,7	85,8	84,6	85	
Urineweginfectie	85,7	87,5	87,9	88,5	+ *
Orale anticonceptie	79,7	75,8	68,6	68,9	- **
Totaal	69,0	68,4	67,1	66,4	-**

* p < 0,01; ** p < 0,001 positieve/ negatieve trend vermeld indien statistisch significant

Tussen 2001 en 2006 is het aantal verwijzingen naar de tweede lijn toegenomen

Nederlandse huisartsen vervullen een zogenaamde 'poortwachterrol'. Daardoor wordt het overgrote deel (ongeveer 95%) van de zorgvraag afgehandeld in de eerstelijns. Wel is het aantal verwijzingen per patiënt in de loop der jaren iets gestegen.



Figuur 2.3.2: Aantal verwijzingen naar de tweede lijn per 1000 ingeschreven patiënten, uitgesplitst naar geslacht, 2001-2006 (Bron: LINH, 2001 t/m 2006).

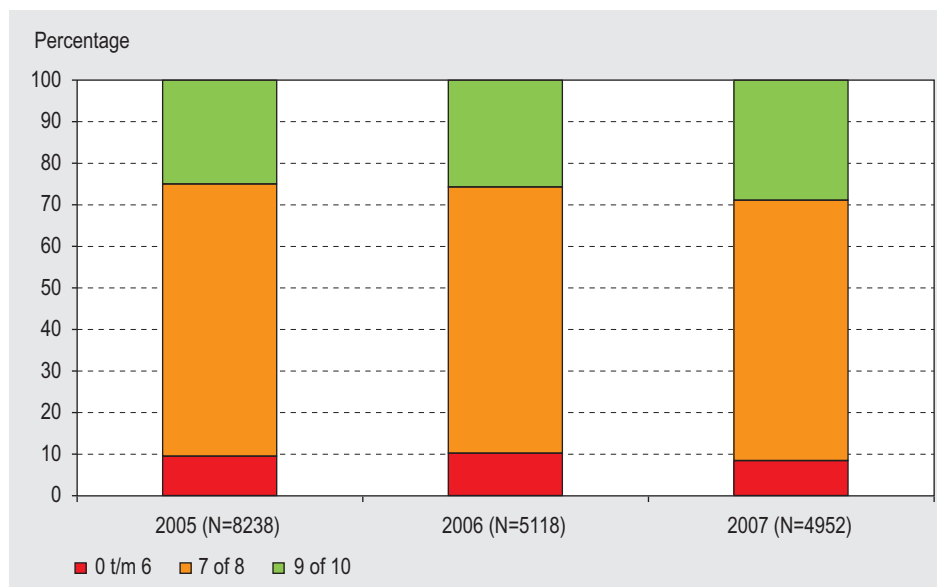
In 2001 werd per 1000 ingeschreven patiënten 155 keer verwezen naar de tweede lijn. In 2006 was dat 171 keer per 1000 ingeschreven patiënten (zie *figuur 2.3.2*). Deze stijging bedraagt in de periode 2001 – 2006 ongeveer 10%. Het aantal personen dat is verwezen, is overigens lager dan deze aantallen omdat één persoon meerdere verwijzingen kan krijgen. Het totale aantal contacten dat mensen gemiddeld hadden bij de huisarts is overigens sinds 2005 ook iets toegenomen (LINH, 2008).

Ruim negen van de tien mensen oordelen positief over de gezondheidszorg die zij ontvingen in de afgelopen 12 maanden

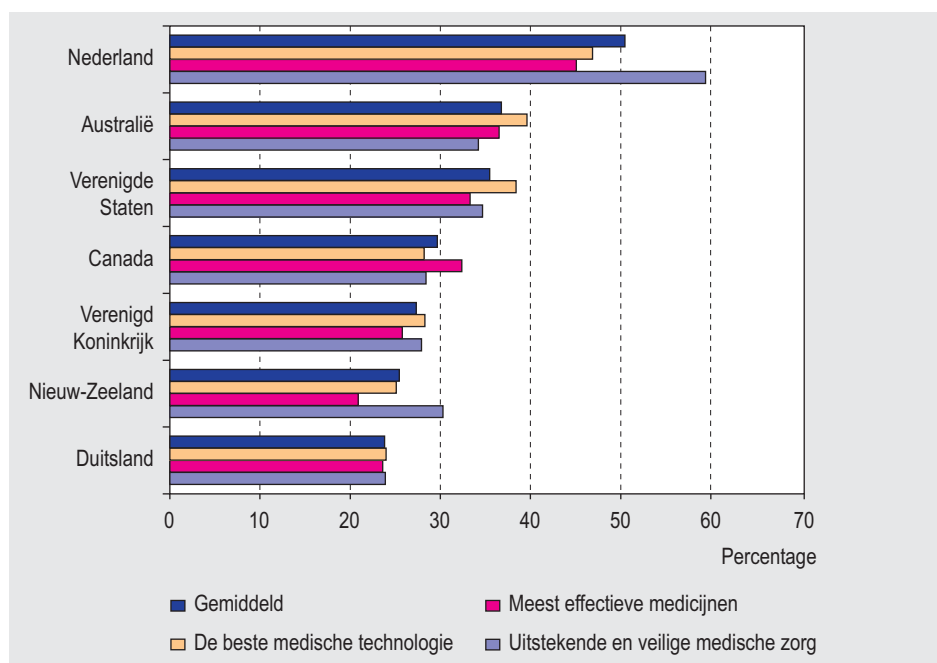
Ruim negen op de tien mensen (92%) geven de gezondheidszorg die zij ontvingen een waarderingscijfer van 7 of hoger op een schaal van 0 tot en met 10. Zoals te zien is in *figuur 2.3.3* zijn mensen in de periode 2005 – 2007 bovendien iets positiever gaan oordelen. Deze verschillen blijken statistisch significant te zijn tussen 2007 en voorgaande jaren. Ook over de huisarts en de specialist is men doorgaans zeer positief: in beide gevallen gaf 87% een waarderingscijfer van 7 of meer (De Boer et al., 2007b).

Zes op de tien Nederlanders hebben er veel vertrouwen in dat zij uitstekende en veilige medische zorg zullen ontvangen als dat nodig is

Hoeveel vertrouwen hebt u dat u, wanneer u ernstig ziek mocht worden, uitstekende en veilige, medische zorg zult krijgen? Zes op de tien Nederlandse respondenten (59%) beantwoordden deze vraag met 'veel vertrouwen', 5% heeft hier geen of weinig vertrouwen in (Schoen et al., 2007). Andere landen die participeerden in de internationale enquête van het Commonwealth Fund (CMWF) komen niet boven de 35% uit (zie *figuur 2.3.4*). In Duitsland bijvoorbeeld, is het vertrouwen beduidend lager, slechts 24% heeft daar 'veel vertrouwen' in de zorg. Verder heeft 45% van de Nederlanders er veel ver-



Figuur 2.3.3: Waarderingscijfer van de bevolking voor de gezondheidszorg, 2005 - 2007 (Bron: Hendriks et al., 2005; Damman et al., 2006; De Boer et al., 2007b).

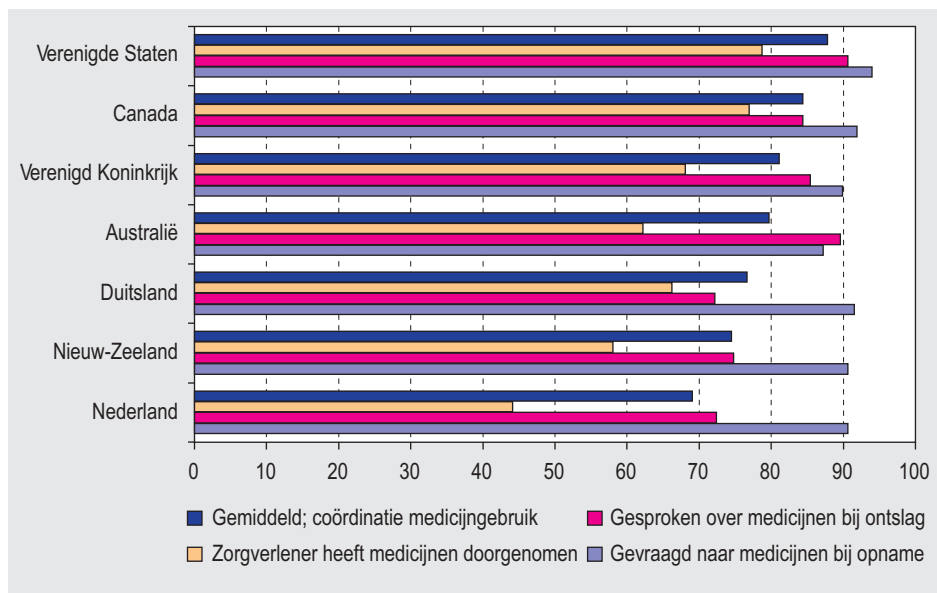


Figuur 2.3.4: Hoeveel vertrouwen hebt u dat u, wanneer u ernstig ziek mocht worden: Uitstekende en veilige, medische zorg zult krijgen / de meest effectieve medicijnen zult krijgen / de beste medische technologie wordt gebruikt bij uw behandeling? (% veel vertrouwen) (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

trouwen in dat de meest effectieve medicijnen zullen worden verstrekt en 47% dat de beste medische technologie zal worden toegepast. Ook hier laat Nederland de andere landen ver achter zich.

De coördinatie rondom medicijngebruik is in Nederland minder dan in veel andere landen; bij 44% van de mensen die één of meer medicijnen op recept gebruikt, is het medicijngebruik in de afgelopen 12 maanden samen met een zorgverlener doorgenomen

Op een samengestelde maat voor coördinatie van medicijngebruik scoort Nederland 69%. Nederland heeft daarmee de laagste score van de landen die participeerden in de CMWF-survey. Bij opname in het ziekenhuis wordt in negen van de tien gevallen gevraagd naar gebruikte medicijnen. Bij ontslag wordt minder vaak gesproken over medicijngebruik (72%) en 44% heeft het afgelopen jaar de medicijnen die hij / zij gebruikt doorgenomen met een huisarts, verpleegkundige of apotheker (zie figuur 2.3.5).

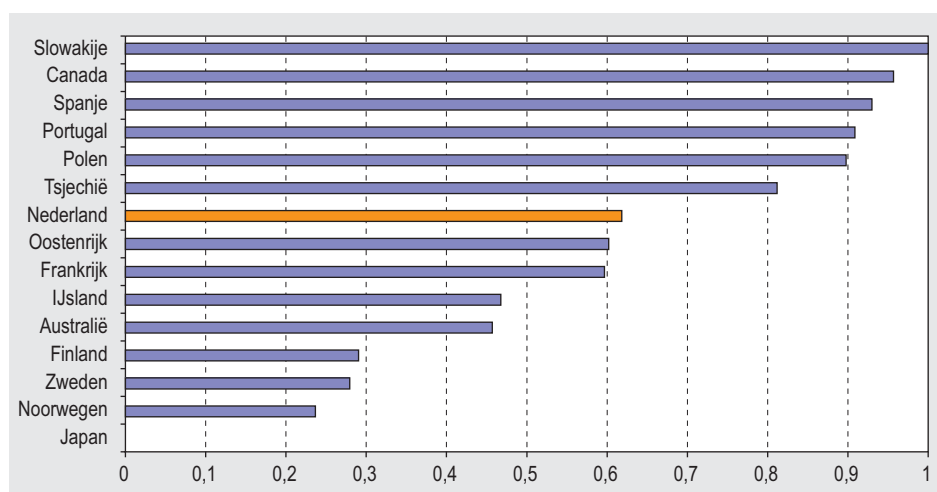


Figuur 2.3.5: Coördinatie ten aanzien van medicijngebruik van mensen die in ziekenhuis opgenomen zijn geweest (%) (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

De bevinding dat de controle op medicijngebruik tekort schiet, is in lijn met eerdere studies hierover. In een studie van Heijmans et al., (2004) onder chronisch zieken bleek dat negen van de tien meer dan twee medicijnen gebruikten. 40% zei nooit iets te merken van enige vorm van controle. Dat dit wel zinvol zou zijn, blijkt uit de bevinding dat bijna een kwart naar eigen inzicht afwijkt van het voorschrift, bijvoorbeeld door meer of minder te slikken dan is aanbevolen of door helemaal niet te slikken.

De 30-dagen ziekenhuissterfte bij acute aandoeningen neemt af; Nederland hoorde in 2005 internationaal gezien nog steeds bij de middenmoot

Wanneer we de overlevingskans bij opname voor een aantal acute, levensbedreigende aandoeningen (myocardinfarct, hersenbloeding en beroerte) vergelijken tussen OECD-landen, behoort Nederland tot de middenmoot. Nederland doet het beter dan landen als Polen, Spanje en Portugal maar slechter dan Finland, Noorwegen en Zweden. In *figuur 2.3.6* is een samengestelde, relatieve maat weergegeven voor de overlevingskans tijdens de eerste 30 dagen na een opname. De maat is zo samengesteld dat het land met de hoogste 30-dagensterfte een score van 1 krijgt en het land met de laagste 30-dagensterfte een score van 0. Nederland heeft de waarde 0,62, net iets boven het gemiddelde van 0,60.



Figuur 2.3.6: 30-dagen ziekenhuissterfte voor acuut myocardinfarct, hersenbloeding en herseninfarct, samengestelde maat (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM). 0 = laagste sterfte, 1=hoogste sterfte

Figuur 2.3.7 geeft een wat specifiek beeld van de positie van Nederland bij de verschillende aandoeningen. De 30-dagensterfte van Nederland is hier per aandoening weergegeven, samen met het gemiddelde van het kwart landen met het laagste sterftecijfer en dat met het hoogste sterftecijfer.

Hersenbloeding

Voor de 30-dagensterfte bij een hersenbloeding is in Nederland aan de hoge kant. In Nederland overlijdt 29,9%. Het gemiddelde van de OECD-landen is 25,4% en sterftecijfers van Europese landen als Finland (12,5%), Oostenrijk (17%) en Zweden (18,6%) liggen daar nog ruim onder.

Wel is er een gunstige trend: tussen 2001 en 2005 daalde de 30-dagensterfte voor beroerte in Nederland met ruim vijf procentpunten (van 35% naar 29,9%).

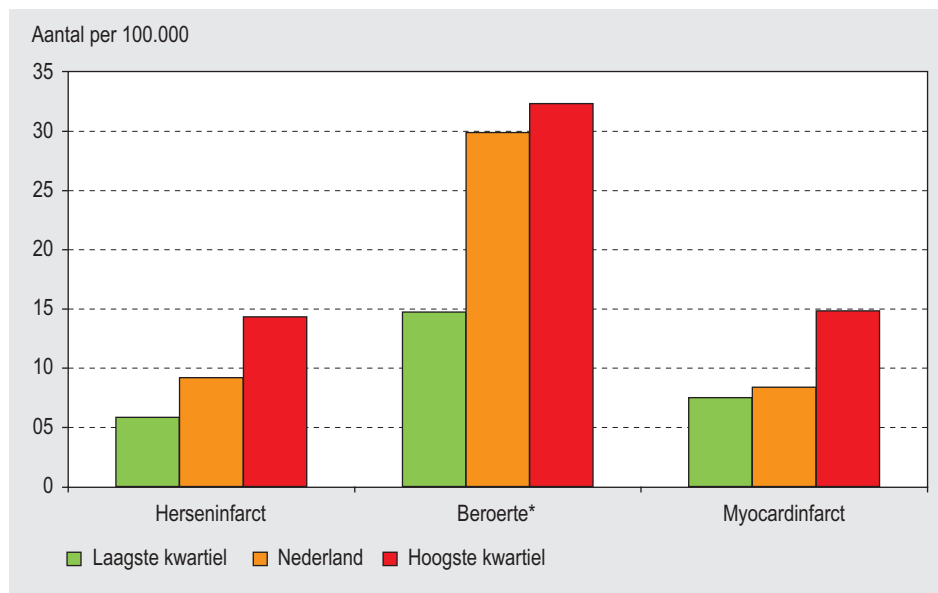
Acuut myocardinfarct

Ook de sterfte aan een acuut myocardinfarct is ten opzichte van 2001 afgenomen. In 2001 overleed nog 11,3% binnen dertig dagen, in 2005 was dat 8,4%. Bovendien is de 30-dagensterfte in Nederland iets lager dan het OECD-gemiddelde (10,2%). Deze afname is ook in andere landen waarneembaar (Deckers et al., 2006). Het CBS en het RIVM noemen een aantal mogelijke verklaringen voor de afname van sterfte aan een acuut myocardinfarct: verbeterde diagnostiek en behandeling in het acute stadium. Daarbij valt te denken aan snelle herkenning, reanimatie en defibrillatie, efficiënter vervoer naar een ziekenhuis met interventiecardiologie en het vaker toepassen van trombolysen en spoeddotterprocedures. Daarnaast is het mogelijk dat door gevoeliger bloedanalyses lichte hartinfarcten tegenwoordig meer herkend worden (CBS, 2007c).

Herseninfarct

Bij de 30-dagensterfte na een herseninfarct heeft Nederland een inhaalslag gemaakt. In 2001 stierf 16% van de mensen die een herseninfarct kreeg binnen dertig dagen. Dat was ruim boven het OECD-gemiddelde van 9,8% in 2001. In 2005 was dat percentage flink afgenomen tot 9,2%. Dat is zelfs onder het OECD-gemiddelde van 10,2%.

Mogelijke verklaring voor de afname van sterfte bij hersenbloedingen en herseninfarcten is de toegenomen aandacht voor zorg na een beroerte (Verschoor et al., 2004; CBS, 2007). Zo is het aantal *stroke services* tussen 1997 en 2003 sterk toegenomen van 13 naar 69 (CBS, 2007c).



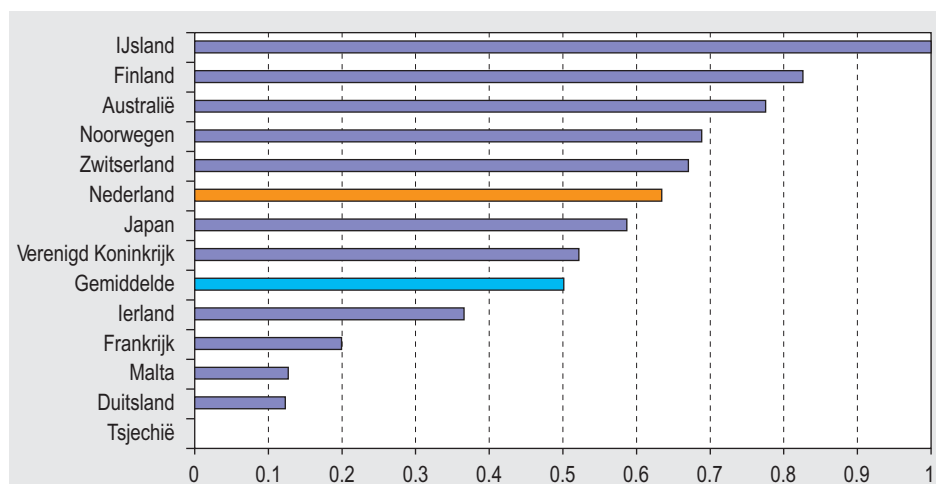
Figuur 2.3.7: 30-dagen sterfte per 100.000 mensen, laagste kwartiel, hoogste kwartiel en Nederland, in 2005 (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

* Nederland maakt bij beroerte deel uit van het hoogste kwartiel

Ondanks deze positieve ontwikkeling laten ook hier vooral de Scandinavische landen zien dat het nog beter kan. Zo ligt de sterfte na een herseninfarct in IJsland en Finland rond de 6% en in Noorwegen en Zweden rond de 8%.

De vijfjaarsoverleving bij kanker in Nederland is internationaal gezien bovengemiddeld, maar landen als Finland, Noorwegen en Zwitserland laten zien dat verbetering nog mogelijk is

De vijfjaarsoverleving bij verschillende vormen van kanker is in Nederland bovengemiddeld. In *figuur 2.3.8* is een samengestelde, relatieve maat weergegeven voor de vijfjaarsoverleving bij borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. Het land met de hoogste overlevingskans heeft een score 1. Het land met de laagste overlevingskans een waarde 0. Nederland heeft een score van 0,61, het gemiddelde is 0,50. De overlevingskans is in Nederland hoger dan in Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk maar lager dan bijvoorbeeld in Finland, Noorwegen en Zwitserland.

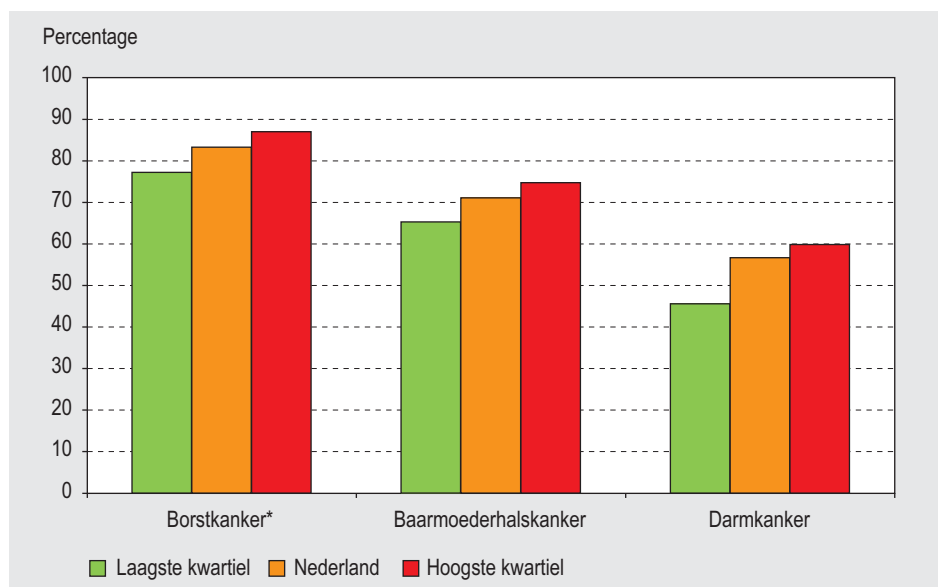


Figuur 2.3.8: Vijfjaarsoverleving bij borstkanker, baarmoederhalskanker of darmkanker, samengestelde maat (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

Figuur 2.3.9 geeft de vijfjaarsoverleving weer van de verschillende vormen van kanker. De vijfjaarsoverleving van Nederland is hier weergegeven, samen met het gemiddelde van het kwartiel landen met het laagste vijfjaarsoverleving en dat met het hoogste vijfjaarsoverleving.

Borstkanker

Van de vrouwen bij wie borstkanker is vastgesteld, leefde in Nederland na vijf jaar nog 83,3% (periode 2000 – 2005). Vijf jaar eerder was dat iets minder, namelijk 82%. Internationaal is dit percentage bovengemiddeld, van de landen die hier zijn weergegeven laten alleen Finland en IJsland hogere percentages zien, respectievelijk 88,4% en 89,4%.



Figuur 2.3.9: Vijfjaarsoverleving bij borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker, laagste kwartiel, hoogste kwartiel en Nederland (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

* Nederland maakt deel uit van het hoogste kwartiel

Baarmoederhalskanker

De vijfjaarsoverleving bij baarmoederhalskanker bedraagt in Nederland 71,1%. Hiermee neemt Nederland een middenpositie in; beter dan Duitsland en Frankrijk, maar minder dan Zwitserland, Noorwegen en IJsland.

Darmkanker

De vijfjaarsoverleving bij darmkanker is in Nederland iets bovengemiddeld: 56,7%. Australië, Finland en Zwitserland laten hogere percentages zien, tussen de 58% en de 60%.

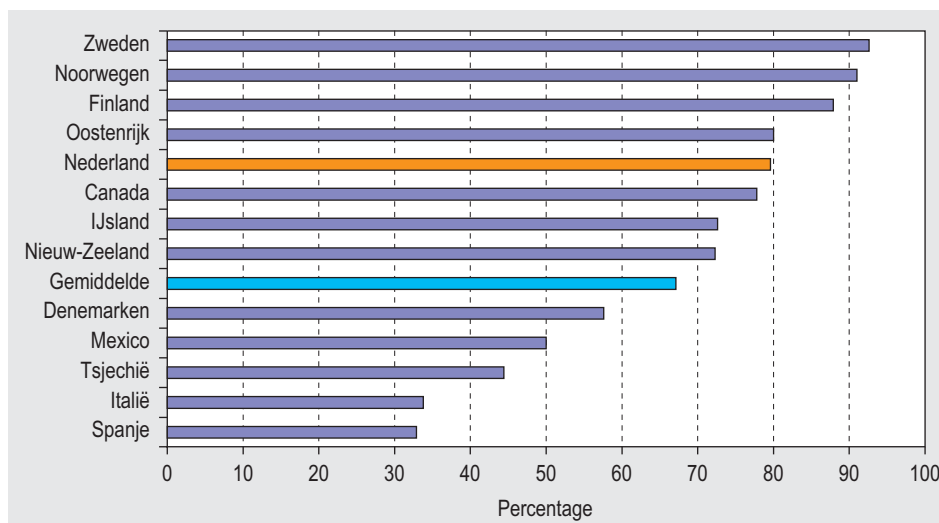
In 2005 bedroeg de sterfte aan astma in Nederland 0,11 per 100.000 mensen, dat is ruim onder het OECD-gemiddelde van 0,18

De sterfte aan astma in de leeftijdsgroep van 5 t/m 39 jaar is in Nederland laag vergeleken met de meeste andere landen. In Nederland stierven in 2005 per 100.000 mensen 0,11 mensen aan astma, gemiddeld was dat in de OECD-landen 0,18. In de vorige Zorgbalans rapporteerden we al dat de sterfte aan astma in Nederland laag was ten opzichte van het OECD-gemiddelde. Het Nederlandse sterftcijfer is iets gedaald tussen 2001 en 2005 (van 0,13 naar 0,11). Omdat het OECD-gemiddelde nog sterker is gedaald, (van 0,25 naar 0,18) liggen deze cijfers nu dichterbij elkaar.

80% van de heupfracturen wordt binnen 48 uur geopereerd, dat is meer dan tien procentpunten boven het internationale gemiddelde

Bijna acht op de tien heupfracturen (79,6%) worden in Nederland binnen 48 uur geopereerd. Het gemiddelde van de hieronder gepresenteerde landen is 67% (zie figuur

2.3.10). Alleen Zweden, Noorwegen en Finland opereren nog meer heupfracturen binnen 48 uur (rond de 90%).



Figuur 2.3.10: Percentage heupfracturen dat binnen 48 uur geopereerd wordt, in verschillende OECD-landen (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

Conclusie

Het gros van de burgers heeft het gevoel in goede handen te zijn in de Nederlandse zorg. Negen van de tien mensen oordelen zeer positief over artsen en over de zorg in het algemeen. Bijna 30% geeft zelfs een rapportcijfer 9 of 10. Bovendien hebben zes van de tien mensen er alle vertrouwen in dat als ze ernstig ziek worden, er uitstekende en veilige zorg wordt verleend.

Internationale vergelijkingen van enkele 'hardere' uitkomstindicatoren laten zien dat Nederland, zoals in de vorige Zorgbalans al werd geconcludeerd, als een 'midden-moter' kan worden beschouwd. Wel zien we een aantal positieve ontwikkelingen: de 30-dagensterfte daalt voor alle gemeten aandoeningen. Ook de sterfte aan astma is afgenomen en kan inmiddels worden beschouwd als een zeldzaamheid. Andere indicatoren zijn stabiel, maar nergens vinden we een negatieve trend. De coördinatie van medicijngebruik is in Nederland nog altijd, zoals een eerdere studie al aantoonde, beperkt.

Voorals de Scandinavische landen scoren op veel van de 'harde' indicatoren beter en vormen de internationale top. Zij laten zien dat ook voor Nederland verbeteringen mogelijk zijn.

2.4 Hoe effectief is de langdurige zorg?

Kernbevindingen

- Verzorgingshuizen worden positiever beoordeeld door cliënten dan verpleeghuizen, vooral in de informatievoorziening, inspraak en beschikbaarheid van personeel is nog veel te verbeteren
- Een ruime meerderheid (84%) van de AWBZ-zorgaanvragers is tevreden over het Centrum Indicatiestelling Zorg
- Het bevorderen van sociale contacten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen kan de kwaliteit van leven van cliënten sterk vergroten
- De thuiszorg krijgt een gemiddeld rapportcijfer 8
- Verpleegkundig en verzorgend personeel is steeds minder tevreden over de kwaliteit van de zorg
- Twee derde van de mensen die gebruik maakt van medische hulpmiddelen zegt dat het verstrekte hulpmiddel het probleem, waarvoor het is bedoeld, oplost; dit getal is in de periode 2001-2005 stabiel
- Sinds 2003 neemt decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg af. Ten opzichte van 2006 is vooral de prevalentie in de verpleeghuizen sterk gedaald: van 10,3% naar 6,9%
- Bijna een kwart van de patiënten in de langdurige zorg was in 2007 ondervoed, dit aantal neemt wel af
- In een periode van 30 dagen valt één op de tien thuiszorgpatiënten; in bijna de helft van deze valincidenten loopt de patiënt letsel op
- Het aantal kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie is tussen 2005 en 2007 ruim verdubbeld
- Het gezondheidsrisico voor cliënten in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg lijkt licht af te nemen
- Verantwoorde zorg voor gehandicapten is in een kwart van de instellingen zorgelijk volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Cliënten en vertegenwoordigers oordelen doorgaans positief over de zorginstellingen voor gehandicaptenzorg

Hoe we de effectiviteit van de langdurige zorg vaststellen

Tien tot twintig procent van de mensen in Nederland is chronisch ziek en een groot aantal mensen heeft last van langdurige beperkingen, variërend van licht tot zeer ernstig. Deze mensen maken vaak langdurig gebruik van hulpmiddelen, thuiszorg, verzorging, verpleging of (hulp vanuit de) gehandicaptenzorg. De verwachting is dat in de toekomst het gebruik van langdurige zorg zal toenemen. Dat komt vooral door de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande toename van mensen met een chronische ziekte of beperking.

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 belang-

rijk en zinvol vinden (Arcares, 2005a). Met alle sectoren in de langdurige zorg zijn afspraken gemaakt over het meetbaar maken van verantwoorde zorg (VWS, 2006). Veldpartijen, cliëntenorganisaties en overheid hebben een set van normen/indicatoren voor goede langdurige zorg vastgesteld. Deze indicatoren hebben betrekking op de verpleging, verzorging en thuiszorg en zijn vastgelegd in het rapport *Toetsingskader voor verantwoorde zorg* (Arcares et al., 2005b). In 2008 wordt hiervan de eerste rapportage verwacht. In deze Zorgbalans is de keuze voor de indicatoren grotendeels afgestemd op het Toetsingskader voor verantwoorde zorg. Omdat echter de meeste gegevens van de indicatoren die deel uit maken van het toetsingskader nog niet voor handen waren, zal aan het einde een korte beschrijving worden gegeven van toekomstige aanvullingen op de indicatorenreeks. Op andere onderdelen word aangesloten op het toetsingskader, zoals bij het gebruik van de Consumer Quality Index (CQ-index) en de Landelijke Prevalentiemeting Zorgincidenten.

Indicatoren

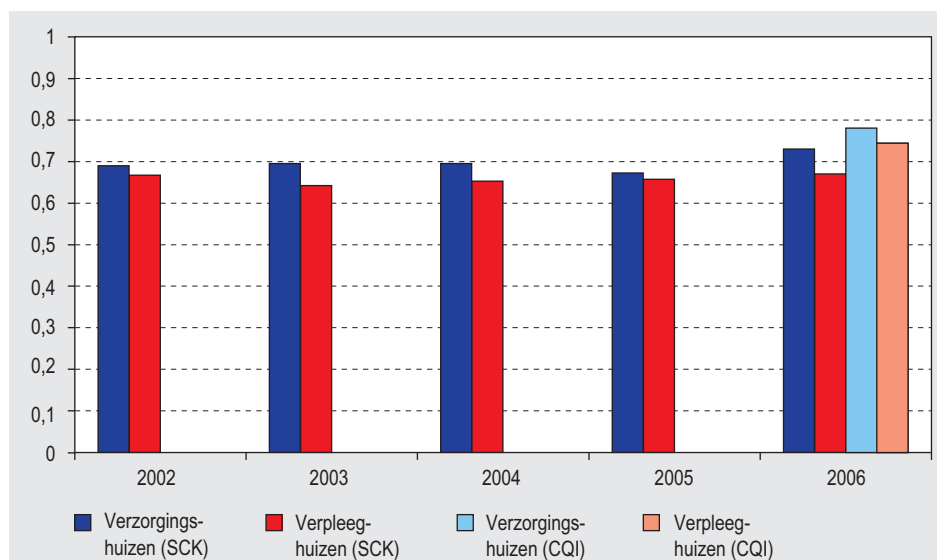
- Cliëntenoordeel over verzorgingshuizen en verpleeghuizen
- Oordeel AWBZ-zorgaanvragers over het Centrum Indicatiestelling Zorg
- Kwaliteit van leven van cliënten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen
- Cliëntenoordeel over zorg voor lichamelijk gehandicapten
- Cliëntenoordeel over de thuiszorg
- Tevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden met de kwaliteit van zorg
- De effectiviteit van medische hulpmiddelen
- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg (decubitus, ondervoeding, valincidenten)
- Het aantal plaatsen in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie
- Het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van de langdurige zorg

De stand van zaken

Verzorgingshuizen worden positiever beoordeeld door cliënten dan verpleeghuizen, vooral in de informatievoorziening, inspraak en beschikbaarheid van personeel is nog veel te verbeteren

Tot en met 2006 voerde de stichting Cliënt & Kwaliteit (SCK) ieder jaar een meting uit naar de tevredenheid over de zorg en de dienstverlening in verzorgings- en verpleeghuizen. Sinds 2006 worden cliëntenoordelen in kaart gebracht aan de hand van de CQ-index (Wiegers et al., 2007). SCK stelde het totaaloordeel van cliënten over verzorgingshuizen en verpleeghuizen vast met een tevredenheidschaal, variërend van 0 (zeer ontevreden) tot 4 (zeer tevreden). In de CQ-index echter, wordt cliënten gevraagd een rapportcijfer te geven op een schaal van 0 (slechtst denkbare instelling) tot en met 10 (best denkbare instelling). In *figuur 2.4.1* is een tijdreeks weergegeven van het cliëntenoordeel sinds 2002. Om de oordelen vergelijkbaar te maken zijn de cijfers omgerekend naar een percentage van de maximum haalbare score.

De tijdreeks zal worden voortgezet met gegevens uit de CQ-index. Omdat de metingen in 2006 overlappen, zijn beide weergegeven. Duidelijk is dat de methodiek van de CQ-index tot een hogere score leidt.



Figuur 2.4.1: Algemeen cliëntoordeel over verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2002-2006, (schaal 0-1) (Bron: SCK, 2005; Wiegers et al., 2007).

Clënten gaven in 2006 een gemiddeld rapportcijfer van 7,8 aan verzorgingshuizen, verpleeghuizen kregen gemiddeld een 7,4. In het algemeen neigen zorggebruikers naar hoge rapportcijfers. Vergelijken met andere onderdelen van de zorg is vooral het cijfer voor verpleeghuizen aan de lage kant (zie ook *paragraaf 5.2*).

Op de afzonderlijke kwaliteitsaspecten waarover cliënten werden bevraagd (zie *tabel 2.4.1*) zijn in de loop der jaren weinig veranderingen opgetreden. De cijfers zijn ook hier getransformeerd naar een schaal van 0 t/m 1 om de jaren te kunnen vergelijken. Niet alles waarnaar gevraagd is in de CQ-index is ook aan bod gekomen in het SCK-onderzoek en andersom. Daarom is niet alles te vergelijken tussen de jaren.

Ook hier geven we voor zover mogelijk beide metingen weer. Vooral informatievoorziening en inspraak worden door cliënten al jaren slecht beoordeeld. In de CQ-index komt de afwezigheid van voldoende personeel als het belangrijkste verbeterpunt naar voren. Verbeterpunten worden bepaald op basis van een combinatie van het belang dat aan het aspect wordt gehecht en het percentage negatieve ervaringen. Het onderwerp evaluatie van de zorg laat een opvallende verbetering zien in de verpleeghuizen.

Tabel 2.4.1: Gemiddelde score op kwaliteitsaspecten van verzorgingshuizen en verpleeghuizen, in 2005 en 2006 (Bron voor 2005: SCK, 2005; Bron voor 2006: Wiegers et al., 2007; Data aangeleverd door SCK).

	Verzorgingshuizen			Verpleeghuizen		
	SCK	SCK	CQI	SCK	SCK	CQI
	2005	2006	2006	2005	2006	2006
Informatie	0,63	0,64	0,59	0,54	0,55	0,49
Inspraak op initiatief van cliënten *	0,52	0,57	0,54	0,59	0,58	0,44
Inspraak op initiatief van organisatie	0,47	0,53		0,50	0,53	
Evaluatie	0,75	0,77		0,53	0,69	
Vakbekwaamheid	0,76	0,77		0,74	0,72	
Organisatie	0,71	0,71		0,66	0,63	
Bejegening	0,75	0,75	0,81	0,72	0,7	0,74
Autonomie	0,83	0,83	0,88	0,73	0,73	0,64
Beschikbaarheid personeel			0,63			0,55
Professionaliteit en veiligheid zorg			0,79			0,76
Lichamelijke verzorging			0,80			0,74
* Voor 2006 omschreven als 'inspraak en overleg'						

Een ruime meerderheid (84%) van de AWBZ-zorgaanvragers is tevreden over het Centrum Indicatiestelling Zorg

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is door de overheid aangewezen als uitvoerder van indicatiestelling voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zorgaanvragers die te maken krijgen met het CIZ zijn hierover tevreden. Gemiddeld krijgt het CIZ een rapportcijfer 7,5. Bijna 16% geeft het CIZ een 6 of lager.

Wanneer we naar de verschillende onderwerpen kijken waarover mensen zijn bevraagd, komen vooral de kwaliteit van de informatie en de bereikbaarheid naar voren als verbeterpunten. Over deze zaken is respectievelijk 29% en 25% niet helemaal tevreden. De geïndiceerde zorg en de vakkundigheid worden het best beoordeeld. Bijna negen van de tien mensen zijn dan ook tevreden met het besluit dat het CIZ over hen heeft genomen (Jedeloo en Schrijvers, 2007).

Het bevorderen van sociale contacten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen kan de kwaliteit van leven van cliënten sterk vergroten

In 2005 en 2006 onderzocht het NIVEL de kwaliteit van leven van cliënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Aan cliënten werden vragen gesteld die betrekking hadden op vier dimensies van kwaliteit van leven, zoals die ook in het Toetsingskader voor verantwoorde zorg worden gehanteerd: lichamelijk welbevinden, woon/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Het onderzoek leidde tot een cijfer op een schaal van 1 tot en met 10 voor iedere dimensie. Deze cijfers zijn weergegeven in *tabel 2.4.2*.

Tabel 2.4.2: Gemiddelde scores op dimensies van kwaliteit van leven in 22 verzorgingshuizen en verpleeghuizen, in 2007 (Bron: Poortvliet et al., 2007).

	Gemiddelde score	Standaardafwijking
Lichamelijk welbevinden / gezondheid	7,1	1,12
Woon / leefsituatie	7,6	1,11
Participatie	7,4	1,09
Mentaal welbevinden	7,0	1,09

Bij de interpretatie van deze scores is het van belang rekening te houden met de manier waarop de onderzoekspopulatie tot stand is gekomen. De participerende instellingen zijn benaderd door brancheorganisatie Actiz. Het gaat om 22 zorginstellingen waaronder zes verpleeghuizen, vijftien verzorgingshuizen en één gecombineerde instelling. Deze instellingen hebben zich aangemeld voor de eerste benchmarkrondes in deze sector. Bovendien is 18% van de steekproef geëxcludeerd omdat het onderzoek een te zware belasting zou vormen of omdat de persoon 'gedesoriënteerd in plaats en tijd' is. De cijfers hebben dus betrekking op de wat meer 'kwaliteitbewuste' instellingen en de geëxcludeerde patiënten hebben zeer waarschijnlijk een lager niveau kwaliteit van leven.

Uit het onderzoek kwam verder naar voren dat kwaliteit van leven sterk samenhangt met de mogelijkheid tot sociaal contact. Zo bleken patiënten bij wie zorgverleners wel eens een praatje maken zonder dat daar direct een zorgmoment aan is gekoppeld en patiënten die wel eens door een vrijwilliger worden bezocht een hogere kwaliteit van leven te rapporteren. Er blijken enorme verschillen tussen instellingen op deze punten. Minder dan vier op de tien cliënten gaven aan dat een medewerker wel eens zomaar een praatje maakt. Tussen instellingen varieerde dit tussen de 8% en 79%. Vier op de tien patiënten worden wel eens bezocht door een vrijwilliger, dit varieerde tussen de 22% en 79% tussen instellingen (Poortvliet et al., 2007)

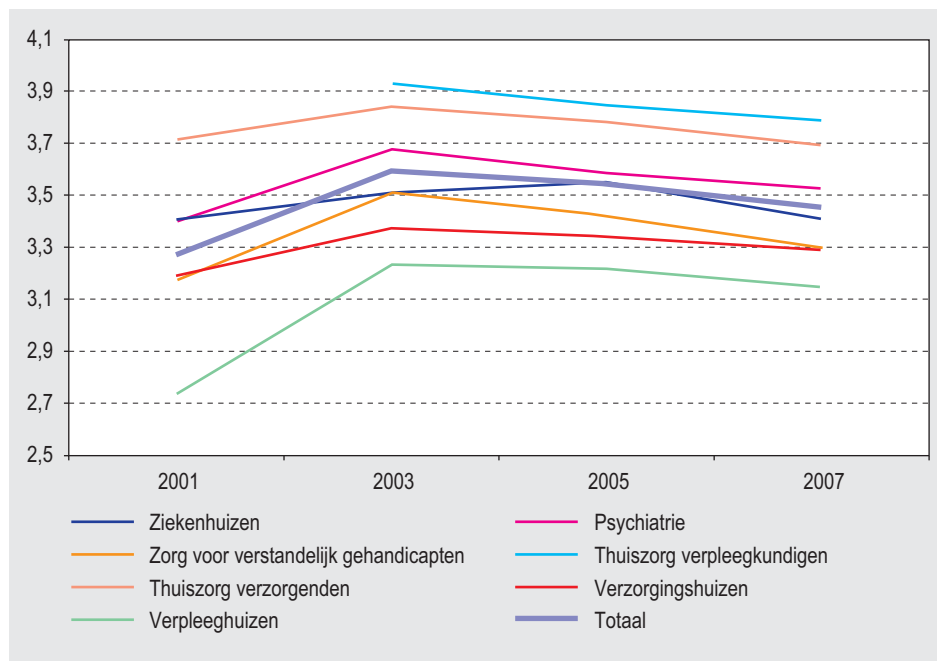
De thuiszorg krijgt een gemiddeld rapportcijfer 8

Cliënten van thuiszorgorganisaties gaven in 2006 een hoog waarderingcijfer voor de thuiszorg; gemiddeld een 8 (Wiegers et al., 2007). In 2004 kwam uit de benchmark thuiszorg een iets hoger waarderingcijfer naar voren, namelijk een 8,3 (PWC, 2005). Belangrijkste verbeterpunten lagen op het vlak van meebeslissen over de ontvangen zorg, evaluatie van de zorg en samenwerking met andere zorgverleners. Met evaluatie wordt bedoeld dat de zorg eventueel wordt bijgesteld naar aanleiding van een evaluatiegesprek.

Verpleegkundig en verzorgend personeel is steeds minder tevreden over de kwaliteit van de zorg

Sinds 2003 zijn verpleegkundigen en verzorgenden bij elke (tweejaarlijkse) meting iets negatiever gaan oordelen over de kwaliteit van de zorg in hun eigen instelling. Tevredenheid met kwaliteit van zorg wordt om de twee jaar gemeten in het panel verpleegkundigen en verzorgenden. De resultaten over de periode 2001 – 2007 zijn weer-

gegeven in *figuur 2.4.2*. De schaal voor tevredenheid over kwaliteit is samengesteld uit drie vragen en loopt van 1 (zeer ontevreden) tot en met 5 (zeer tevreden). In 2007 was de gemiddelde score 3,45, in 2003 was dat nog 3,6. Er is dus sprake van een licht dalende (maar statistisch significante) trend. Er zijn overigens behoorlijke verschillen tussen verschillende werkvelden. Medewerkers in de thuiszorg zijn het meest positief, personeel in verpleeghuizen is het minst tevreden over de kwaliteit.



Figuur 2.4.2: Tevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden met de kwaliteit van zorg, uitgesplitst naar werkveld, 2001 – 2007 (schaal 1-5) (Bron: NIVEL Panel verpleegkundigen & verzorgenden, 2007)

Twee derde van de mensen die gebruik maakt van medische hulpmiddelen zegt dat het verstrekte hulpmiddel het probleem, waarvoor het is bedoeld, oplost; dit getal is in de periode 2001 - 2005 stabiel

In 2005 gaf 64% van de mensen die gebruik maakte van een medisch hulpmiddel aan dat het verstrekte hulpmiddel een oplossing was voor het probleem. Dit getal ligt al jaren rond de 65% (zie *tabel 2.4.3*).

Helaas is de hulpmiddelenmonitor na 2005 niet herhaald.

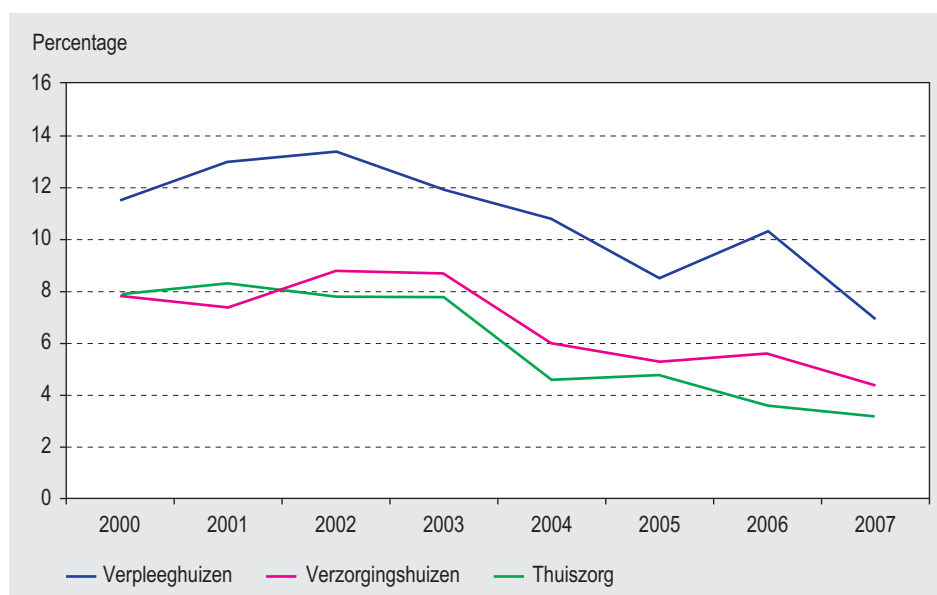
Tabel 2.4.3: Percentage mensen dat aangeeft dat het verstrekte hulpmiddel het probleem oplost, 2001-2005 (Bron: de Wit; 2005-2007).

	2001 ^a	2003 ^a	2004 ^b	2005 ^b
Grotendeels/ helemaal mee opgelost (% patiënten)	64	67	65	64
^a Gegevens op basis van 9 verzekeraars, ^b Gegevens op basis van 19 verzekeraars				

Sinds 2003 neemt decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg af. Ten opzichte van 2006 is vooral de prevalentie in de verpleeghuizen sterk gedaald: van 10,3% naar 6,9%

In de periode 2000 - 2007 is het aantal gevallen van decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg afgenomen (zie *figuur 2.4.3*). Het betreft hier alleen de decubitusgevallen die in de instelling zijn ontstaan. Deze afname is niet veroorzaakt door een lager percentage risicopatiënten maar zeer waarschijnlijk door een toegenomen aandacht voor dit probleem.

Opvallend is dat in de verpleeghuizen, waar de prevalentie het hoogst is, ten opzichte van 2006 een sterke afname waarneembaar is van 10,3% naar 6,9%.



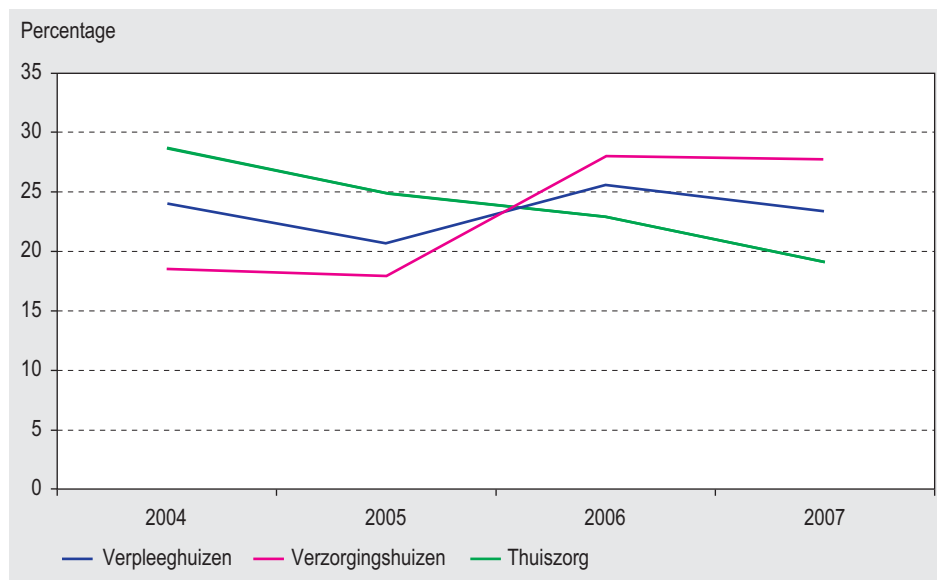
Figuur 2.4.3: Prevalentie van in de instelling ontstane decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (zonder graad 1) bij de risicogroep, 2000 - 2007 (%) (Bron: Halfens et al., 2007).

Bijna een kwart van de patiënten in de langdurige zorg was in 2007 ondervoed, maar dit aantal neemt wel af

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. In *figuur 2.4.4* wordt het percentage ondervoede patiënten weergegeven.

Bijna een kwart (ongeveer 24%) van de patiënten in de langdurige zorg (uitgezonderd de gehandicaptenzorg die niet is gemeten) was in 2007 ondervoed. Er zijn flinke

verschillen tussen de drie categorieën, variërend van 19,1% bij thuiszorgpatiënten tot 27,8% in de verzorgingshuizen. De cijfers van 2006 en 2007 zijn betrouwbaarder dan die van de jaren daarvoor. Het aantal deelnemers dat werd gewogen, is namelijk sterk toegenomen (van ongeveer 50% in 2004-2005 naar 88% in 2007).



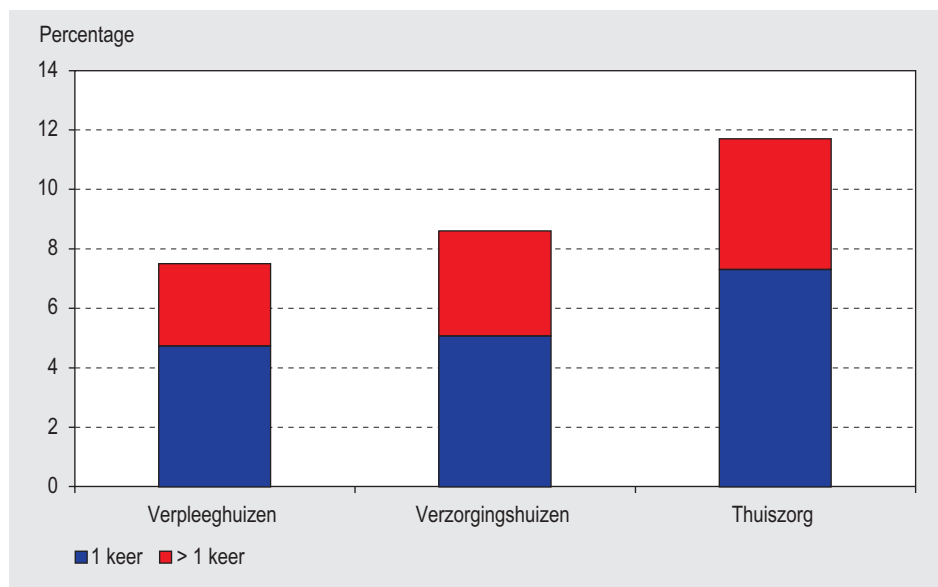
Figuur 2.4.4: Prevalentie ondervoeding, 2004 - 2007 (%) (Bron: Halfens et al., 2007)

Vergeleken met 2006 zien we vooral in de verpleeghuizen en de thuiszorg minder ondervoeding. In de verzorgingshuizen is het aantal ondervoede cliënten vergelijkbaar met 2006. Zeer waarschijnlijk werpt de toegenomen aandacht en de toename van concrete maatregelen om ondervoeding te voorkomen vruchten af (Halfens et al., 2007).

In een periode van 30 dagen valt één op de tien thuiszorgpatiënten; in bijna de helft van deze valincidenten loopt de patiënt letsel op

Uit eerdere studies is gebleken dat ongeveer 30% van de zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder en 50% van verpleeg- en verzorgingshuisbewoners minstens één keer per jaar valt (CBO, 2004; LPZ, 2007). Het aantal valincidenten bij 65-plussers bedraagt zodoende meer dan 1 miljoen per jaar in Nederland. Vallen is de belangrijkste oorzaak van overlijden door een ongeval bij ouderen boven de 65 jaar (Murray et al., 1996; Halfens et al., 2007).

In 2007 werden valincidenten voor het eerst meegenomen in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgincidenten. De incidentie is vastgesteld over de periode 30 dagen voorafgaand aan de meting. Het aantal 'vallers' is, uitgesplitst naar drie sectoren, weergegeven in *figuur 2.4.5*. Van de thuiszorgpatiënten viel 11,7%, in de verzorgingshuizen



Figuur 2.4.5: Het aantal mensen dat is gevallen in de periode 30 dagen voorafgaand aan de meting, in 2007 (%) (Bron: Halfens, 2007).

8,6% en in de verpleeghuizen 7,5%. In alle drie de categorieën viel ongeveer één op de vier patiënten meer dan één keer.

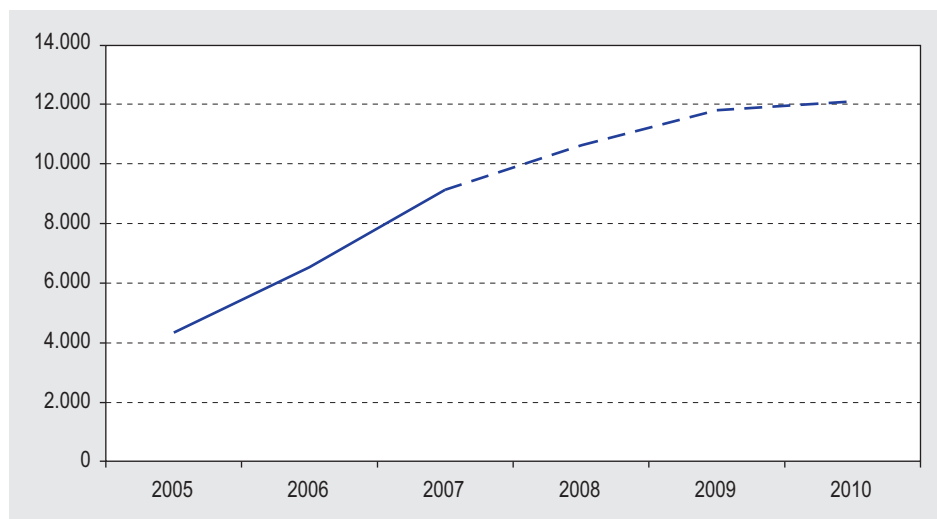
Valincidenten leiden vaak tot letsel. In de verpleeghuizen en verzorgingshuizen is dat in ongeveer 36,5% van de incidenten, bij de thuiszorgpatiënten is dat zelfs in 48% van de incidenten.

Het aantal plaatsen in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie is tussen 2005 en 2007 meer dan verdubbeld

Kleinschalig wonen is tussen 2005 en 2007 meer dan verdubbeld (KCWZ, 2007). Naar verwachting zal, met de uitvoering van de bestaande plannen, het aantal plaatsen toenemen van 4.346 in 2005 naar 12.087 plaatsen in 2010 (zie *figuur 2.4.6*). Dat is een toename van 178%. In 2005 waren er in Nederland ongeveer 193.000 mensen met dementie en waren er 4.442 plaatsen voor kleinschalig wonen op 349 verschillende locaties. Tussen 2005 en 2030 groeit naar schatting het aantal mensen met dementie in Nederland met 65% van 193.000 naar 319.000. In 2010 is daarmee 24,8 % van de geschatte behoefte aan psychogeriatrische zorg in verpleeghuizen gerealiseerd in kleinschalige woonvormen (KCWZ, 2007).

Het gezondheidsrisico voor cliënten in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg lijkt licht af te nemen

Het gezondheidsrisico voor cliënten in instellingen voor langdurige zorg lijkt af te nemen. Bij de risico-inventarisatie wordt er op cliëntniveau gekeken naar onder andere medicatiefouten, decubitus, depressie, urine-incontinentie en valincidenten.



Figuur 2.4.6: Aantal plaatsen kleinschalig wonen voor mensen met dementie, 2005-2010 (Bron: KCWZ, 2007) (doorgetrokken lijn=gerealiseerd; stippellijn=gepland).

Op instellingsniveau wordt er onder andere gekeken naar het wel of niet aanwezig zijn van protocollen en richtlijnen. De IGZ signaleert dergelijke risico's door middel van het Inspectie Formulier (IF). Aan de hand van een IF berekent de IGZ een zogenaamde IF-score die varieert van 0% tot 100%. Hoe hoger de score hoe hoger het risico. De gemiddelde IF-score blijkt van 2004 tot 2006 te zijn gedaald (zie tabel 2.4.4). Deze daling duidt op een afname van risicovolle situaties. Deze afname geldt voor zowel de intramurale zorg als voor de extramurale zorg (IGZ, 2006). In de thuiszorg is de daling minder sterk. Bij de thuiszorg was de gemiddelde IF-score echter (extramurale zorg) in 2005 al relatief laag (IGZ, 2006a, 2007a).

Tabel 2.4.4: Gemiddeld risico (IF-scores) in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, 2004-2006 (Bron: IGZ, 2006a).

Organisatie	Kenmerken	Inspectieformulieren					
		Zorg met verblijf			Zorg zonder verblijf		
		2004	2005	2006	2004	2005	2006
Verpleeghuizen	Aantal	377	393	385	229	201	
	Gemiddelde	43%	37%	34%	35%	32%	
Verzorgingshuizen	Aantal	1134	1110	1053	965	910	
	Gemiddelde	45%	45%	40%	41%	37%	
Verzorgingshuizen met verpleegunit	Aantal	253	240	228	207	193	
	Gemiddelde	44%	41%	37%	39%	36%	
Thuiszorginstellingen	Aantal		8	11	259	250	
	Gemiddelde		48%	37%	35%	34%	

Verantwoorde zorg voor gehandicapten is in een kwart van de instellingen zorgelijk volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ook voor de gehandicaptenzorg is in de periode 2006-2007 een risicotoets uitgevoerd aan de hand van acht risicoaspecten waaronder vrijheidsbeperkende maatregelen, continuïteit van zorg, deskundigheid van het personeel en zelfbepaling en medezeggenschap (IGZ, 2007a).

Op basis van bezoeken concludeert de IGZ dat in een kwart van het veld de situatie zorgelijk is. Inspecties vonden plaats in woon/zorglocaties van 96 organisatorische eenheden. Een plan van aanpak werd gevraagd als op één of meer risicoaspecten een matig tot zeer hoog risico werd gescoord. 15 van de 96 eenheden hoefden geen plan van aanpak te maken. In 41 eenheden moesten woon/zorglocaties een plan van aanpak maken voor drie tot acht risicoaspecten (IGZ, 2007a).

Clënten en vertegenwoordigers oordelen doorgaans positief over de zorginstellingen voor gehandicaptenzorg

In een grote benchmarkstudie die PWC (2007) uitvoerde onder instellingen voor gehandicaptenzorg bleek dat cliënten en hun vertegenwoordigers doorgaans positief zijn over de zorginstelling. Op vier hoofdgebieden werden cliëntenoordelen in kaart gebracht. Deze gebieden waren wonen, dagbesteding, bejegening en zeggenschap. De oordelen werden gemeten op een schaal van 1 (meest negatief) tot 100 (meest positief). Het gemiddelde van alle oordelen van cliënten en hun vertegenwoordigers bij elkaar bedroeg 78,7.

Tabel 2.4.5: Cliëntenoordelen gehandicaptenzorg, in 2007 (Bron: PWC, 2007).

	Gemiddeld	Hoogst	Laagst
Wonen	79.4	86.0	71.9
Dagbesteding	80.7	84.7	74.5
Bejegening	80.9	85.3	75.1
Zeggenschap	75.5	88.4	56.1

In tabel 2.4.5 zijn de oordelen (alleen die van cliënten) weergegeven op deze vier terreinen. Naast het gemiddelde is de score van de hoogst en laagst scorende instelling weergegeven. De gemiddelde scores lopen uiteen van 75,5 voor zeggenschap tot 80,9 voor bejegening. Vooral op het terrein van de zeggenschap zien we veel variatie. Het verschil tussen de best en slechtst scorende instelling bedraagt maar liefst 30%.

Conclusie

Het veld van de langdurige zorg is groot en divers. Het beeld dat uit deze paragraaf naar voren komt is dan ook gevarieerd en leidt vaak deels tot andere conclusies voor verschillende werkvelden binnen de langdurige zorg. Er kunnen enkele algemene conclusies worden getrokken. Sommige daarvan stemmen optimistisch terwijl andere zorgwekkend zijn te noemen.

Gunstige tekenen zijn dat het vóórkomen van zorgproblemen als decubitus en ondervoeding daalt. Verder is volgens de inspectie een kleine afname waarneembaar in gezondheidsrisico's, vooral bij cliënten van verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Ook zijn cliënten redelijk positief in hun totaaloordeel over de zorg, hoewel er behoorlijke verschillen waarneembaar zijn tussen verschillende vormen van zorg. Thuiszorgpatiënten zijn bijvoorbeeld aanzienlijk positiever dan cliënten van verpleeghuizen. Overigens blijken ook de thuiszorgmedewerkers positiever over de kwaliteit van de zorg dan hun collega's in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Er zijn ook zaken die zorgelijk zijn. De prevalentie van ondervoeding neemt weliswaar af, maar dat is niet het geval in de verzorgingshuizen waar nog altijd meer dan een kwart van de cliënten ondervoed is. Ook de oordelen van het personeel van verzorgingshuizen en verpleeghuizen over de kwaliteit van zorg geven te denken. Zij zijn degenen die hier dag in, dag uit, zicht op hebben en hun oordeel is niet enthousiast. De schaalscores komen overeen met de kwalificatie 'neutraal'. Bovendien lijken zij een afname van kwaliteit waar te nemen. Ook cliënten zijn op sommige punten kritisch. Het tekort aan personeel, waardoor volgens menig verpleegkundige of verzorgende de veiligheid in het geding komt (zie ook *paragraaf 3.8*) komt als belangrijkste verbeterpunt naar voren uit onderzoek naar patiëntervaringen. Ook inspraak van cliënten en de informatievoorziening blijven kritische punten. In 2006 sprak de stichting Cliënt en Kwaliteit al uit dat kwaliteitsverbetering op deze punten uitblijft (SCK, 2006) en ook in de CQ-index die voor het eerst in 2006 werd uitgevoerd, werden deze aspecten vrij slecht beoordeeld.

Zoals in de inleiding al werd aangegeven, hebben de overheid, cliëntenorganisaties en veldpartijen de handen ineen geslagen om te komen tot een normenset voor verantwoorde zorg. Een aantal indicatoren dat deel uitmaakt van dit toetsingskader is in deze paragraaf gerapporteerd: decubitus, ondervoeding, valincidenten en patiëntenoordelen.

Enkele indicatoren die vooral ook betrekking hebben op de kwaliteit van instellingen hadden we graag een plaats gegeven binnen deze Zorgbalans, maar de gegevens waren daarvoor helaas nog niet beschikbaar. Het betreft de volgende indicatoren:

- Beschikbaarheid van arts en verpleegkundige (Bron: IGZ):
 - 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen tien minuten ter plaatse
 - en 7 x 24 uur een arts bereikbaar en oproepbaar,
 - deze arts reageert binnen tien minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse
- De mate waarin het personeel bekwaam is in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen (Bron: IGZ).

2.5 Hoe effectief zijn de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg?

Kernbevindingen

- De helft van de volwassenen in Nederland met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis ontvangt daarvoor zorg; dat is gemiddeld vergeleken met vier vergelijkbare EU-landen
- Bijna alle volwassenen (97%) met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg ontvangen tenminste één vervolcontact; dat is meer dan in vier vergelijkbare EU-landen
- Van alle volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg, ontvangt 67% een adequate vorm van zorg; dat is meer dan in vier vergelijkbare EU-landen
- Tweederde van de GGZ-behandelingen (70%) wordt beëindigd in gezamenlijk overleg tussen cliënt en behandelaar; dat percentage is vanaf 2002 constant
- Een kwart (26%) van de mensen die na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis terechtkomen, ontvangt daar een psychiatrisch consult

Hoe we het effect van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg vaststellen

Het aantal potentiële cliënten van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg is groot. Jaarlijks heeft ongeveer 16% (2,6 miljoen mensen) van de Nederlandse bevolking last van een psychische stoornis, exclusief stoornissen in verband met alcohol of drugs (Vollebergh et al., 2003; Van Ginneken en Schoemaker, 2005). Veruit de meeste mensen met psychische stoornissen zoeken daarvoor echter geen hulp. De minderheid die wel hulp zoekt, richt zich tot diverse reguliere en commerciële aanbieders in zowel de eerste als de tweede lijn.

Door dit enerzijds beperkte en anderzijds diverse zorggebruik, biedt de zorgregistratie van de tweedelijns GGZ een onvolledig beeld van de kwaliteit van de zorg voor mensen met psychische stoornissen (Vollebergh et al., 2003). Deze onvolledigheid is de belangrijkste reden om in deze tweede Zorgbalans minder nadruk te leggen op de zorgregistratie in de GGZ en verslavingszorg.

De gegevens zijn vooral afkomstig van een grootschalig representatief onderzoek naar de zorg die volwassenen met een angst-, stemmings- of verslavingsstoornis ontvangen (Wang et al., 2007). Dit zijn de drie meest voorkomende psychische stoornissen (Vollebergh et al., 2003). We beperken ons in deze paragraaf tot de zorg voor volwassenen die hieraan in ernstige mate lijden.

Het WHO-onderzoek waarop we ons baseren, is uitgevoerd in de periode 2001-2005 en alle zorgvormen in eerste- en tweedelijns zijn in deze studie meegenomen (Wang et al.,

2007). De gegevens zijn de meest recente die beschikbaar zijn van deze kwaliteit. Aangezien het onderzoek in meerdere Europese landen op dezelfde wijze is uitgevoerd, maakt het interessante internationale vergelijkingen mogelijk.

De eerste indicator is het zorggebruik. Niet alle patiënten ontvangen ook zorg, daarvoor is het gezondheidseffect op bevolkingsniveau niet optimaal. Het aandeel dat wel zorg ontvangt, is daarom als indicator genomen. Daarnaast is gekozen voor twee andere indicatoren voor de kwaliteit van zorg: adequaatheid van zorg en continuïteit van zorg. In beide gevallen gaat het om minimale eisen, gebaseerd op internationale evidence-based richtlijnen (Wang et al., 2007).

Een andere indicator die we rapporteren is het in onderling overleg beëindigen van de behandeling; dit kan worden beschouwd als maat voor de verhouding en communicatie tussen behandelaar en cliënt. Deze indicator is wel gebaseerd op de zorgregistratie van GGZ Nederland. Daarnaast is een indicator opgenomen voor preventie van suïcide, gebaseerd op de LMR. Aangenomen wordt dat een snelle goede opvang van mensen die na een suïcidepoging worden opgenomen op de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis, herhaling zou kunnen voorkomen (Bool et al., 2007; Verweij, 2007).

Indicatoren

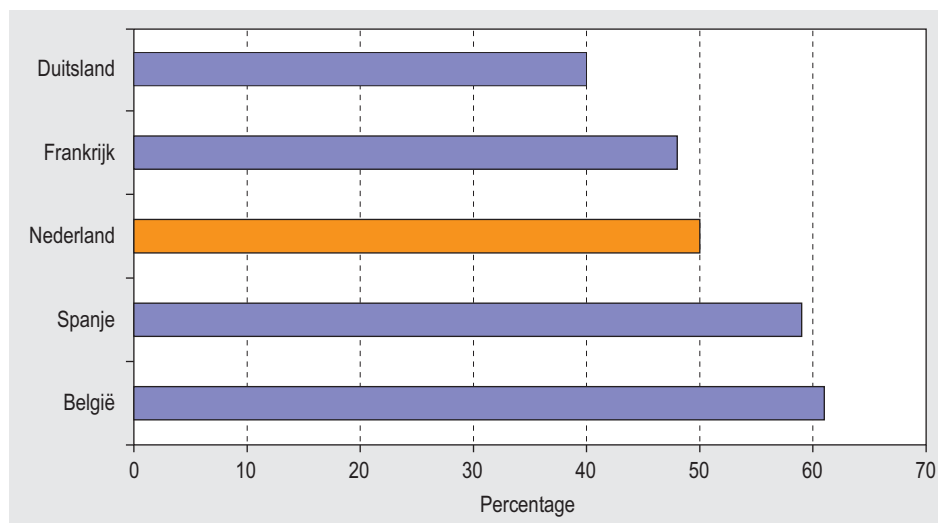
- Het aandeel volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis dat daarvoor zorg ontvangt
- Het aandeel volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings of verslavingsstoornis in zorg dat tenminste één vervolcontact ontvangt
- Het aandeel volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg dat daarvoor een adequate vorm van zorg ontvangt
- Het aandeel van de GGZ-behandelingen dat wordt beëindigd in onderling overleg tussen behandelaar en cliënt/patiënt
- Het aandeel mensen dat na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp terechtkomt en daar wordt gezien door een psychiater

De stand van zaken

De helft van de volwassenen in Nederland met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis ontvangt daarvoor zorg; dat is gemiddeld vergeleken met vier vergelijkbare EU-landen

Van alle volwassenen in Nederland die volgens de officiële psychiatrische diagnostische criteria (DSM-IV) een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis (alcohol en drugs) hebben, ontvangt de helft (50%) daarvoor een vorm van zorg (Wang et al., 2007). Dit percentage is, uiteraard veel lager voor volwassenen met de milde varianten van deze stoornissen (16%).

Het Nederlandse percentage van 50% is gemiddeld vergeleken met de zorggebruikpercentages in vier vergelijkbare Europese landen: Duitsland (40%), Frankrijk (48%), Spanje



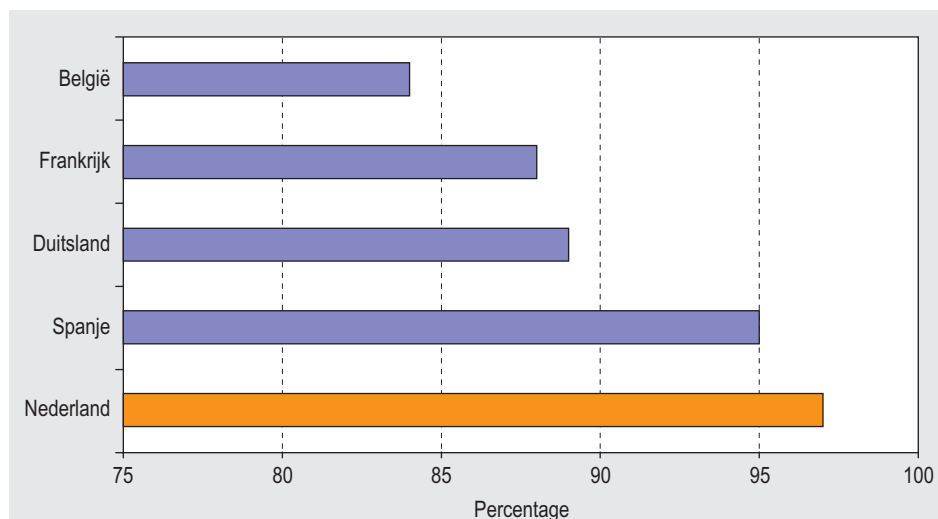
Figuur 2.5.1: Het percentage volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis dat daarvoor zorg ontvangt, 2001-2003 (Bron: Wang et al., 2007).

(59%) en België (61%). In minder welvarende landen is dit percentage veel lager (Wang et al., 2007).

Van alle volwassenen in Nederland met ernstige stoornissen is ongeveer een derde (32%) in behandeling in de gespecialiseerde GGZ of verslavingszorg. Met dit percentage scoort Nederland samen met Spanje (39%) en België (36%) het hoogste van de eerdergenoemde Europese landen: de percentages in Frankrijk (24%) en Duitsland (19%) zijn lager.

Bijna alle volwassenen (97%) met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg ontvangen tenminste één vervolcontact; dat is meer dan in vier vergelijkbare EU-landen

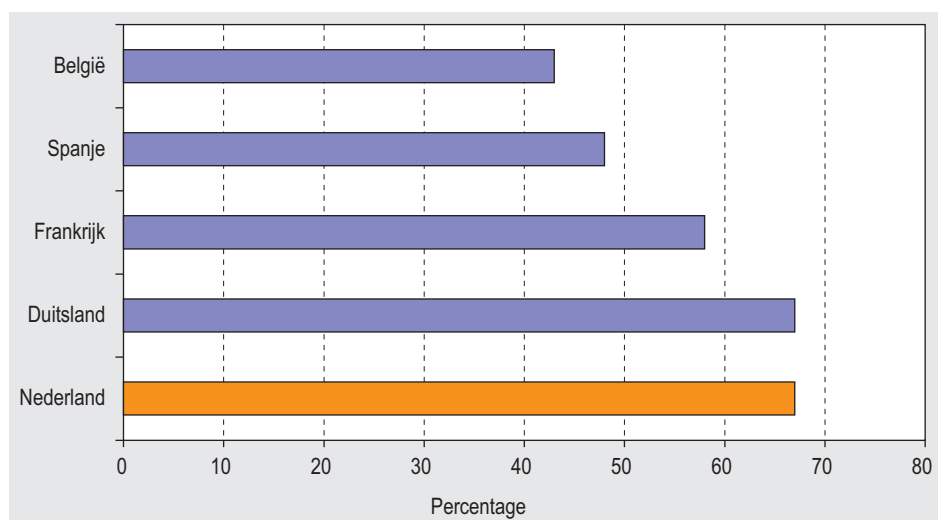
Vrijwel alle volwassenen (97%) in Nederland met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis die daarvoor hulp ontvangen, hebben tenminste één vervolcontact (Wang et al., 2007). Dit is hoger dan de percentages in vier vergelijkbare Europese landen: België (84%), Frankrijk (88%), Duitsland (89%) en Spanje (95%). In minder welvarende landen is dit ongeveer even hoog. Voor alle volwassenen met een angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg, dus *ongeacht de ernst*, is dit follow-up percentage in Nederland 86%. Daarmee bevindt Nederland zich met Spanje, België en Frankrijk in de middenmoot van de zes Europese landen, tussen enerzijds Duitsland (70%) en anderzijds Italië (95%) (zie *figuur 2.5.2*).



Figuur 2.5.2: Het percentage volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg dat tenminste één vervolcontact ontvangt, 2001-2003 (Bron: Wang et al., 2007).

Van alle volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg, ontvangt 67% een adequate vorm van zorg; dat is hoger dan in vier vergelijkbare EU-landen

Twee derde van de volwassenen in Nederland met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis die daarvoor hulp ontvangen (67%), krijgt zorg die voldoet aan enkele minimale eisen voor adequaatheid (Wang et al., 2007). Dit is vergelijkbaar met



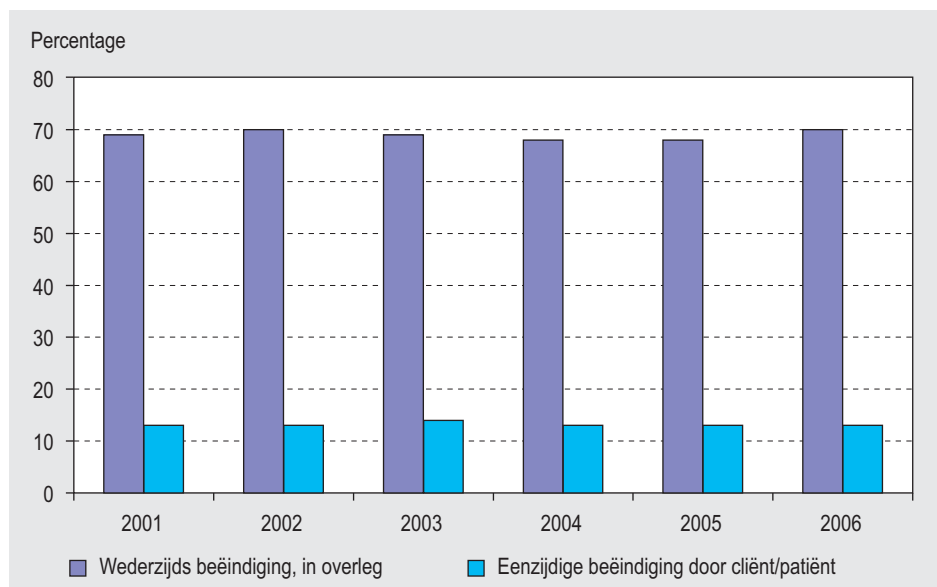
Figuur 2.5.3: Het percentage volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg dat daarvoor een adequate vorm van zorg ontvangt, 2001-2003 (Bron: Wang et al., 2007).

de situatie in Duitsland (67%), en hoger dan de percentages in België (43%), Frankrijk (58%) en Spanje (48%). Het is veel hoger dan in niet-ontwikkelde landen. Onder minimaal adequate zorg wordt hier verstaan: tenminste acht bezoeken aan enige zorgsector (dus ook de eerste lijn), of vier bezoeken met tenminste een maand medicatie of continue zorg op het moment van interviewen.

Voor alle volwassenen met een angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg, dus *ongeacht de ernst*, is dit percentage in Nederland veel lager: 34%. Daarmee staat Nederland samen met Spanje, en België onder Duitsland en Frankrijk (beide 42%).

Tweederde van de GGZ-behandelingen (70%) wordt beëindigd in gezamenlijk overleg tussen cliënt en behandelaar; dat percentage is vanaf 2002 constant

Bij 70% van de uitschrijvingen in de GGZ in 2006 gebeurde dat in gezamenlijk overleg (GGZ Nederland, 2007). Dat percentage is vrijwel constant sinds 2001. Wederzijdse beëindiging kwam in 2006 in het circuit voor jeugdigen het meest voor (79%), daarna bij volwassenen (69%) en ouderen (68%), en het minst in de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) (48%). Ook het percentage eenzijdige beëindigingen door de patiënt/cliënt is vrijwel constant: 13%. Eenzijdige beëindiging door de cliënt/patiënt kwam in 2006 bij volwassenen (15%) en in de RIBW's (15%) meer voor dan bij kinderen (10%) en ouderen (5%) (zie *figuur 2.5.4*).



Figuur 2.5.4: Het aandeel GGZ-behandelingen dat wordt beëindigd in onderling overleg tussen behandelaar en cliënt/patiënt, en het percentage eenzijdige beëindigingen door de patiënt/cliënt, 2001- 2006 (Bron: GGZ Nederland, 2007).

Deze indicator zegt vooral iets over de communicatie tussen behandelaar en cliënt, en of de cliënt meebeslist over belangrijke behandelbeslissingen (in dit geval beëindiging). Het is uitdrukkelijk geen indicator van het effect van de behandeling. Een beëindiging kan betekenen dat de zorgvraag beantwoord is, maar het is ook mogelijk dat behandelaar en cliënt samen besluiten dat de ingezette behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. Andere redenen voor beëindiging waren ondermeer overlijden en eenzijdige beëindiging door de behandelaar.

Een kwart (26%) van de mensen die na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis terechtkomen, ontvangt daar een psychiatrisch consult

Een kwart (26%) van de mensen die in de periode 2001 – 2005 na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp terechtkwamen, werd tijdens het verblijf op de SEH gezien door een psychiater (Kerkhof et al., 2007). Omdat de kans op recidive na een suïcidepoging groot is, werd in een CBO-richtlijn uit 1991, en in een aantal recentere interne ziekenhuisrichtlijnen, aangeraden om alle suïcidepogers altijd zo snel mogelijk te laten bezoeken door een psychiater (Verwey, 2007). Deze richtlijnen worden dus in slechts een kwart van de gevallen nageleefd. Wanneer mensen worden opgenomen op een andere afdeling van het ziekenhuis, worden ze overigens wel vrijwel standaard gezien door een psychiater (Bool et al., 2007). De nazorg, en de verwijzing naar andere (GGZ-)instanties, is nog onvoldoende geregeld (Bool et al., 2007).

Conclusie

Het zorggebruik van volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis is in Nederland ongeveer even hoog als in Europese landen als Duitsland, België, Spanje en Frankrijk. De continuïteit van zorg – gedefinieerd als tenminste één vervolcontact – is voor deze groep in Nederland beter dan in de meeste andere Europese landen. Dat geldt ook voor de adequaatheid van de geboden behandeling. Over het geheel genomen is de zorg voor volwassenen met psychische stoornissen in Nederland dus tenminste evengoed als in andere Europese landen, en op punten zelfs beter (Cuijpers, 2008).

Wel zijn er punten die voor verbetering vatbaar zijn. Bijvoorbeeld in de opvang op de eerste hulp van mensen die een suïcidepoging hebben gedaan. In de richtlijnen voor opvang van suïcideplegers wordt aangeraden om alle mensen die na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis terechtkomen, snel te laten bezoeken door een psychiater. Dat gebeurt slechts in een kwart van de gevallen. Wanneer ze vervolgens worden opgenomen op een andere afdeling van het ziekenhuis, ontvangen ze meestal wel een psychiatrisch consult.

In de komende jaren zullen metingen van de drie indicatoren die we afleidden uit de studie van Wang et al. (2007) vrijwel zeker kunnen worden herhaald met de NEMESIS-studie. De resultaten van die studie zullen echter waarschijnlijk pas in 2010 beschikbaar

komen. In de GGZ is men erin geslaagd om een sectorbrede Basisset prestatie-indicatoren vast te stellen (IGZ, 2006b). In 2007 zijn de door de GGZ-instellingen aangeleverde gegevens over 2006 onderzocht (Van Ham et al., 2007). De onderzoekers concluderen dat over 2006 helaas nog geen betrouwbaar beeld van de GGZ kan worden gegeven. De onderzoekers spreken de verwachting uit dat dit in de toekomst wel mogelijk zal zijn.

2.6 Hoe staat het met de patiëntveiligheid?

Kernbevindingen

- Het aantal patiënten in Nederland dat van mening is dat er bij hun behandeling een medische fout is gemaakt, ligt met 5% op een internationaal laag niveau
- De gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen daalde in de periode 2003-2005; de sterftekans in het ziekenhuis met de hoogste sterfte was in 2005 nog 45% hoger dan gemiddeld
- 5,7% van de in 2004 in het ziekenhuis opgenomen patiënten liep tijdens hun opname onbedoelde schade op; in 40% van de gevallen was deze schade waarschijnlijk vermijdbaar geweest
- Het percentage gevallen van decubitus bij risicopatiënten daalde in algemene ziekenhuizen van 13,8% in 1998 naar 6,9% in 2007; in academische ziekenhuizen daalde dit percentage van 13,2% naar 11,2%
- Begin 2007 kreeg gemiddeld 6,9% van de opgenomen patiënten een ziekenhuisinfectie
- Het aantal ernstige bloedtransfusiereacties per 1000 geleverde bloedproducten schommelde in de periode 2004-2006 rond 0,13
- In 2006 was in 44% van de ziekenhuisapotheken informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch toegankelijk
- 10% van de ziekenhuizen voerde in 2006 minder operaties aan verwijding van de buikslagader uit dan de gestelde norm; voor operaties aan slokdarmkanker was dit 15%
- 2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van alle acute opnames in 2005/6 waren medicatiegerelateerd; hiervan wordt 46% potentieel vermijdbaar geacht
- Het percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert, stijgt gestaag sinds 2003

Hoe we patiëntveiligheid vaststellen

Patiëntveiligheid kan worden gedefinieerd als 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem' (De Bruijne et al, 2007). Deze schade kan zowel fysiek als psychisch zijn en leiden tot tijdelijke of permanente beperkingen of tot het overlijden van de patiënt.

Sinds de eerste Zorgbalans is de aandacht voor patiëntveiligheid explosief toegenomen. In Nederland zijn er veel initiatieven ontwikkeld of in ontwikkeling om de patiëntveiligheid te bevorderen. Alle gezondheidszorgsectoren beschikken over indicatoren of zijn bezig indicatoren op te stellen, waarmee de prestaties van de sector in beeld kunnen worden gebracht. Indicatoren voor patiëntveiligheid vormen daarvan een essentieel onderdeel. Daarnaast hebben brancheorganisaties en beroepsverenigingen van medische specialisten, langdurige zorg, gehandicaptenzorg en GGZ veiligheidsplannen opgesteld. In deze plannen nemen registreren, toetsen en evalueren een belangrijke plaats in.

Niet voor alle indicatoren en onderdelen binnen de zorg zijn reeds gegevens op landelijk niveau beschikbaar. Zo kan er nog weinig over de patiëntveiligheid in de GGZ en de gehandicaptenzorg gerapporteerd worden. Patiëntveiligheid in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg komt deels bij de langdurige zorg (*paragraaf 2.4*) aan de orde. Onderstaande indicatoren hebben derhalve grotendeels betrekking op de ziekenhuizen.

Indicatoren

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

- Percentage mensen dat fouten heeft ervaren, zoals:
 - fouten bij medicijnverstrekking
 - medische fout bij behandeling/ verzorging
 - fout bij verstrekking onderzoeksuitlagen
- Gestandaardiseerde sterfte tijdens ziekenhuisopname, gecorrigeerd voor samenstelling van de populatie
- Percentage patiënten dat in het ziekenhuis onbedoelde schade oploopt
- Percentage patiënten dat decubitus krijgt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Percentage patiënten dat een ziekenhuisinfectie oploopt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Aantal bloedproducten waarbij na bloedtransfusie ernstige reacties optreden
- Percentage ziekenhuizen waarbij informatie over in ziekenhuis en elders voorgescreven medicatie op ziekenhuisafdelingen en elders elektronisch toegankelijk is
- Percentage ziekenhuizen dat minder dan het minimale aantal vereiste AAA- en OCR-ingrepen uitvoert
- Percentage medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames
- Het percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert

De stand van zaken

Het aantal patiënten in Nederland dat van mening is dat er bij hun behandeling een medische fout is gemaakt, ligt met 5% op een internationaal laag niveau

In Nederland vindt 5% van de mensen dat tijdens hun behandeling of verzorging de afgelopen twee jaar een medische fout is gemaakt (zie *tabel 2.6.1*). In vergelijking met zes andere westerse landen is dit percentage laag. In Nederland geeft verder 6% aan dat zij de verkeerde medicijnen of dosering hebben gekregen; dit percentage wijkt ten opzichte van de andere landen niet veel af. Volgens 2% van de Nederlanders hebben zij de verkeerde uitslagen van een medisch onderzoek gekregen; in drie andere landen is dit twee tot drie keer zo hoog. Daarnaast vindt 7% van de mensen in Nederland dat zij laat op de hoogte zijn gesteld van afwijkende testresultaten; alleen in Duitsland ligt dit percentage beduidend lager.

Tabel 2.6.1: Door patiënten ervaren onveiligheid in curatieve zorg - medische fouten, naar land, in 2007 (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007; databewerking RIVM).

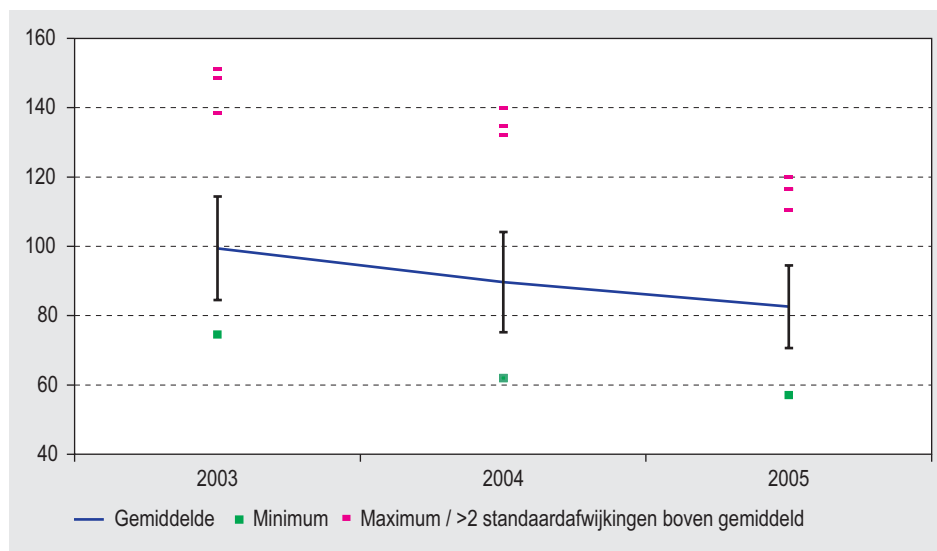
	NL	Aus	Can	Dui	NZ	VK	VS
Heeft u de afgelopen 2 jaar de verkeerde medicijnen of dosering gekregen? (% ja)	6	8	6	5	6	6	7
Is er naar uw mening tijdens uw behandeling of verzorging de afgelopen 2 jaar een medische fout gemaakt? (% ja)	5 ^a	11	7	6	8	6	9
Heeft u de afgelopen 2 jaar de verkeerde uitslagen gekregen van een medisch onderzoek? (% ja)	2	5	4	2	3	3	5
Bent u de afgelopen 2 jaar laat op de hoogte gesteld van afwijkende testresultaten? (% ja)	7	7	9	2	7	8	11

^a $p < 0.05$.

NL = Nederland; Aus = Australië; Can = Canada; Dui = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten

De gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen daalde in de periode 2003-2005; de sterftekansen in het ziekenhuis met de hoogste sterfte was in 2005 nog 45% 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, hoofddiagnose en verpleegduur tussen (populaties van) patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen. De aldus berekende gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen daalde gestaag in de periode 2003-2005. De spreiding tussen ziekenhuizen nam eveneens af, met ongeveer 35%. Ook in 2005



Figuur 2.6.1: Gestandaardiseerde sterfte in Nederlandse ziekenhuizen, 2003-2005 (Bron: Prisma, databewerking RIVM).

signaleert de HSMR 'oversterfte' in een deel van de Nederlandse ziekenhuizen (zie *figuur 2.6.1*). De sterftekans in het ziekenhuis met de hoogste sterftekans was in 2005 nog 45% hoger dan in ziekenhuizen met een gemiddelde score.

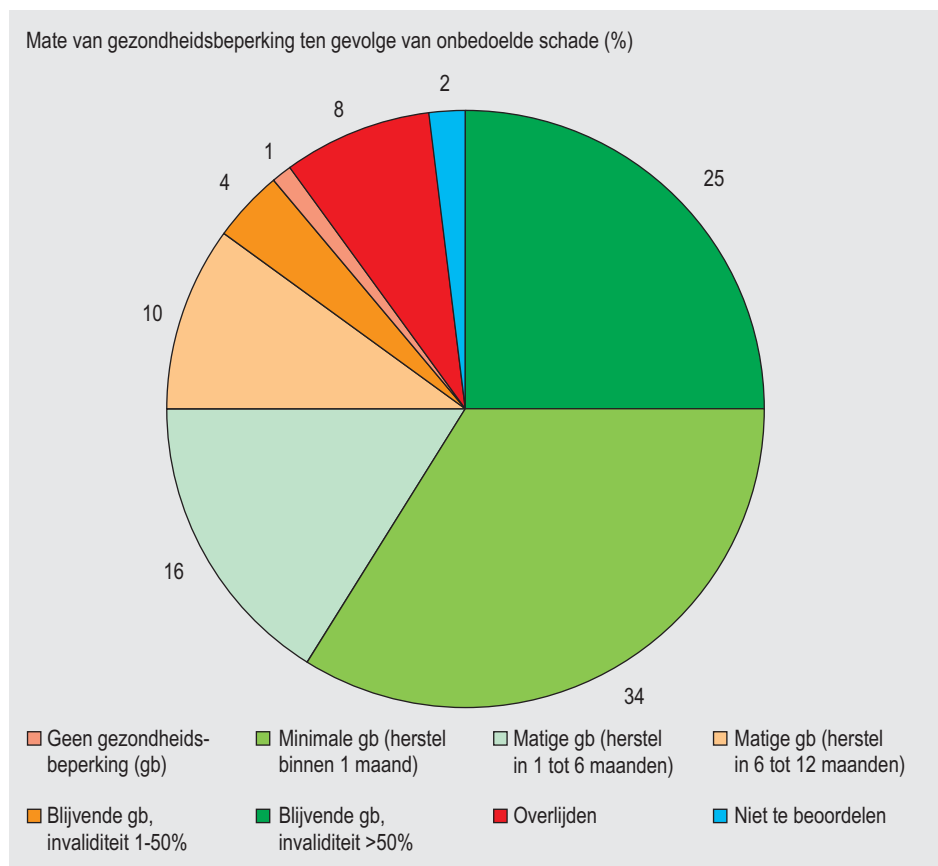
5,7% van de in 2004 in het ziekenhuis opgenomen patiënten liep tijdens hun opname onbedoelde schade op; in 40% van de gevallen was deze schade waarschijnlijk vermijdbaar geweest

In 2004 werden ruim 1,3 miljoen mensen opgenomen in een ziekenhuis. Naar schatting liepen 76.000 van deze patiënten (5,7%) onbedoelde schade op. In vier op de tien gevallen was deze schade waarschijnlijk vermijdbaar geweest (De Bruijne et al., 2007). De ernst van onbedoelde schade loopt uiteen van gevolgen die zijn verdwenen op het moment van ontslag tot en met overlijden. In *figuur 2.6.2* is het aandeel gevallen van onbedoelde schade naar ernst weergegeven.

Onbedoelde schade leidt in de meeste gevallen tot tijdelijke beperkingen die binnen een jaar zijn verdwenen. Bij 5% is er sprake van blijvende beperkingen en bij 8% heeft de schade mogelijk bijgedragen tot overlijden (zie *figuur 2.6.2*).

Deze resultaten waren voor de overheid aanleiding om een beleidsnorm voor vermijdbare schade in ziekenhuizen op te stellen; een reductie van het aantal gevallen met 50% tussen 2008-2011 (Rijksbegroting, 2007).

De gegevens zijn ontleend aan de EMGO/NIVEL dossierstudie naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen (De Bruijne et al., 2007). In aansluiting op deze studie worden binnen het kader van het veiligheidsmanagementprogramma in ziekenhuizen 'Voorkom schade, werk veilig' voor 10 veiligheidsthema's 'good practices' uitgewerkt.



Figuur 2.6.2: Mate van gezondheidsbeperking ten gevolge van onbedoelde schade tijdens ziekenhuisopname (n=76.000), in 2004 (%) (Bron: NIVEL, databewerking NIVEL).

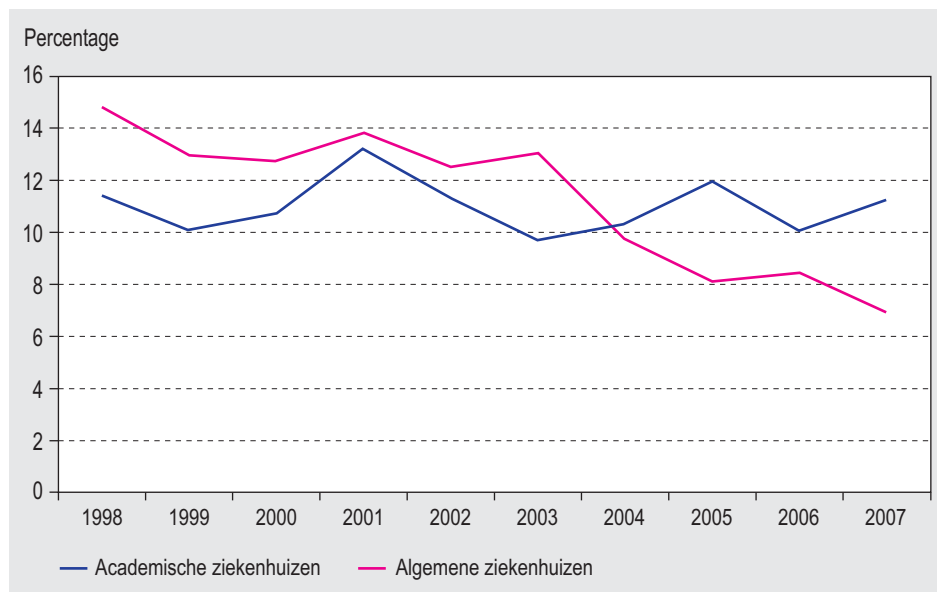
Deze bieden ziekenhuizen een handvat in hun streven bovengenoemde norm te behalen. De effectiviteit van deze good practices zal worden geëvalueerd.

In het kader van de EMGO/NIVEL studie werd ook een inventarisatie gemaakt van buitenlandse dossierstudies naar onbedoelde schade in ziekenhuizen. Omdat deze studies verschillen in gebruikte definities en referentiejaar is een vergelijking van de uitkomsten niet echt mogelijk. Wel kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat het aantal gevallen van onbedoelde schade in Nederland niet hoog is vergeleken met andere landen.

Het percentage gevallen van decubitus bij risicopatiënten daalde in algemene ziekenhuizen van 13,8% in 1998 naar 6,9% in 2007; in academische ziekenhuizen daalde dit percentage van 13,2% naar 11,2%

In 2007 kwam decubitus voor bij 11,8% van de patiënten in algemene ziekenhuizen en 15,4% van de patiënten in academische ziekenhuizen (Halfens et al., 2007). 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.

Voor de preventie van nosocomiale decubitus is het van belang te weten welke patiënten een verhoogd risico lopen. Dit risico wordt gemeten met behulp van 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 2007 respectievelijk 53,4% en 53,1% (Halfens et al., 2007). Daarbij kan aangetekend worden dat een licht verhoogd risico veel vaker voorkomt dan een sterk verhoogd risico en het risico op decubitus ook afhangt van de ligduur (Both en Halfens, 2008). Omdat de lichtste graad van decubitus, graad 1, moeilijk is vast te stellen, wordt deze vaak buiten beschouwing gelaten (Halfens et al., 2001). In *figuur 2.6.3* is te zien dat de prevalentie van nosocomiale decubitus (zonder graad 1) binnen de groep risicopatiënten in algemene ziekenhuizen de laatste jaren sterk is afgenomen, van 13,8% in 2001 naar 6,9% in 2007. De prevalentie in de academische ziekenhuizen fluctueert veel meer, en nam in dezelfde periode af van 13,2% naar 11,2%.



Figuur 2.6.3: Prevalentie van in het ziekenhuis ontstane decubitus (zonder graad 1) bij de risicogroep, 1998-2007 (%) (Bron: Halfens et al., 2005, 2006, 2007).

De decubitusprevalentie in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg komt in *paragraaf 2.4* aan de orde. Een vergelijkende studie tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen (Tannen et al., 2006) toont aan dat in de periode 2002-2005 decubitus in risicogroepen in Nederland meer voorkwam dan in Duitsland.

Begin 2007 kreeg gemiddeld 6,9% van de opgenomen patiënten een ziekenhuisinfectie

In maart 2007 was het gemiddelde percentage opgenomen patiënten met een ziekenhuisinfectie 6,9% (bi 6,4% – 7,4%). De verschillen tussen ziekenhuizen zijn echter groot:

tussen de 3% en 15%. Symptomatische urineweginfectie komt het meest voor (2,2%) gevolgd door longontsteking (1,1%) en sepsis (0,9%). Van alle geopereerde patiënten had 4,6% een postoperatieve wondinfectie (POWI) (PREZIES, 2007).

Het risico dat een POWI optreedt, verschilt sterk per ingreep. Het is daarom zinvol om naar verschillen tussen ziekenhuizen te kijken *binnen* (een cluster van) ingrepen. In *tabel 2.6.2* 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. De cijfers zijn ontleend aan de eerste landelijke prevalentiestudie naar ziekenhuisinfecties, die jaarlijks door PREZIES uitgevoerd zal worden (PREZIES, 2007).

Tabel 2.6.2: Postoperatieve wondinfecties binnen drie CTG-hoofdgroepen, in 2007 (%) (Bron: PREZIES, 2007).

Aandoeningen	Patiënten met postoperatieve wondinfectie	95% BI
Botspierstelsel (n=1014)	2,8	1,9 - 4,0
Maag-darmstelsel (n=640)	12	9,7 - 14,8
Hart / grote vaten (n=321)	4,4	2,6 - 7,2
BI = betrouwbaarheidsinterval		

Het aantal ernstige bloedtransfusiereacties per 1000 geleverde bloedproducten schommelde in de periode 2004-2006 rond 0,13

Bloedtransfusiereacties komen voor in verschillende gradaties van ernst. Een voorval is ernstig wanneer het dodelijk is (graad 4), levensgevaar oplevert, invaliditeit of arbeidsongeschiktheid veroorzaakt (graad 3), of tot opname in een ziekenhuis leidt of de duur van de ziekte verlengt (graad 2) (EU, 2002). 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 2006 registreerde TRIP 2,9 transfusiereacties per 1000 geleverde bloedproducten. Daarvan was in 0,18 per 1000 producten sprake van een ernstige reactie. Het aantal transfusiereacties stijgt nog ieder jaar, maar het aantal ernstige reacties is vrij stabiel (2004: 0,12; 2005: 0,13; 2006: 0,18) (zie *figuur 2.6.4*). 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 namelijk aangepast aan de EU definitie en uitgebreid met 'verlenging ziekenhuisopname'.

In 2006 was in 44% van de ziekenhuisapotheken informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch toegankelijk

In het medicatieproces van voorschrijven, bereiden en toedienen zijn veel risicovolle momenten, zeker wanneer dit proces zich zowel intramuraal als extramuraal afspeelt. Door gegevens over medicijngebruik elektronisch beschikbaar en uitwisselbaar te maken, kunnen medicatiefouten worden voorkomen.



Figuur 2.6.4: Aantal (ernstige) bloedtransfusiereacties per 1000 bloedproducten, 2003-2006 (Bron: TRIP, 2004; 2005; 2006; 2007).

Het percentage ziekenhuizen waarbij informatie over op de afdeling voorgeschreven medicatie in de ziekenhuisapotheek elektronisch toegankelijk is, nadert de 100%. Dit is nog bij lange na niet het geval voor poliklinisch en buiten het ziekenhuis voorgeschreven medicatie. Opvallend is dat in de ziekenhuisapotheek de elektronische toegankelijkheid tot poliklinisch voorgeschreven medicatie geringer is dan de toegankelijkheid tot extramuraal voorgeschreven medicatie (zie tabel 2.6.3). De elektronische toegankelijkheid tot extramuraal voorgeschreven medicatie blijkt overal in het ziekenhuis zeer beperkt te zijn. Dit is zorgwekkend aangezien ruim 80% van de medicijnen extra-

Tabel 2.6.3: Percentage ziekenhuizen waar informatie over (poli)klinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie op alle poliklinieken, afdelingen, ziekenhuisapotheek en extramuraal elektronisch beschikbaar is, 2004-2006 (%) (Bron: IGZ, 2005; 2006c; 2007b).

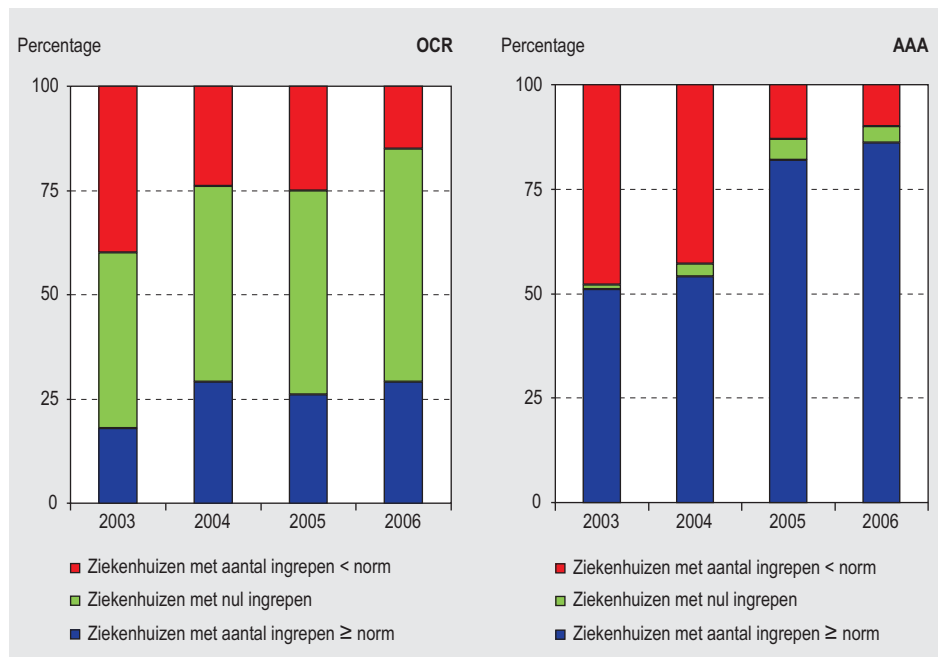
Elektronisch beschikbaar op	Klinisch voorgeschreven medicatie			Poliklinisch voorgeschreven medicatie			Extramuraal voorgeschreven medicatie		
	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)
Ziekenhuis- apotheek	83	93	96	22	34	36	21	39	44
Verpleeg- afdeling	35	34	50	3	8	12	5	5	3
Polikliniek	24	30	44	6	6	13	4	1	3
Extramuraal	8	14	16	17	33	26	a	a	a
a = per definitie 100%.									

muraal door de huisarts wordt voorgeschreven (Vandermeulen et al., 1999). De introductie van het centraal patiëntendossier zou een oplossing kunnen bieden. September 2007 waren echter nog slechts vijf huisartsenpraktijken en één huisartsenpost hier op aangesloten (zie paragraaf 2.7).

10% van de ziekenhuizen voerde in 2006 minder operaties aan verwijdingen van de buikslagader uit dan de gestelde norm; voor operaties aan slokdarmkanker was dit 15%

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 een minimum aantal vastgesteld dat per jaar in een ziekenhuis verricht moet worden. Voor OCR is dit 10 (t/m 2003: 15) en voor AAA is dit 15 (t/m 2004: 30).

Het percentage ziekenhuizen dat in 2006 minder ingrepen uitvoerde dan deze norm is 10% voor AAA-ingrepen en 15% voor OCR-ingrepen. Sinds 2003 daalt het percentage ziekenhuizen dat minder dan het norm aantal AAA- en OCR-ingrepen uitvoert (zie figuur 2.6.5). Dit is deels het gevolg van het verlagen van de normen. Daarnaast zijn er steeds meer ziekenhuizen die patiënten voor OCR ingrepen doorverwijzen naar een ander ziekenhuis.



Figuur 2.6.5: Percentage ziekenhuizen dat nul, meer of minder dan de norm risicovolle operaties uitvoert, 2003-2006 (Bron: IGZ, 2005; 2006; 2007).

OCR = oesophaguscardia resecties; AAA = aneurysma van de aorta abdominalis.

2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van alle acute opnames in 2005/6 waren medicatiegerelateerd; hiervan wordt 46% potentieel vermijdbaar geacht

Medicatiefouten kunnen leiden tot ziekenhuisopname of verlenging van ziekenhuisopname en kunnen tijdelijke of blijvende gezondheidsschade of zelfs overlijden tot gevolg hebben. Het HARM-onderzoek uit 2005/6 toonde aan dat in de 21 onderzochte ziekenhuizen 2,4% (714) van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van alle acute opnames medicatiegerelateerd zijn. Hiervan wordt 46% potentieel vermijdbaar geacht (Van den Bemt en Egberts, 2006). Omgerekend naar alle Nederlandse ziekenhuizen betreft het 41.000 ziekenhuisopnamen per jaar, waarvan er 19.000 waarschijnlijk vermeden hadden kunnen worden. Het zijn vooral therapeutische voorschrijffouten, zoals indicatiestelling, contra-indicatie en interacties die leiden tot ziekenhuisopname (zie tabel 2.6.4).

Tabel 2.6.4: Soort fouten in het medicatieproces die leiden tot ziekenhuisopname (n=509), 2005/6 (Bron: Van den Bemt en Egberts, 2006).

Fout gemaakt bij	2005/6 %
Voorschrijven (therapeutische fouten)	66,6
Voorschrijven (doseerfouten)	7,5
Toedienen	22,4
Overige	3,5

Het overgrote gedeelte van de medicatiegerelateerde opgenomen patiënten (72,4%) herstelde volledig van de gevolgen van de medicatiefouten, maar 9,8% ondervond restschade en 5,0% overleed. Van de patiënten met een vermijdbare medicatiegerelateerde opname ondervond 9,3% restschade en overleed 6,6%.

Een studie naar ziekenhuisopnames die werden veroorzaakt door bijwerkingen, leverde vrijwel eenzelfde beeld op: 3,5% (36.000) van alle opnames en 5,1% van alle acute opnames was het gevolg van bijwerkingen, waarvan 30% (12.430) potentieel vermijdbaar werd geacht. 6% van de patiënten overleed ten gevolge van de bijwerkingen en voor nog eens 6% was de situatie levensbedreigend (IPCI, 2006).

Het lijkt waarschijnlijk dat een betere coördinatie rondom medicijngebruik en vooral het regelmatig doornemen van het medicijngebruik met een zorgverlener de veiligheid rond medicijngebruik zullen bevorderen (zie paragraaf 2.3).

Het percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert, stijgt gestaag sinds 2003

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. Er worden vier kwaliteitscategorieën FTO onderscheiden: 1. geen gestructureerd overleg, 2. regelmatig overleg zonder duidelijke afspraken, 3. regelmatig overleg met concrete afspraken, en 4. regelmatig overleg en evaluatie van afspraken. Belangrijke onderwerpen van het FTO zijn medicatie voor een veelheid van aandoeningen, polyfarmacie,

Tabel 2.6.5: FTO-groepen op niveau 3-4, 2003-2006 (Bron: DGV, 2005; 2006; 2007).

	2003	2004	2005	2006
Aantal FTO groepen	823	824	819	829
FTO-groepen op niveau 3-4 ^a	40%	43%	47%	49%

^a Dit betreft de FTO-groepen die deelnamen aan de DGV FTO-enquête. In de jaren 2003-2006 was de deelname respectievelijk 78%, 78%, 69% en 80%.

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 in 2007 tenminste 80% van de FTO-groepen in Nederland op niveau 3 of 4 functioneert (Rijksbegroting, 2006). Tabel 2.6.5 laat zien dat het percentage FTO-groepen dat op niveau 3 of 4 functioneert in de periode 2003-2006 steeds licht stijgt tot 49% in 2006.

Conclusie

De veiligheid in ziekenhuizen lijkt op een aantal punten toe te nemen. Cijfers over risicovolle ingrepen, sterfte en decubitus lijken erop te wijzen dat de veiligheid in ziekenhuizen toeneemt. Ook internationaal lijkt Nederland het niet slecht te doen. Toch is er nog veel vermijdbare schade. In 2004 liep 5,7% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten onbedoelde schade op, waarvan 40% potentieel vermijdbaar werd geacht. Overigens doet Nederland het op dit punt internationaal gezien niet slecht. Dit beeld wordt bevestigd door ervaren veiligheid van Nederlandse patiënten in de curatieve zorg; 5% geeft aan dat zij het afgelopen jaar betrokken waren bij een medische fout en 6% dat zij een verkeerde medicijn of dosering hebben gekregen. Ook dit is internationaal gezien een gunstig resultaat.

In 2005/6 was 5,6% van alle acute ziekenhuisopnames medicatiegerelateerd, 46% van deze opnames was waarschijnlijk vermijdbaar geweest. In ziekenhuizen is de elektronische toegankelijkheid van medicatiegegevens van vooral extramuraal voorgeschreven medicatie beperkt, terwijl 80% van de medicijnen door de huisarts wordt voorgeschreven. Ervaren coördinatie rondom medicijngebruik toont eenzelfde beeld. Zo geeft 43% van de Nederlandse patiënten aan dat in het afgelopen jaar het medicijngebruik met een zorgverlener werd doorgenomen, dat is significant minder dan in andere landen.

De prevalentie van decubitus vertoont de laatste jaren een forse daling zowel in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg als in algemene ziekenhuizen. Academische ziekenhuizen blijven achter in deze ontwikkeling.

In 2007 werd het eerste jaarlijkse prevalentie-onderzoek naar ziekenhuisinfecties uitgevoerd. Hieruit bleek dat 6,9% van de patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis een ziekenhuisinfectie krijgt. Een reductie van 50% van postoperatieve wondinfecties

en sepsis zijn de eerste twee doelen van de ziekenhuis campagne 'Voorkom schade, werk veilig'. In de volgende Zorgbalans kan wellicht aangegeven worden wat de eerste effecten van deze campagne zijn. Resultaten van de vergelijkbare Amerikaanse campagne zijn hoopgevend.

Enkele zaken blijven in deze paragraaf onbesproken omdat landelijk representatieve gegevens ontbreken. Het betreft onder meer de FONA/VIM meldingen (Fouten, Ongevallen en Near Accidents/Veilig Incident Melden), complicaties in ziekenhuizen, medicatieveiligheid in de GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen, en *off-label* voorschrijven.

Een aantal dataverzamelingen zal hier in de toekomst waarschijnlijk meer inzicht in bieden. Met de introductie van het veiligheidsmanagementsysteem in 2008 worden incidentenregistratie en -analyse voor ziekenhuizen verplicht. Voor de verpleging verzorging en thuiszorg werd eind 2007 een 'Programma veiligheid voor 2008 en verder' opgesteld en ook de basisset GGZ prestatie-indicatoren bevat een aantal indicatoren die op veiligheid betrekking hebben.

2.7 Hoe innovatief is de gezondheidszorg?

Kernbevindingen

- De beschikbaarheid van weinig invasieve technieken in Nederland schommelde tussen 1995 en 2005 rond het EU-15 gemiddelde
- In Nederland vinden chirurgische ingrepen vaker plaats in dagbehandeling dan in andere Europese landen
- Ongeveer 25% van de nierdialysepatiënten dialyseert thuis; dit aandeel daalt sinds 2002
- Er lopen ruim 100 telecareprojecten in Nederland; de meeste in de sfeer van e-domotica en personenalarmering
- Er is weinig informatie beschikbaar over effecten van Doorbraakprojecten
- E-health vergroot het bereik van de geestelijke gezondheidszorg
- 98% van de huisartsen gebruikt een elektronisch dossier
- Vijf Nederlandse huisartspraktijken en één huisartsenpost zijn aangesloten op het Landelijk Schakelpunt van het Elektronisch Patiënten Dossier
- 17% van de gezondheidszorggerelateerde patentaanvragen van Nederlandse aanvragers is het product van samenwerking met buitenlandse onderzoekers en ontwikkelaars
- Nederland vroeg 2,2% van de mondiale gezondheidszorggerelateerde octrooiaanvragen aan; hiermee hoort Nederland bij de mondiale top
- In 2004 gaf de farmaceutische industrie in Nederland 0,1% van het bruto binnenlands product uit aan gezondheidsgerelateerde Research & Development

Hoe we innovatie in de zorg vaststellen

Innovaties in de zorg kunnen bijdragen aan afname in ziekte, pijn en handicaps en kunnen dus veel gezondheidswinst opleveren (OECD, 2005a). Daarnaast kunnen wachttijden worden verkort en de efficiëntie worden vergroot door processen beter te organiseren. Bij innovaties zijn het ontstaan, de ontwikkeling en de verspreiding van nieuwe producten of processen van belang.

In deze paragraaf worden deze drie aspecten in indicatoren uitgedrukt. We beginnen achteraan: hoe staat het met de verspreiding van weinig invasieve technieken en het aandeel dagbehandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen? Vervolgens zijn de procesinnovaties aan de beurt: hoe zit het met het gebruik van ICT in de zorg en wat weten we van Doorbraakprojecten en Best Practices? Aansluitend presenteren we indicatoren die inzicht geven in randvoorwaarden: hoeveel nieuwe producten worden in Nederland ontwikkeld en in welke mate slagen we erin kennis goedkoop uit het buitenland te halen? Tenslotte behandelen we de investeringen in Research & Development (R&D).

Indicatoren

Omdat innovatie zoveel omvat, moeten er keuzes worden gemaakt. Uit de vele initiatieven, projecten en verbeteringen die in de zorg worden doorgevoerd, zijn innovaties gekozen die een indruk geven van belangrijke actuele ontwikkelingen. De volgende indicatoren worden daarvoor gebruikt:

- Internationale score beschikbaarheid minimaal invasieve technieken
- Aantal dagbehandelingen als aandeel van alle chirurgische ingrepen
- Toepassing thuiszorgtechnologie en aandeel nierdialysepatiënten met thuisdialyse
- Toepassing telecare
- Aanbod e-health in de GGZ
- Evaluatie van Doorbraakprojecten
- ICT toepassingen als procesondersteuning: toepassing van het Elektronisch Patiëntendossier, Medicatiedossier en Huisarts Waarneem Dossier
- Aantal patentaanvragen door Nederlanders samen met buitenlanders, als aandeel van het aantal patentaanvragen door Nederlanders
- Aantal patentaanvragen door Nederlandse samenwerkingsverbanden, als aandeel van het aantal Nederlandse patentaanvragen
- Uitgaven van de farmaceutische industrie in een land aan gezondheidszorg gerelateerde *Research & Development* als aandeel van het bruto binnenlands product.

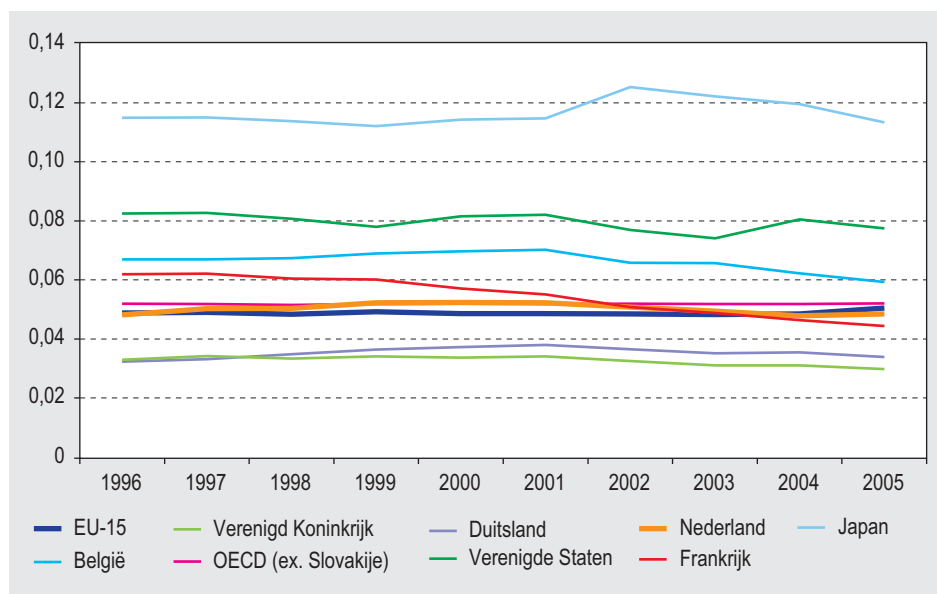
De stand van zaken

De beschikbaarheid van weinig invasieve technieken in Nederland schommelde tussen 1995 en 2005 rond het EU-15 gemiddelde

Het RIVM heeft een maat ontwikkeld die de positie van een land ten opzichte van andere landen uitdrukt voor het gebruik en de beschikbaarheid van nieuwe technie-

ken. Deze nieuwe technieken zijn sleutelgatoperaties (aandeel van het totaal aantal galblaasoperaties), stralingtherapie en voor diagnostische doeleinden de MRI-scan, CT-scan en Mammogram unit (Lambooij en Westert, 2007). De score wordt berekend door de beschikbaarheid of het gebruik van een innovatie in een land te delen door de beschikbaarheid of het gebruik van een innovatie in alle OECD-landen. De waarde kan dus alleen worden geïnterpreteerd in relatie tot de score van de andere landen. Een hogere score betekent dat een land op dat punt vaker gebruik maakt van de technieken dan landen die lager scoren.

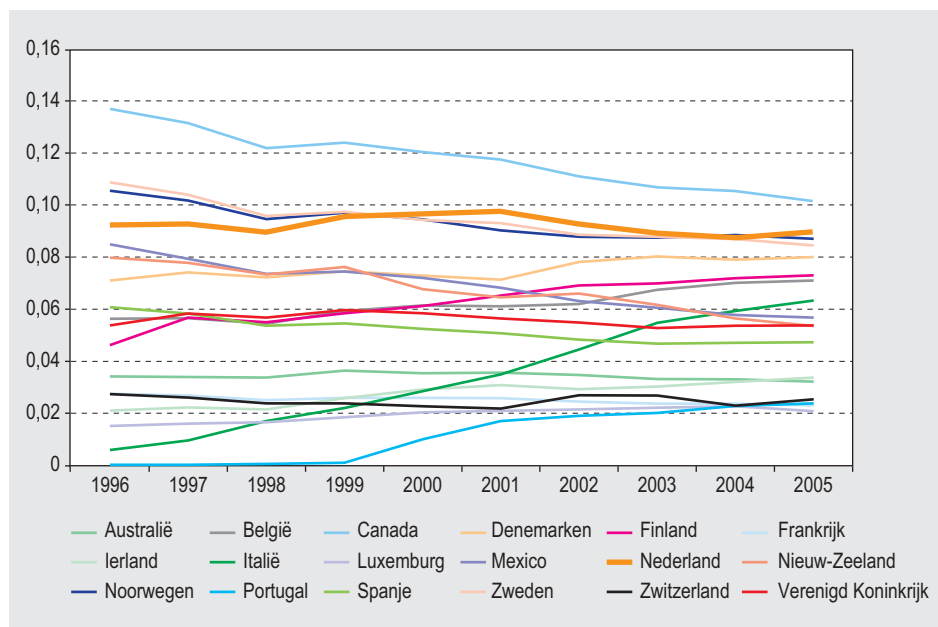
De beschikbaarheid en de toepassing van minimaal invasieve technieken ligt in Nederland rond het gemiddelde van de OECD-landen en van de EU-15 (zie *figuur 2.7.1*). Nederland ligt op een vergelijkbaar niveau met veel andere westerse landen, maar in de Verenigde Staten, Japan en België worden deze technieken al veel meer toegepast.



Figuur 2.7.1: Composietscore beschikbaarheid minimaal invasieve technieken, in OECD-landen, 1996-2005 (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

In Nederland vinden chirurgische ingrepen vaker plaats in dagbehandeling dan in andere Europese landen

Chirurgische ingrepen kunnen plaatsvinden in dagbehandeling (poliklinisch) of tijdens een opname. Ook voor deze technieken is een relatieve score tussen de OECD-landen berekend (Lambooij en Westert, 2007). Als basis voor deze score is het aandeel dagbehandelingen genomen van het totaal aantal ingrepen in een land voor staar, amandelen, breuk en strippen van aderen. In Nederland blijkt, in vergelijking tot andere OECD-landen, dat veel ingrepen in dagbehandeling worden uitgevoerd (zie *figuur*



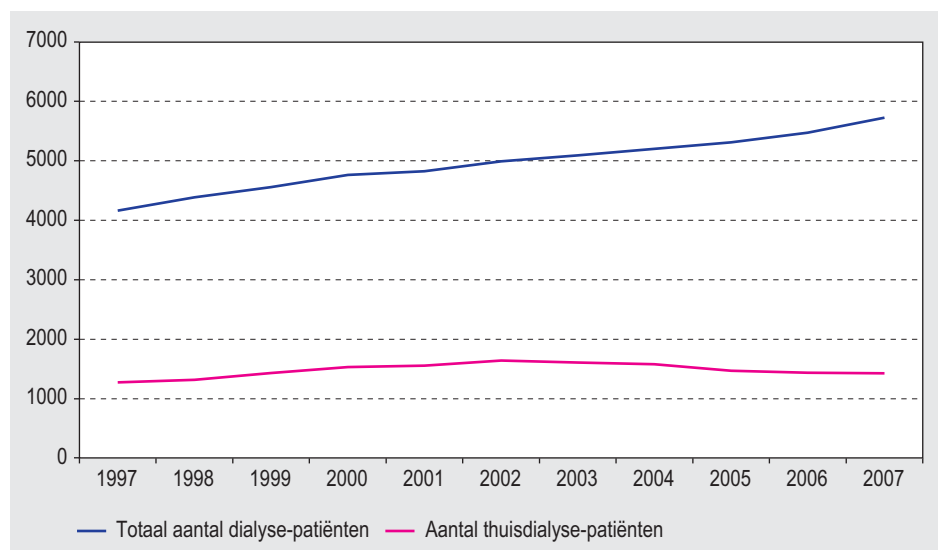
Figuur 2.7.2: Composietscore toepassing chirurgische dagbehandeling, in OECD-landen, 1996-2005 (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

2.7.2). In het rijtje van OECD-landen neemt Nederland na 2004 de tweede plaats in op het gebied van toepassing van chirurgische dagbehandelingen. Alleen in Canada is dit aandeel groter. Nederland, Zweden en Noorwegen hebben op de ontwikkelde schaal in de periode 1996-2005 scores die heel dicht bij elkaar liggen en wisselen elkaar af op de tweede, derde en vierde plaats.

Ongeveer 25% van de nierdialysepatiënten dialyseert thuis; dit aandeel daalt sinds 2002

Nierpatiënten zijn sterk afhankelijk van dialyse. Dit neemt vaak ongeveer driemaal vier uur per week in beslag. Dialyseren kan in het ziekenhuis of in een dialysecentrum, maar ook thuis. Voorafgaande aan de thuisdialyse krijgen de patiënt en eventuele partner een opleiding die ongeveer elf weken duurt (Hollestelle et al., 2005). Er zijn twee technieken die geschikt zijn voor thuisdialyse: peritoneale dialyse en thuishemodialyse. Bij de peritoneale dialyse wordt het buikvlies als filter gebruikt (Hollestelle et al., 2005). Thuishemodialyse maakt onder andere gebruik van een kunstnier waarmee de patiënt via een shunt (verbinding tussen slagader en ader in de onderarm door een eigen bloedvat of kunststof bloedvat) wordt gespoeld.

In *figuur 2.7.3* wordt duidelijk dat in 2007 een kwart van de nierdialysepatiënten thuis dialyseerde, terwijl dit in 2002 nog 33% was. De relatieve afname komt voornamelijk door afname van het aantal peritoneale dialysepatiënten. Het aantal thuis hemodialysepatiënten is tussen 1997 en 2007 gestegen van 91 naar 128.



Figuur 2.7.3: Aantal thuisdialyse patiënten (peritoneale dialyse en thuishemodialyse) op 1 januari, 1997-2007 (Bron: Renine, 2007).

Er lopen ruim 100 telecareprojecten in Nederland, de meeste in de sfeer van e-domotica en personenalarmering

In tabel 2.7.1 is het aantal telecareprojecten in Nederland begin 2007 weergegeven. Het gaat om ruim 100 projecten, deels lopend, deels in ontwikkeling. De tabel is niet uitputtend omdat niet alle projecten centraal worden bijgehouden. De projecten zijn ingedeeld in vijf categorieën: e-domotica en personenalarmering, personenalarmering-plus, videocommunicatie, ICT-domotica, en telemedicine in de thuissituatie.

Tabel 2.7.1: Aantal telecareprojecten in Nederland, begin 2007 (Bron: Van Houwelingen en Lambooi, 2007).

Type	Doel	Fase van ontwikkeling	Aantal projecten	Aantal woningen/gebruikers
E-domotica en personenalarmering	Care	In gebruik	60	3000 W
Personenalarmering-plus	Care	In ontwikkeling	10	600 G
Videocommunicatie	Informatie, diagnose, care	In ontwikkeling	15	2500 G
ICT-domotica	Informatie, diagnose, care, administratie	In ontwikkeling	3	250 G
Telemedicine in de thuissituatie	Informatie, diagnose cure, administratie	In ontwikkeling	> 15	7000 G

Projecten rond e-domotica en personenalarmering komen het meest voor: 60 projecten met een bereik van ongeveer 3000 woningen. De andere categorieën omvatten samen minimaal 43 projecten, waarmee in totaal meer dan 10.000 mensen bereikt worden.

Op 1 januari 2007 waren er in Nederland 1,7 miljoen mensen ouder dan 65 jaar en meer dan 600.000 mensen ouder dan 80 jaar (CBS Statline, 2007d). Een deel van deze mensen is doelgroep van dit soort voorzieningen. Het is echter niet te zeggen welk deel van de doelgroep wordt geholpen door middel van telecare toepassingen.

Er is weinig informatie beschikbaar over effecten van Doorbraakprojecten

Procesinnovaties kunnen er voor zorgen dat de zorg efficiënter, sneller en beter wordt. Om de verspreiding van procesinnovaties te stimuleren bestaat het programma Sneller Beter. In Sneller Beter tracht men de verspreiding van Best Practices te stimuleren door middel van zogenaamde 'Doorbraakprojecten' of verbeterprojecten. Het CBO rapporteert dat er begin 2008 elf afgeronde Doorbraakprojecten zijn.

In 2007 heeft het NIVEL een aantal afgeronde Doorbraakprojecten geëvalueerd. Er waren in totaal 400 projecten gestart. Van 65 verbeterprojecten zijn in het tweede jaar gegevens verzameld over de implementatie en de effectiviteit van de projecten. Bij 40 projecten werd een verbetering geconstateerd, maar bij 22 was sprake van een verslechtering (Dückers en Wagner, 2007).

E-health vergroot het bereik van de geestelijke gezondheidszorg

E-health in de GGZ bestaat uit een aantal verschillende vormen van hulp, waaronder chatsessies, zelftests, cursussen en screeningsvragen per e-mail. Een belangrijk positief gevolg van e-health toepassingen is dat groepen die eerder minder goed werden bereikt, nu beter worden bereikt (Riper et al., 2007). In 2007 waren er 65 projecten op het gebied van depressie, angststoornissen, "allerlei" psychische klachten en problematisch alcoholgebruik. In *tabel 2.7.2* wordt het aantal projecten naar type aandoening weergegeven (Riper et al., 2007).

Tabel 2.7.2: Aantal e-health interventies in GGZ, 2007 (Bron: Riper et al., 2007).

	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Behandeling	E-consult	(Na)zorg	Totaal
Depressie	5	7	2	-	-	14
Angststoornissen	-	1	5	-	-	6
Psychische klachten 'allerlei'	13	4	-	9	1	27
Problematisch alcoholgebruik	2	10	2	-	4	18

98% van de huisartsen gebruikt een elektronisch dossier

Het gebruik van elektronische dossiers in de huisartsenpraktijk kan de kwaliteit en efficiëntie vergroten (Schoen et al., 2006). In *tabel 2.7.3* staat een internationale vergelijking van het gebruik van elektronische patiëntendossiers door huisartsen. In Nederland gebruikt 98% van de huisartsen een elektronisch medisch dossier. Nederland loopt hiermee voorop in de wereld.

Tabel 2.7.3: Huisartsen met een elektronisch medisch dossier (%) (Bron: Schoen et al, 2006)

	%
Nederland	98
Nieuw-Zeeland	92
Verenigd Koninkrijk	89
Australië	79
Duitsland	42
Verenigde Staten	28
Canada	23

Vijf Nederlandse huisartspraktijken en één huisartsenpost zijn aangesloten op het Landelijk Schakelpunt van het Elektronisch Patiënten Dossier

Ondanks de grote dekking van gecomputeriseerde systemen van huisartsen, loopt het aansluiten op het Landelijk Schakelpunt van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) langzamer dan gewenst. In de rijksbegroting 2007 formuleert VWS de ambitie dat medio 2008 alle huisartsenposten en de helft tot driekwart van de apotheken zijn aangesloten op het landelijk informatie systeem van het EPD. In *tabel 2.7.4* is te lezen dat per september 2007 de dekking voor de huisartsen 0,1% bedroeg en voor de huisartsenposten 0,8%.

Tabel 2.7.4: Aantal huisartsen en huisartsenposten dat per september 2007 is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt Elektronisch patiënten dossier (Bron: VWS, 2007d).

Soort aanbieder	Aantal aangesloten	Totaal aantal	%
Huisartspraktijken	5	4455 ^a	0,1
Huisartsenposten	1	130 ^b	0,8

^a NIVEL, 2007. ^b De huisartsenpost, 2007.

17% van de gezondheidsgerelateerde patentaanvragen van Nederlandse aanvragers is het product van samenwerking met buitenlandse onderzoekers en ontwikkelaars

Slaagt Nederland er in om op een efficiënte manier innovaties te ontwikkelen? Door te participeren in internationale netwerken wordt gebruik gemaakt van kennis van andere landen en bereikt elders ontwikkelde kennis ons eerder. Het aantal patentaanvragen dat het resultaat is van een Nederlands-buitenlandse samenwerking geeft een indruk van de mate waarin Nederlanders in internationale netwerken participe-

ren. 17% van de Nederlandse patentaanvragen van producten die gerelateerd zijn aan gezondheidszorg is het resultaat van internationale samenwerking tussen Nederland en een buitenlandse speler (zie *tabel 2.7.5*). De meeste patenten in de gezondheidszorg worden aangevraagd door Nederlandse bedrijven die alleen het nieuwe product hebben ontwikkeld (70%).

Tabel 2.7.5: Aantal patentaanvragen, naar type samenwerkingsverband, 1995-2005 (Bron: Octrooiencentrum Nederland, 2007).

Totaal ^a	Absoluut	%
Nederlandse aanvragers zonder partner	603	70
Nederlandse aanvragers met binnenlandse partner	117	13
Nederlandse aanvragers met buitenlandse partner	147	17

^a Categorieën zijn non-invasief, gen-bio, geneesmiddelen, geneeskundige ICT, instrumenten en kunstorganen.

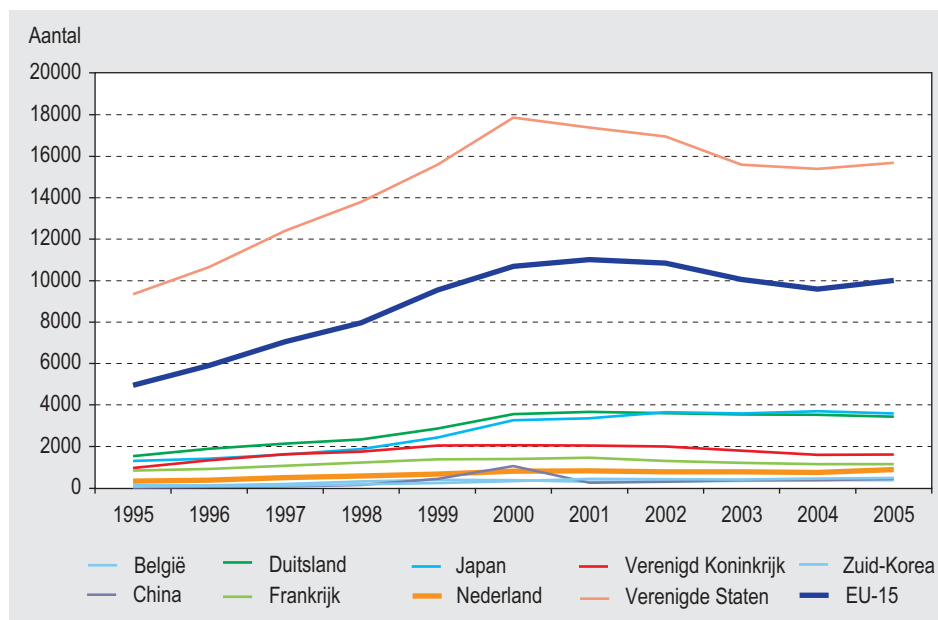
De Nederlandse innovatieve spelers werken het meest samen met Duitsland, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk (niet in tabel). De Verenigde Staten is de grootste producent van patentaanvragen in de gezondheidszorg, en Duitsland is de grootste speler in Europa. De Nederlandse onderzoekers hebben dus contact met de rijkste bronnen van nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Nederland vroeg 2,2% van de mondiale gezondheidszorggerelateerde octrooiaanvragen aan; hiermee hoort Nederland bij de mondiale top

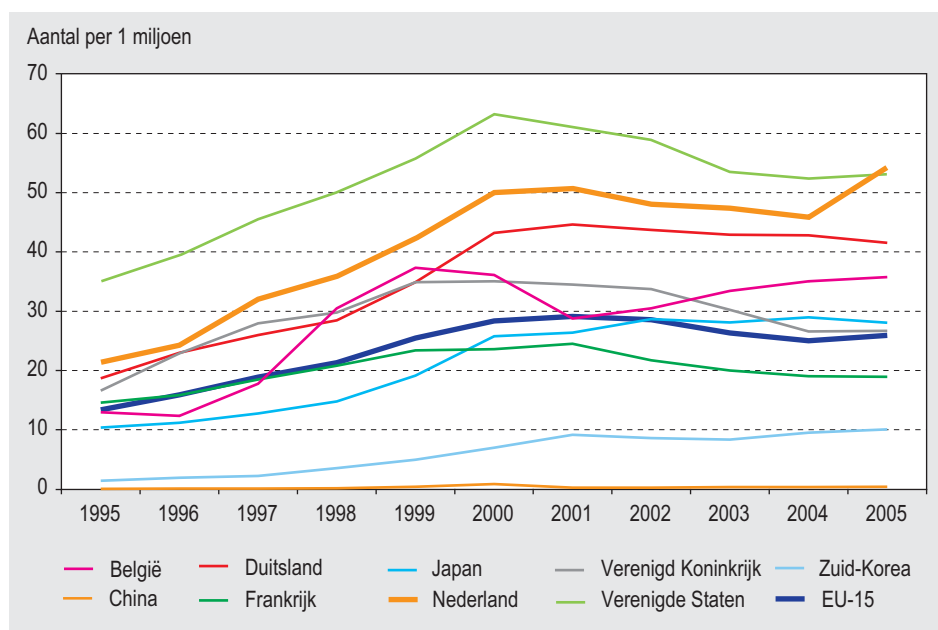
In *figuur 2.7.4* staat het absolute aantal gezondheidszorggerelateerde patenten per land tussen 1995 en 2005 weergegeven. De cijfers van 2005 zijn gebaseerd op tweede van de mondiale patenten. Het duurt tussen de 18 maanden en drie jaar voor alle patentaanvragen geregistreerd zijn. Hierdoor zijn nog niet alle data beschikbaar voor deze Zorgbalans.

In 2004 genereerde Nederland 2,4% van de gezondheidszorggerelateerde patentaanvragen (zie *figuur 2.7.4*). Dat lijkt op het eerste gezicht niet veel, maar relatief naar bevolkingsomvang, steken we met kop en schouders uit boven onze buurlanden (zie *figuur 2.7.5*).

Van de Nederlandse patenten heeft het grootste deel betrekking op geneesmiddelen. Steeds meer patenten worden aangevraagd voor medische instrumenten, en relatief weinig op het gebied van non-invasieve technieken en ICT. Het bedrijfsleven is de grootste aanvrager van patenten, op afstand gevolgd door universiteiten en kenniscentra.



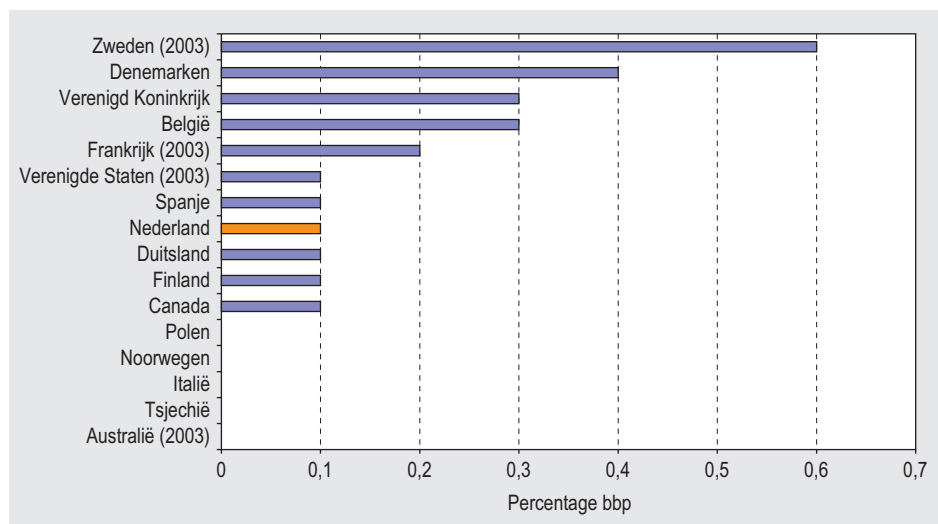
Figuur 2.7.4: Aantal patentaanvragen, per land, 1995-2005 (Bron: Octrooiencentrum Nederland, 2007).



Figuur 2.7.5: Aantal patentaanvragen per miljoen inwoners, per land, 1995-2005 (Bron: Octrooi-centrum Nederland, 2007).

In 2004 gaf de farmaceutische industrie in Nederland 0,1% van het bruto binnenlands product uit aan gezondheidsgerelateerde Research & Development

Het zou de voorkeur hebben om de uitgaven van een land aan gezondheidsgerelateerde R&D te rapporteren (dus ook van andere spelers dan de farmaceutische industrie), als indicator van investeringen in innovatieve ontwikkelingen. In navolging van het CBS (CBS, 2006a) is echter besloten alleen de uitgaven van de farmaceutische industrie in een land te rapporteren. Deze cijfers zijn namelijk het best vergelijkbaar.



Figuur 2.7.6: Uitgaven aan Research & Development van de farmaceutische industrie als aandeel bruto binnenlands product, per land, in 2004 (tenzij anders vermeld) (Bron: OECD Health Data 2007).

De farmaceutische industrie gaf in 2004 een bedrag uit ter grootte van 0,1% van het Nederlands bbp aan gezondheidszorggerelateerde R&D (zie *figuur 2.7.6*). Dat is vergelijkbaar met Duitsland, Finland, Spanje en Canada, maar minder dan Denemarken en Zweden. Dit percentage is al een aantal jaar stabiel. Ook in andere landen zien we weinig verschuivingen (OECD Health Data, 2007).

Conclusie

Sinds de vorige Zorgbalans zijn er geen drastische verschuivingen op het gebied van de innovatie van de gezondheidszorg. Nederland doet nog steeds mee met de mondiale top op het gebied van medisch-technische productontwikkeling. Ook worden in de ziekenhuizen nog steeds veel mensen in dagbehandeling geopereerd, wat kan wijzen op een efficiënte manier van werken. Een ontwikkeling die in deze Zorgbalans voor het eerst wordt opgepikt is de e-health. Voor de GGZ zien we nu al dat hierdoor het bereik wordt vergroot. In veel zorginstellingen wordt inmiddels gebruik gemaakt van

het EPD, maar het aansluiten hiervan op een centraal netwerk verloopt veel langzamer dan gehoopt.

Nederland ontwikkelt veel nieuwe producten. Gerekend naar bevolkingsomvang heeft Nederland de meeste patentaanvragen. Deze kennis, gecombineerd met de gemiddelde investeringen in de R&D, laat zien dat er efficiënter dan in het buitenland nieuwe producten worden ontwikkeld.

Innovatie is slecht te vatten in beleidsnormen. Wanneer bijvoorbeeld de voortgang van het EPD wordt gekoppeld aan de beleidsnorm, kan de indruk ontstaan dat Nederland vreselijk achter loopt. Daar staat echter tegenover dat Nederlandse huisartsen voorop lopen op het gebied van elektronische dossiervoering. Deze constatering benadrukt dat 'goed meten' van vitaal belang is om een correct beeld van de innovatie in de gezondheidszorg te krijgen. Zo wordt er veel verwacht van diverse procesinnovaties, terwijl landelijke gegevens over effecten van deze procesherinrichting op de efficiëntie in de zorg vooralsnog ontbreken.

3 HOE TOEGANKELIJK IS DE GEZONDHEIDSZORG?

In dit hoofdstuk staat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg centraal. Dat de gezondheidszorg toegankelijk moet zijn, is iets waarover brede maatschappelijke consensus bestaat. Immers, wat is de waarde van een zorgsysteem als het niet toegankelijk is voor iemand die zorg nodig heeft? 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. Meestal gebeurt dat in de vorm van factoren die de toegankelijkheid van de zorg kunnen beperken zoals kosten, reisafstand, wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en vraag van burgers.

De aandacht voor elk van deze vier aspecten verschilt in de wetenschappelijke literatuur evenals de volgorde waarin zij in overzichtsrapportages worden behandeld en de verbanden die daartussen worden gelegd. Regelmatig is de gekozen indeling 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 tweede 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.

Een tekort aan personeel kan in alle aspecten van toegankelijkheid ingrijpen en problemen veroorzaken (hogere kosten, lacunes in de geografische spreiding, lange wachttijden of minder diversiteit in aanbod). Voldoende beschikbaarheid van personeel is een *voorwaarde* voor toegankelijkheid.

Keuzevrijheid in de zorg wordt om verschillende redenen belangrijk geacht (Westert en Verkleij, 2006). Keuzevrijheid houdt in dat burgers *zelf kunnen kiezen voor de wijze waarop zij tegen ziektekosten verzekerd willen zijn en door wie of hoe de zorg wordt verleend'* (Consumentenbond, 2005). Keuzevrijheid hangt nauw samen met de toegankelijkheid van het zorgaanbod. 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'.

Indeling van het hoofdstuk

Financiële toegankelijkheid (betaalbaarheid) (3.2)
 Geografische toegankelijkheid (bereikbaarheid) (3.3)
 Temporele toegankelijkheid (tijdigheid) acute zorg (3.4)
 Temporele toegankelijkheid (tijdigheid) reguliere zorg (3.5)
 Sociale toegankelijkheid (vraaggerichtheid) (3.6)
 Personeelsaanbod (3.7)
 Keuzevrijheid (3.8)

3.2 Hoe is de financiële toegankelijkheid van zorg?

Kernbevindingen

- Ongeveer 1,5% van de Nederlandse bevolking is onverzekerd
- In Nederland is het vertrouwen in de betaalbaarheid van benodigde zorg hoog
- In Nederland zien weinig mensen vanwege de kosten wel eens af van een medische of tandheelkundige behandeling

Hoe we de 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 indicator voor financiële toegankelijkheid is het percentage mensen dat verzekerd is tegen ziektekosten. De tweede indicator geeft aan hoeveel vertrouwen burgers hebben in de betaalbaarheid van hun zorg als ze die nodig hebben. De derde, internationaal veel gebruikte, indicator is de mate waarin (groepen) burgers de kosten van medische zorg als een belemmering ervaren om gebruik te maken van noodza-

kelijk geachte zorg. De vierde indicator is gericht op chronisch zieken en brengt in beeld hoeveel extra uitgaven zij maken in verband met hun ziekte. De laatste twee indicatoren geven aan hoe eigen bijdragen gespreid zijn over huishoudens en inkomensgroepen.

Indicatoren

We meten financiële toegankelijkheid aan de hand van de volgende indicatoren:

- Percentage mensen dat onverzekerd is tegen ziektekosten
- Percentage mensen dat vertrouwen heeft in de betaalbaarheid van benodigde gezondheidszorg
- Percentage mensen dat afziet van benodigde gezondheidszorg
- Extra uitgaven van chronisch zieken en gehandicapten in verband met hun gezondheid
- Spreiding in eigen bijdragen door huishoudens
- Aandeel eigen bijdragen in besteedbaar inkomen in verschillende inkomensgroepen.

Alleen voor de eerste drie indicatoren zijn gegevens beschikbaar voor 2006 en/of 2007. Voor de andere drie indicatoren zijn alleen oudere gegevens beschikbaar. Deze gegevens worden wel vermeld maar niet in de kernbevindingen opgenomen.

De stand van zaken

Ongeveer 1,5% van de Nederlandse bevolking is onverzekerd

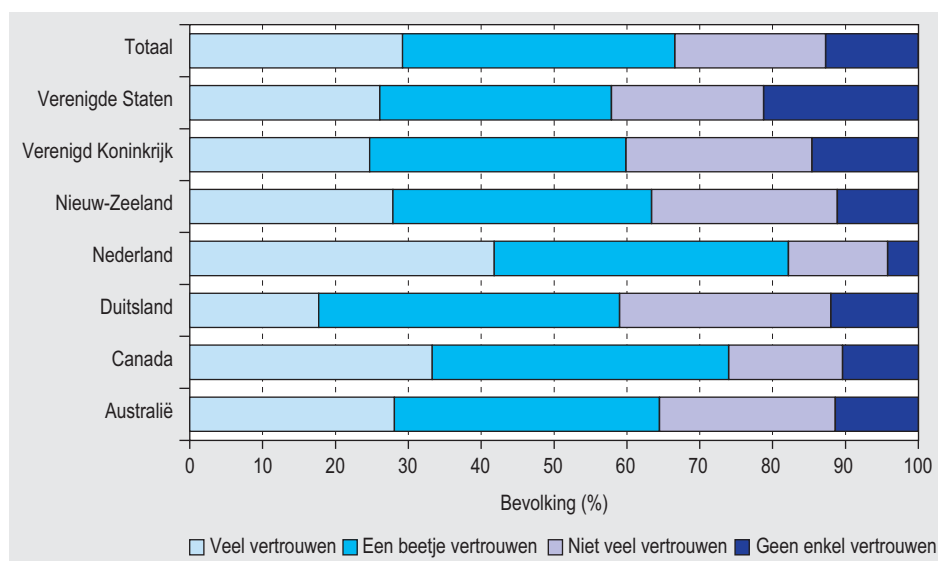
Gedurende een half jaar na 1 mei 2006 waren ongeveer 241 duizend mensen die zich kunnen verzekeren, niet verzekerd tegen ziektekosten (CBS Statline, 2007e). Dat is ongeveer 1,5 procent van de Nederlandse bevolking. In 2004 waren er 225 duizend mensen onverzekerd en in 2005 waren dat er 242 duizend (CBS Statline, 2007e). Een directe vergelijking tussen 2005 en 2006 is echter onmogelijk omdat de berekenings-systematiek wezenlijk verschilt. Uitkeringsgerechtigden bleken de helft minder onverzekerden te tellen dan het gemiddelde van de gehele Nederlandse bevolking. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan extra inspanningen van de gemeentelijke overheden en het ministerie van VWS. Zo maken gemeenten gebruik van hun recht om zorgpremie in te houden op de uitkering. Leeftijd en land van herkomst bleken wel sterk te verschillen tussen verzekerden en onverzekerden. In 2006 bestond de categorie onverzekerden voor de helft uit twintigers en dertigers. Dat is een leeftijdsgroep met naar verhouding weinig zorggebruik. Eerste generatie allochtonen bleken ruim acht keer vaker onverzekerd (6,6%) dan de autochtonen (0,8%), terwijl allochtonen van de tweede generatie zich slechts twee maal vaker niet verzekerden (1,6%) (CBS Statline, 2007e). Waarschijnlijk duiden deze verschillen op een minder effectieve informatiecampagne over de stelselwijziging onder de eerste generatie allochtonen.

Naast de onverzekerde verzekeringsplichtigen is er ook een categorie die wel verzekerd is, maar die hun premie ten minste zes maanden niet betaald heeft (zogenaamde

wanbetalers). Op 31 december 2006 bleken iets meer dan 190 duizend mensen een half jaar betalingsachterstand te hebben (CBS, Statline, 2007e). De karakteristieken van de groep wanbetalers wijken af van betalers. Zo blijken mensen met een bijstandsuitkering drie maal vaker tot de groep wanbetalers te horen. Grotere verschillen bestaan er naar land van herkomst. Allochtonen behoren bijna drie maal zo vaak tot de wanbetalers dan autochtonen. Er zijn ook groepen allochtonen die bijna negen maal vaker een premieachterstand hebben. Deze premieachterstanden lijken minder dan bij onverzekerden het gevolg van gebrekkige voorlichting, omdat het hier een relatief goed bereikbare groep betreft die vanuit Aruba, de Nederlandse Antillen en Suriname naar Nederland is gekomen. Er is geen inzicht in welke mate de groep wanbetalers om financiële redenen afziet van zorg.

In Nederland is het vertrouwen in de betaalbaarheid van benodigde zorg hoog

In 2007 zegt 41% van de Nederlanders veel vertrouwen te hebben in de betaalbaarheid van benodigde zorg, voor nog eens 41% was dat een beetje (tezamen 82%). In vergelijking met zes andere landen is dit veruit het hoogste percentage en is er sprake van een statistisch significant verschil met de andere landen. In Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten hebben de minste mensen vertrouwen in de betaalbaarheid van benodigde zorg (58-60%) (zie *figuur 3.2.1*).



Figuur 3.2.1: Vertrouwen in de betaalbaarheid van benodigde zorg, naar land, in 2007 (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

In Nederland zien weinig mensen vanwege de kosten wel eens af van een medische of tandheelkundige behandeling

Ongeveer 1% van de Nederlanders geeft aan het afgelopen jaar vanwege de kosten wel eens te hebben afgezien van een artsbezoek. Dat is minder dan in zes andere onder-

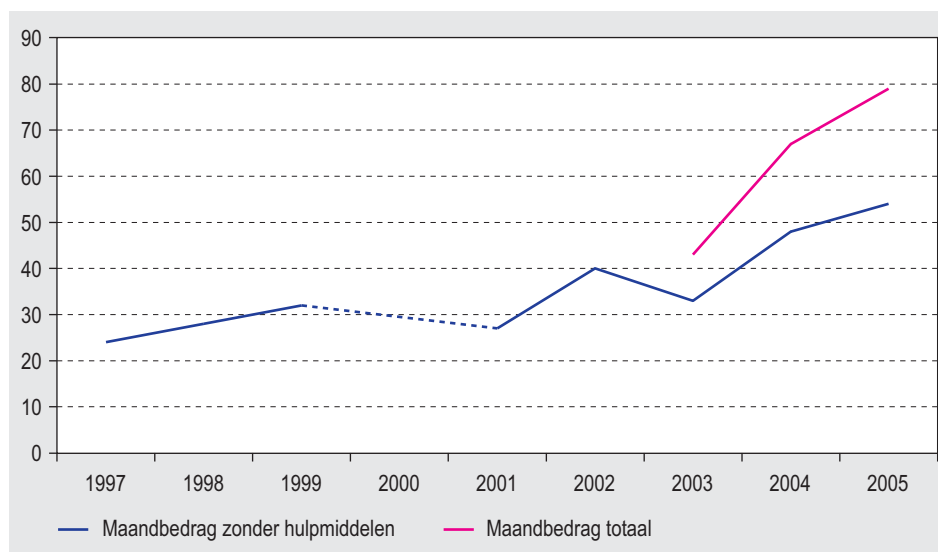
Tabel 3.2.1: Betaalbaarheid van de zorg (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

	Nl	Aus	Can	Dui	NZ	VK	VS
Heeft in het afgelopen jaar vanwege de kosten afgezien van (%):							
• bezoek aan een arts	1*	13	4	12	19	2	25
• een door een arts aanbevolen medisch onderzoek of (na)behandeling	2*	17	5	8	13	3	23
• aanschaf of gebruik van medicijnen	2*	13	8	12	10	5	23
• tandheelkundige zorg	6*	35	21	9	42	18	33
Kon in het afgelopen jaar medische zorg niet of met moeite betalen (%)	5	8	5	4	8	1	19
* is significant ($p < 0.05$)							
Nl = Nederland; Aus = Australië; Can = Canada; Dui = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.							

zochte landen. In de Verenigde Staten is dit percentage het hoogst (25%). Duitsland neemt met 12% een middenpositie in en in het Verenigd Koninkrijk is dit percentage laag (2%), maar hoger dan in Nederland. Ook ten aanzien van andere zorgaspecten valt op dat in Nederland een heel klein deel van de respondenten problemen heeft met de betaalbaarheid (zie tabel 3.2.1). Zes procent van de Nederlanders geeft aan het afgelopen jaar vanwege de kosten wel eens te hebben afgezien van tandartsbezoek. In de andere landen ligt dit percentage aanzienlijk hoger (Grol en Faber, 2007). De betreffende vragen zijn in de enquête in algemene zin gesteld zodat niet duidelijk is hoe ernstig de gezondheidsklachten waren waarvoor geen hulp werd ingeroepen of waarvoor hulp werd uitgesteld. Ook in verhouding tot het aantal mensen in de Nederlandse bevolking dat onverzekerd is of geen aanvullende tandartsverzekering heeft, zijn de gevonden percentages laag.

Toename extra uitgaven van chronisch zieken in verband met hun gezondheid

In 2005 had 87% van de chronisch zieken en gehandicapten bovenop hun ziektekostenpremie (voor de basis- én aanvullende verzekering) extra uitgaven in verband met ziekte in de vorm van eigen bijdragen en eigen uitgaven aan geneesmiddelen zonder recept, hulpmiddelen, vervoerskosten voor geneeskundige hulp, dieetkosten, extra energiekosten en attenties voor mantelzorgers (Van den Brink-Muinen et al., 2007). Voor alle mensen met een chronische ziekte of handicap (inclusief degenen die geen extra uitgaven hadden) bedroegen de extra uitgaven in 2005 gemiddeld € 73 per maand, voor de categorie die wel uitgaven maakte, was dat gemiddeld € 81 per maand. Dit bedrag is exclusief de mogelijke fiscale compensaties die deze categorie ontving. De extra uitgaven zijn gemiddeld hoger, naarmate een chronisch zieke meer lichamelijke beperkingen heeft. Gegevens over een langere periode zijn alleen beschikbaar voor chronisch zieken en dan alleen voor de extra uitgaven zónder hulpmiddelen en aanpassingen. *Figuur 3.2.2* toont deze extra uitgaven (niet gecorrigeerd voor inflatie). De uitgaven namen in de periode 1997-2005 toe.



Figuur 3.2.2: Extra ziektegerelateerde uitgaven van chronisch zieken, 1997-2005 (Bron: NIVEL, NPCG).

Chronisch zieken en gehandicapten kunnen zoals iedere burger onder bepaalde voorwaarden (gedeeltelijke) fiscale compensatie krijgen voor hun (extra) ziektekosten. De vorige Zorgbalans rapporteerde dat het macrobedrag dat de belastingdienst goedkeurde als aftrekkosten buitengewone uitgaven in de periode 1998-2001 zeer sterk was toegenomen en dat in 2003 de bekendheid en het gebruik van de regeling onder chronisch zieken toenam, maar nog niet optimaal was (Westert en Verkleij, 2006). Ook na 2003 is het gebruik toegenomen: in 2005 gebruikte 44% van de mensen met een chronische ziekte of handicap de regeling voor buitengewone uitgaven (BU 2005); in 2004 was dat nog 35% (Pannekeet et al., 2006).

Spreiding in eigen bijdragen per huishouden

Naast zorgverzekeringspremies besteden huishoudens ook geld aan 'onverzekerde' gezondheidszorg. Deze 'onverzekerde' zorg bestaat uit eigen zorgbijdragen en eigen risico's. Voorbeelden hiervan zijn vrij verkrijgbare medicijnen en een eigen bijdrage voor een verblijf in een AWBZ-instelling. Eigen bijdragen hangen veelal samen met gezondheid en kunnen daardoor ongewenste koopkrachteffecten hebben. Deze koopkrachteffecten treffen voornamelijk de lagere inkomensgroepen omdat zij gemiddeld genomen ongezonder zijn.

Eigen zorgbijdragen maken in 2004 7,8% uit van de totale zorguitgaven. Daarmee behoort Nederland internationaal gezien tot de landen met het laagste aandeel eigen bijdragen (OECD Health Data 2007). Die eigen bijdragen zijn ongelijk verdeeld over de huishoudens. In 2004 is de omvang van de eigen bijdragen aan de gezondheidszorg voor 90% van de huishoudens beperkt tot maximaal vijf procent van het besteedbare inkomen, en geeft slechts 3% meer uit dan 10% van hun besteedbare inkomen. Wanneer we naar het effect van de eigen bijdrage op de relatieve armoede kijken, blijkt

het effect beperkt. Zo is het percentage gezinnen dat door deze uitgaven onder de 60% van het mediane gezinsinkomen terechtkomt iets minder dan 1% (gegevens CBS-Budgetonderzoek, 2004).

Aandeel eigen bijdragen in besteedbaar inkomen in verschillende inkomensgroepen

De financiële toegankelijkheid van de zorg wordt mede bepaald door de mate waarin de bestedingen aan zorg beslag leggen op het besteedbare huishoudinkomen. In Nederland wordt een belangrijk deel van de financiële toegankelijkheid in de zorg (en van de inkomenssolidariteit) via het belastingstelsel geregeld. De nominale en inkomensgerelateerde zorgpremies voor het basispakket en AWBZ worden ingepast in de totale, acceptabel geachte lasten- en koopkrachtontwikkeling. Hiervoor is het ook van belang om inzicht te hebben in de ontwikkelingen in eigen bijdragen en eigen risico's. In het CBS-budgetonderzoek wordt aan een representatieve steekproef van de bevolking gevraagd hoeveel zij uitgeven aan eigen bijdragen. In 2004 besteedden de huishoudens uit het laagste inkomenskwartiel 3,4% van hun besteedbaar inkomen aan eigen bijdragen, in het hoogste inkomenskwartiel was dit 2%. Ten opzichte van 2003 nam het aandeel van de eigen bijdragen in het huishoudinkomen toe, de toename was het sterkst in het laagste inkomenskwartiel (zie *tabel 3.2.2.*). Een belangrijk deel van de eigen bijdragen in de laagste inkomensgroep bestaat uit de eigen bijdragen van ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen en van gehandicapten die in een instelling verblijven. Personen die deze eigen bijdrage betalen zijn weliswaar een relatief groot deel van hun inkomen hieraan kwijt, maar hebben geen woonlasten, die juist voor andere groepen weer een flink deel van het inkomen uitmaken.

Tabel 3.2.2: Aandeel eigen bijdragen aan zorg in het huishoudinkomen per inkomenskwartiel, in 2003 en 2004 (Bron: CBS Budgetonderzoek, 2003; 2004).

	Eerste kwartiel	Tweede kwartiel	Derde kwartiel	Vierde kwartiel
2004	3,4	2,7	2,5	2,0
2003	1,8	2,0	1,9	1,6
Inkomens zijn met behulp van CBS-correctie gecorrigeerd voor verschillen in gezinssamenstelling.				

Conclusie

Hoewel de totale gezondheidszorguitgaven vergelijkbaar zijn met die van de ons omliggende landen (zie *paragraaf 4.2*) is de financiële toegankelijkheid van de Nederlandse zorg relatief goed. Dit is een gevolg van de verzekeringsplicht en een naar verhouding klein aandeel eigen zorgbijdragen. Sinds de stelselwijziging van 2006 zijn ook de voormalig particulier verzekerden verplicht zich te verzekeren. Het aantal onverzekerden is nauwelijks veranderd. Wel is er meer bekend geworden over de samenstelling van deze groep. Sommige bevolkingsgroepen zijn oververtegenwoordigd en er is mogelijk sprake van liftersgedrag van relatief gezonde groepen die vaker dan andere groepen wel verzekerd zijn, maar geen premie betalen. De eigen bijdragen zijn klein omdat een groot deel van de zorg uit de collectieve middelen wordt gefinancierd. De

extra uitgaven van chronisch zieken in verband met hun ziekte (exclusief compensaties) namen in de periode 1997-2005 toe, evenals de bekendheid en het gebruik van de belastingaftrekregeling voor ziektekosten (BU-regeling). De verdeling van de eigen bijdragen is ongelijk en de bijdragen leggen een groter beslag op de besteedbare middelen van huishoudens met een lager inkomen. De beoordeling van de financiële toegankelijkheid is ingewikkeld en de gegevensvoorziening op dit punt loopt voor verschillende indicatoren enkele jaren achter. Om te kunnen beoordelen voor welke specifieke bevolkingsgroepen de financiële toegankelijkheid problematisch is, zijn nadere analyses vereist.

3.3 Hoe is de geografische toegankelijkheid van zorg?

Kernbevindingen

- De gemiddelde afstand naar de dichtstbijzijnde huisarts is 1,1 kilometer; de gemiddelde afstand naar het dichtstbijzijnde klinisch ziekenhuis is 7 kilometer
- 80% van de Nederlandse bevolking kan binnen 1,6 kilometer een huisarts bereiken en binnen 11,7 kilometer een klinisch ziekenhuis
- De gemiddelde afstand naar de dichtstbijzijnde huisarts of het dichtstbijzijnde klinisch ziekenhuis is stabiel gebleven
- De Randstad en de grote steden hebben de grootste dichtheden van zorgvoorzieningen en zorgverleners
- Voor circa 90% van de patiënten is het geen probleem om te reizen naar een zorgvoorziening
- Het percentage mensen dat binnen 20 minuten een ziekenhuis kan bereiken, ligt in Nederland ver boven het gemiddelde van de EU-25

Hoe we geografische toegankelijkheid van zorg 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 dichter aanbodnetwerk dan klinische ziekenhuizen en is topklinische zorg (hooggespecialiseerde zorg, zoals hartchirurgie, ivf, enz.) 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 worden. Dat geldt niet alleen voor patiënten zelf, maar ook voor hun bezoekers. De gevolgen van een te grote reisafstand kunnen in meer of mindere mate nadelig zijn en in ernst variëren van ongemak tot uitstel of afstel van zorg.

Er zijn ook maatschappelijke ontwikkelingen die de reisafstand 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 thuis via een internetverbinding dagelijks de informatie over hun gezondheidstoestand kunnen doorgeven aan het ziekenhuis of huisarts.

Voor zeven soorten zorgvoorzieningen is de geografische afstand bepaald. Het gaat om vijf eerstelijns en twee tweedelijns zorgvoorzieningen:

- Huisartsen
- Fysiotherapeuten
- Apotheken (inclusief apotheekhoudende huisartsen)
- Eerstelijns verloskundigen
- Consultatiebureaus
- Klinische ziekenhuizen
- Verpleeg- en verzorgingshuizen (exclusief thuiszorginstellingen).

Deze indicatoren 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 afstand bepaald die afgelegd moet worden om de dichtstbijzijnde zorgvoorziening te bereiken. Daarnaast is met behulp van een zogenaamd draagvlakprofiel bekeken hoeveel procent van de bevolking binnen welke afstand van een zorgvoorzieningsoort woont. Voor niet-acute zorgvoorzieningen zijn anders dan in de acute zorg geen 'nabijheidsnormen' vastgesteld. Het draagvlakprofiel is dan een goed alternatief om toch inzicht te krijgen in de geografische toegankelijkheid.

De analyses zijn alleen gemaakt op basis van nabijheid gemeten in kilometers. Er is voorbij gegaan aan de vraag of de dichtstbijzijnde zorgvoorziening voldoende capaciteit heeft, de gewenste openingstijden heeft en aan eventuele andere voorkeuren van de patiënt. Bij het berekenen van de afstand 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 voorziening 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.

Een aantal zorgvoorzieningen kent een specifieke doelgroep. In de berekeningen van de gemiddelde afstand en de draagvlakprofielen zijn voor deze zorgvoorzieningen ook alleen deze bevolkingsgroepen meegenomen. Verloskundigen zijn er voor zwangere vrouwen (of breder: voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd). Consultatiebureaus zijn er voor (ouders van) kinderen van 0 tot 4 jaar en verpleeg- en verzorgingshuizen voornamelijk voor mensen van 75 jaar en ouder.

Naast een kwantitatieve analyse voor de bovengenoemde zorgvoorzieningen wordt ook gekeken naar patiëntenervaringen over de nabijheid van zorgvoorzieningen en worden gegevens vermeld over de afstand tot ziekenhuizen in de EU-landen.

Indicatoren

- Gemiddelde afstand van elke inwoner van Nederland naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening van een bepaald soort
- Draagvlakprofiel per zorgvoorziening
- Trend van gemiddelde afstand en draagvlakprofiel voor huisartsen en ziekenhuizen
- Patiëntenervaringen: was het een probleem dat u moest reizen voor verzorging, onderzoek of behandeling?
- Het percentage mensen dat meer dan 20 minuten moet reizen naar een ziekenhuis, vergeleken met andere EU-landen.

De stand van zaken

De gemiddelde afstand naar de dichtstbijzijnde huisarts is 1,1 kilometer; de gemiddelde afstand naar het dichtstbijzijnde klinisch ziekenhuis is 7 kilometer

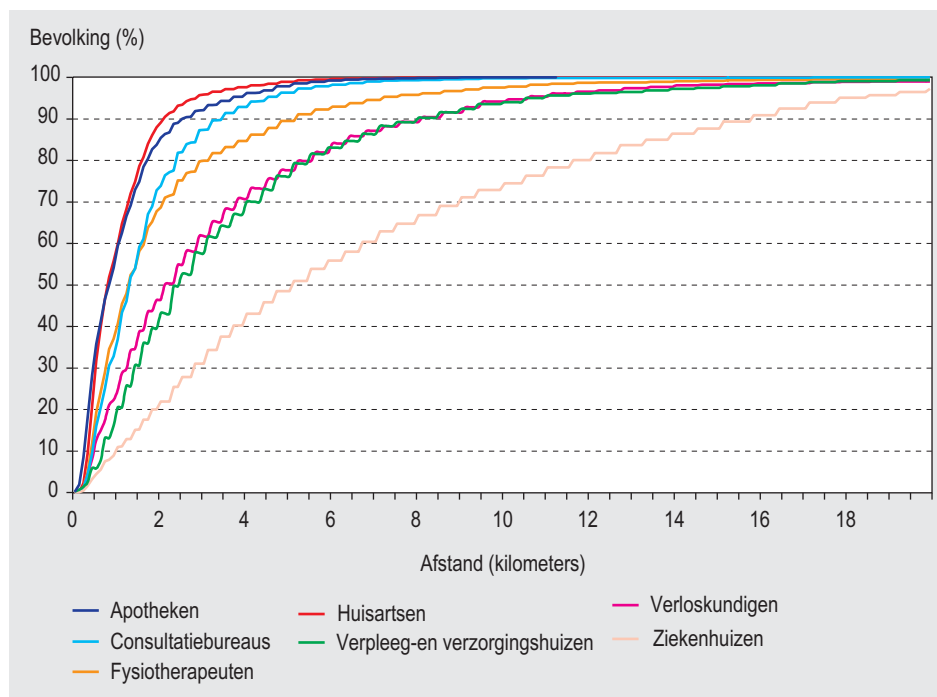
In tabel 3.3.1 is per zorgsoort de gemiddelde afstand opgenomen. Met uitzondering van verloskundigen, verpleeg- en verzorgingshuizen en klinische ziekenhuizen is de gemiddelde afstand minder dan 3 kilometer. De gemiddelde afstand naar de dichtstbijzijnde huisarts is 1,1 kilometer. Voor andere onderzochte eerstelijns zorgvoorzieningen loopt deze op tot 3,6 kilometer. De gemiddelde afstand naar het dichtstbijzijnde klinisch ziekenhuis is 7,0 kilometer. Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is de gemiddelde afstand 3,7 kilometer.

Tabel 3.3.1: Gemiddelde afstand in kilometers naar dichtstbijzijnde zorgvoorziening (Bron: ¹NIVEL, 2006; ²IGZ, 2004; ³RIVM, 2006; ⁴RIVM, 2007; ⁵Actiz, 2007).

	Afstand in kilometers
Eerstelijnszorg	
– Huisartsen ¹	1,1
– Fysiotherapeuten ¹	2,2
– Apotheken ²	1,3
– Verloskundigen ¹	3,6
– Consultatiebureaus ³	1,7
Tweedelijnszorg	
– Klinische ziekenhuizen ⁴	7,0
– Verpleeg- en verzorgingshuizen ⁵	3,7

80% van de Nederlandse bevolking kan binnen 1,6 kilometer een huisarts bereiken en binnen 11,7 kilometer een klinisch ziekenhuis

De gemiddelde afstanden geven een beeld van de geografische toegankelijkheid, maar het is eveneens belangrijk om naar de spreiding van de gemiddeld af te leggen afstand te kijken. Dit kan door het percentage van de bevolking te berekenen dat binnen een bepaalde afstand van de geselecteerde voorzieningensoorten woont. Aangezien er geen normen zijn, geven we het draagvlakprofiel (zie *figuur 3.3.1*). Het is mogelijk om elke willekeurig percentage af te lezen uit de grafiek. Voor de kernbevindingen kiezen we het afkappunt van 80%. Deze zijn ook in *tabel 3.3.2* opgenomen.



Figuur 3.3.1: Draagvlakprofielen: percentage van de bevolking dat binnen een bepaalde afstand van een zorgvoorziening woont (Bron: NIVEL, 2006; IGZ, 2004; RIVM, 2007; Actiz, 2007; AND, 2007; databewerking RIVM).

Figuur 3.3.1 toont draagvlakprofielen voor de zeven genoemde zorgvoorzieningen. Uit de figuur blijkt dat een groot deel van de bevolking dichtbij de eerstelijnszorgvoorzieningen woont. 80% van de bevolking woont binnen 1,6 kilometer van een huisarts, 1,7 kilometer van een apotheek, 2,4 kilometer van een consultatiebureau en 5,2 kilometer van een verpleeg- of verzorgingshuis. 80% van de bevolking woont maximaal 11,7 kilometer van een klinisch ziekenhuis. Voor fysiotherapeuten en verloskundigen gelden afstanden van respectievelijk 3,1 kilometer en 5,5 kilometer.

Tabel 3.3.2: Afstand in kilometers waarbinnen 80% van de bevolking door een zorgvoorzieningsoort wordt bediend (Bron: ¹NIVEL, 2006; ²IGZ, 2004; ³RIVM, 2006; ⁴RIVM, 2007; ⁵Actiz, 2007; AND, 2007; databewerking RIVM)

	Afstand in kilometers
Eerstelijnszorg	
– Huisartsen ¹	1,6
– Fysiotherapeuten ¹	3,1
– Apotheken ²	1,7
– Verloskundigen ¹	5,5
– Consultatiebureaus ³	2,4
Tweedelijnszorg	
– Klinische ziekenhuizen ⁴	11,7
– Verpleeg- en verzorgingshuizen ⁵	5,2

De gemiddelde afstand naar de dichtstbijzijnde huisarts of het dichtstbijzijnde klinisch ziekenhuis is stabiel gebleven

Voor huisartsen en klinische ziekenhuizen zijn gegevens over de spreiding uit respectievelijk 1998 en 2001 beschikbaar. De gemiddelde afstand naar de dichtstbijzijnde huisarts is in de periode 1998-2006 stabiel gebleven. Ook de geografische toegankelijkheid van klinische ziekenhuizen is gelijk gebleven (zie tabel 3.3.3a en b). Het aantal klinische ziekenhuizen is in de periode 2001-2006 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 aanzienlijk verbeteren.

Tabel 3.3.3a: Reisafstand in kilometers tot dichtstbijzijnde huisarts, in 1998 en 2006 (Bron: NIVEL 1998, 2006).

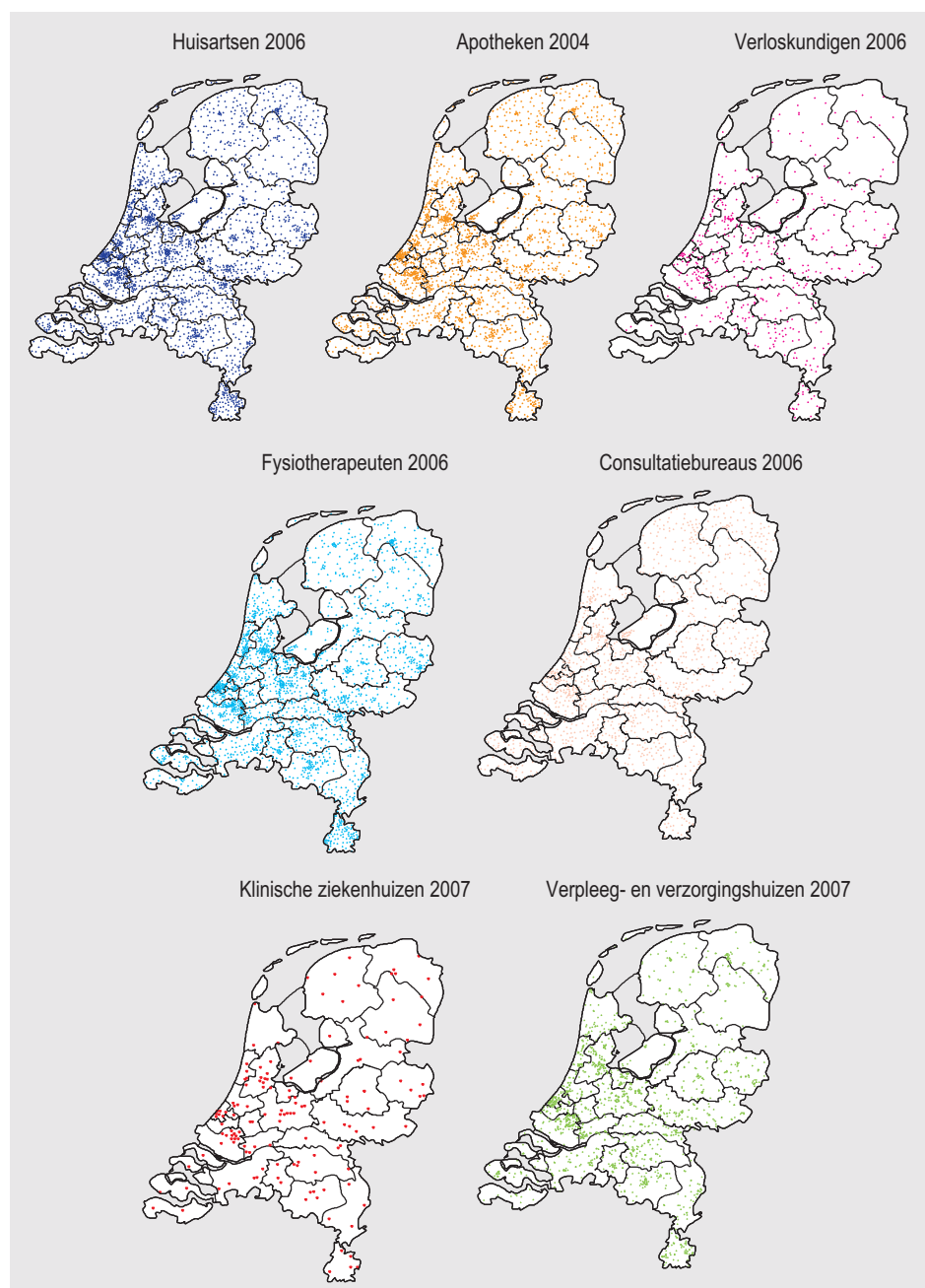
	1998	2006
Gemiddelde afstand	1,1	1,1
Afstand die 80% van de bevolking moet afleggen	1,5	1,6

Tabel 3.3.3b: Reisafstand in kilometers tot dichtstbijzijnde ziekenhuis, in 2001 en 2006 (Bron: RIVM, 2001, 2006).

	2001	2006
Gemiddelde afstand	6,9	7,0
Afstand die 80% van de bevolking moet afleggen	11,7	11,7

De Randstad en de grote steden hebben de grootste dichtheden van zorgvoorzieningen en zorgverleners

De figuur 3.3.2 toont de locaties van de zorgvoorzieningen. Samen geven zij het beeld dat er een grotere dichtheid van zorgvoorzieningen is in de Randstad en de grote steden. De gemiddelde reisafstand naar zorgvoorzieningen in de Randstad zal dan ook lager zijn dan in de meer noordelijke en landelijke provincies.



Figuur 3.3.2: Locaties zorgvoorzieningen (Bron: NIVEL, 2006; IGZ, 2004; RIVM, 2007; Actiz, 2007).

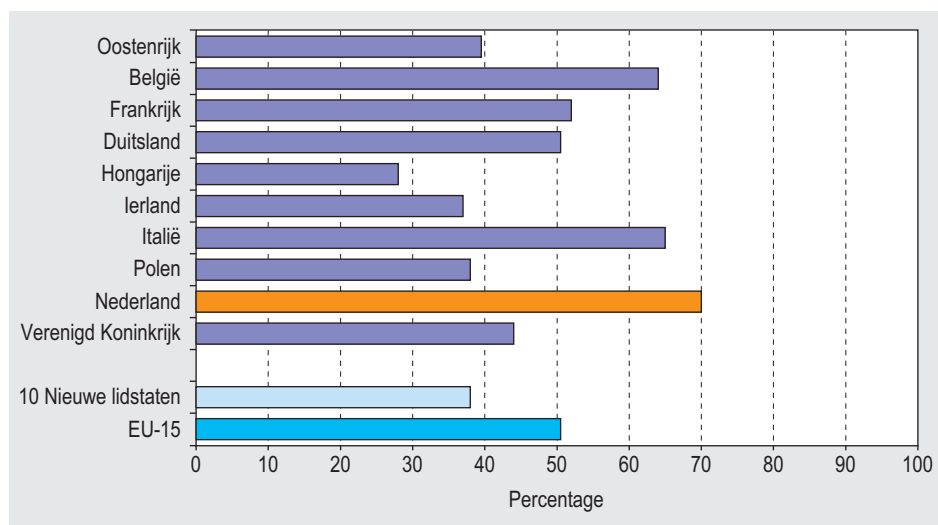
Voor circa 90% van de patiënten is het geen probleem om te reizen naar een zorgvoorziening

Naast de daadwerkelijke afstand die men moet afleggen is er ook gekeken naar patiëntenervaringen met de nabijheid van zorgvoorzieningen. Van de mensen die aangaven

de afgelopen 12 maanden verzorging, onderzoek of behandeling nodig te hebben gehad, was het voor 88,5% geen probleem dat zij hiervoor moesten reizen. 9,9% gaf aan het een klein probleem te vinden en 1,6% vond het een groot probleem (De Boer et al., 2007a).

Het percentage mensen dat binnen 20 minuten een ziekenhuis kan bereiken, ligt in Nederland ver boven het gemiddelde van de EU-25

De geografische toegankelijkheid van ziekenhuizen vormt in de EU-25 landen geen groot probleem (Busse et al., 2006). Ongeveer 48% van de totale EU-25 bevolking geeft aan binnen 20 minuten een ziekenhuis te kunnen bereiken. Er zijn wel grote verschillen tussen de EU-25 landen. Nederland scoort met ongeveer 70% ver boven het gemiddelde. Het percentage mensen dat belemmerd wordt door de afstand is vrij klein. Ongeveer 6% van de EU-25 bevolking moet 1 uur of meer reizen naar een ziekenhuis.



Figuur 3.3.3: Percentage mensen dat binnen 20 minuten een ziekenhuis kan bereiken, naar land (Bron: Busse et al., in voorbereiding).

Conclusie

De vraag hoe goed de geografische toegankelijkheid van de zorg is, is afhankelijk van de zorgsoort. De gepresenteerde indicatoren geven een beeld op hoofdlijnen. Voor een beoordeling welke nadelige gevolgen een te grote reisafstand kan hebben en voor welke bevolkingsgroepen dan in het bijzonder, zijn meer gedetailleerde gegevens nodig. De afstand tot zorgvoorzieningen die vaak gebruikt worden, zal korter moeten zijn dan de afstand tot zorgvoorzieningen die minder vaak gebruikt worden. Dit blijkt ook feitelijk het geval te zijn. De gemiddelde afstand naar de dichtstbijzijnde huisarts is 1,1 kilometer, terwijl de gemiddelde afstand tot het dichtstbijzijnde klinisch ziekenhuis 7,0 kilometer bedraagt. De nabijheid van zorgvoorzieningen in de Randstad en de

grote steden is groter dan in de rest van het land. Wanneer we de spreiding van huisartsen (1998-2006) en klinische ziekenhuizen (2001-2006) met het verleden vergelijken zien we dat de afstand naar beide stabiel is gebleven. Zowel uit de kwalitatieve analyse als uit het patiëntenervaringen onderzoek blijkt ook dat de geografische toegankelijkheid in Nederland en binnen de EU-25 voor de (grote) meerderheid van de bevolking geen groot of omvangrijk probleem vormt.

3.4 Hoe tijdig is de acute zorg?

Kernbevindingen

- In 2006 was 91% van de ambulances binnen de norm van 15 minuten ter plaatse en 9% niet
- In 2007 kon 98,2% van de bevolking overdag binnen 30 minuten bereikt worden door een medisch mobiel team
- In 2006 woonde 0,6% (96.920 mensen) van de bevolking meer dan 30 minuten rijden van een spoedeisende hulpdienst
- Tussen 2003 en 2005 is het aantal mensen dat langer dan 30 minuten onderweg is om een huisartsenpost te bereiken afgenomen met 11,8%
- In 2005 en 2006 werd rond 90% van de telefonische spoedoproepen naar huisartsenposten binnen 60 seconden persoonlijk beantwoord
- Van de Nederlanders met een acute hulpvraag kreeg 5,6% niet de hulp die zij nodig hadden en 9,5% kreeg deze hulp niet zo snel als zij wilden

Hoe we de tijdigheid van acute zorg vaststellen

Het belang van de bereikbaarheid van acute zorg ligt primair bij de nadelige gevolgen voor de patiënt van te lang wachten op acute zorg. Bij nadelige gevolgen kan men denken 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.

Vanwege het belang van de acute zorg wordt aan de tijdigheid en snelle bereikbaarheid van de acute zorg veel belang gehecht. Voor verschillende onderdelen van de acute zorg bestaan er daarom bereikbaarheidsnormen:

- Beleidsregels stellen dat een ambulance bij een spoedeisende situatie binnen 15 minuten na melding ter plaatse moet zijn. In berekeningen wordt uitgegaan van

twee minuten meld- en uitruktijd; de netto reistijd is 13 minuten (RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid, 2007). De algemeen aanvaarde norm is dat 95% van de spoedritten binnen de 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, 2005a). Deze veldnorm zal gebruikt worden als benchmark.
- 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, 2006d). Daarnaast geeft de IGZ aan dat ook de telefonische toegankelijkheid van huisartsenposten van belang is: een spoedoproep moet binnen 30 seconden beantwoord worden (IGZ, 2006d).

Indicatoren

- Het aantal spoedeisende ambulanceritten dat de normtijd van 15 minuten overschrijdt
- Het aantal mensen dat binnen 30 minuten door een mobiel medisch team bereikt kan worden
- Het aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst binnen 30 minuten kan bereiken
- Het aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken
- Het aantal spoedopbellers naar huisartsenposten dat binnen één minuut te woord wordt gestaan door een deskundige
- Percentage mensen met een acute hulpvraag dat niet de hulp kreeg die ze nodig hadden en wel wilden

De stand van zaken

In 2006 was 91% van de ambulances binnen de norm van 15 minuten ter plaatse en 9% niet

Negen procent van de spoedritten (A1-ritten) van ambulances was in 2006 niet binnen de gestelde norm van 15 minuten ter plaatse. Hiermee is de sector nog 4 procentpunt verwijderd van de algemeen aanvaarde norm, die stelt dat in geval van A1-ritten 95% van de ambulances binnen 15 minuten de patiënt bereikt moeten hebben (AZN, 2007). Er is sprake van een A1-rit als het gaat om een levensbedreigende situatie (RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2007). Overschrijdingen ontstaan vaak door een combinatie van factoren als onvoldoende beschikbaarheid, onvoldoende spreiding van standplaatsen en overmacht (RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2007).

In 2006 zijn voor de eerste keer gegevens op sectoraal niveau verzameld waarbij gewerkt is met landelijke definities en meetplannen. De AZN rapportage 2006 verschild daarmee van voorgaande rapportages, waardoor geen vergelijking met de Zorgbalans 2006 mogelijk is. Daarnaast is de betrouwbaarheid van de huidige gegevens

nog niet optimaal en dient men terughoudend te zijn bij het verbinden van conclusies aan de resultaten.

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

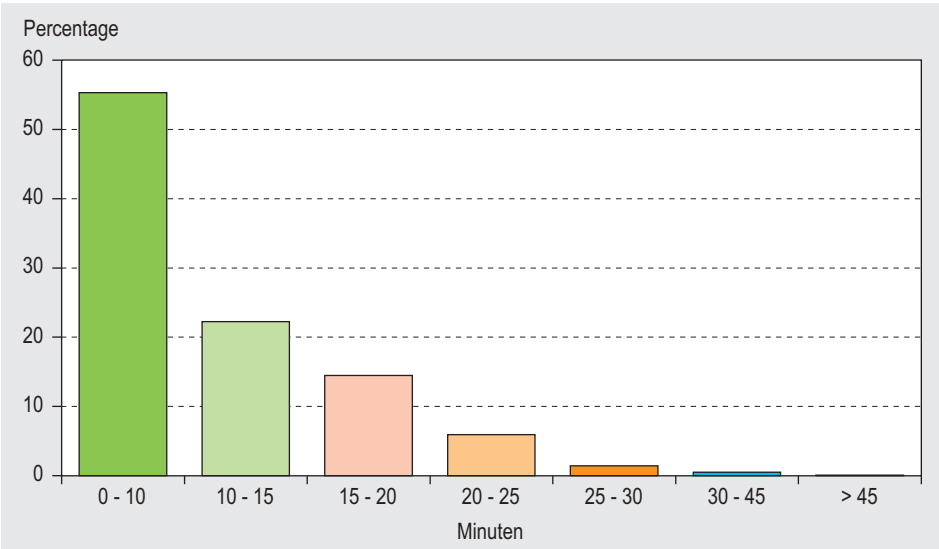
Tien traumacentra hebben de beschikking over een MMT. Van deze centra hebben er zes alleen de beschikking over een voertuig. De andere vier beschikken ook nog over een helikopter. Bovendien kan voor grensregio's ook gebruikt gemaakt worden van twee Duitse en één Belgische helikopter. Gezamenlijk bedekt dit netwerk 98,2% van de bevolking binnen 30 minuten. Hierin is rekening gehouden met de tijd dat de helikopter niet kan vliegen vanwege technische of weerkundige problemen. In de nacht is het dekkingpercentage lager omdat de helikopters dan niet vliegen. Een uitzondering hierop is de helikopter van Traumacentrum Oost gestationeerd in Volkel. Deze vliegt als proef 24 uur per dag (Zwakhals et al., 2008).

In 2006 woonde 0,6% (96.920 mensen) van de bevolking meer dan 30 minuten rijden van een spoedeisende hulpdienst

Ongeveer 0,6% van de Nederlandse bevolking (96.920 mensen) woont meer dan 30 minuten rijden verwijderd van een SEH (zie tabel 3.4.1 en figuur 3.4.1). Het gaat met

Tabel 3.4.1: Percentage van de bevolking dat in theorie niet binnen 30 minuten met de auto een spoedeisende hulpdienst kan bereiken, 2001-2006 (Bron: RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid, 2007).

	2001	2005	2006
Bevolking (%)	0,8	2,0	0,6
Bevolking (aantal)	128.000	318.500	96.920



Figuur 3.4.1: Percentage inwoners dat binnen een bepaalde reistijd met de auto een spoedeisende hulpdienst kan bereiken, 2006 (Bron: RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid, 2007).

name om de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duivenland, Noord-oostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen. In *tabel 3.4.1* is te zien dat tussen 2001 en 2006 het percentage mensen dat in theorie meer dan 30 minuten rijden is verwijderd van een SEH, schommelt tussen 0,6% en 2%.

Tussen 2003 en 2005 is het aantal mensen dat langer dan 30 minuten onderweg is om een huisartsenpost te bereiken afgenomen met 11,8%

Het aantal mensen dat meer dan 30 minuten moet reizen naar een huisartsenpost is afgenomen van 340.000 in 2003 naar 300.000 in 2005 (zie *tabel 3.4.2*). De mensen die langer dan 30 minuten moeten reizen wonen met name in enkele gebieden in het noorden van Nederland (IGZ, 2006d).

Tabel 3.4.2: Percentage van de bevolking dat in theorie niet binnen 30 minuten met de auto een huisartsenpost kan bereiken, in 2003 en 2005 (Bron: IGZ, 2006d).

	2003	2005	Verschil
Bevolking (%)	2,1	1,8	
Bevolking (aantal)	340.000	300.000	-11,8%

In 2005 en 2006 werd rond 90% van de telefonische spoedoproepen naar huisartsenposten binnen 60 seconden persoonlijk beantwoord

In 2006 werd 90% van de spoedoproepen naar huisartsenposten binnen 60 seconden persoonlijk beantwoord, ten opzichte van 89% in 2005 (zie *tabel 3.4.3*). In 2005 werd 11% van de spoedoproepen niet persoonlijk binnen één minuut beantwoord. Van de 10% spoedoproepen waar in 2006 langer op gewacht moest worden dan 60 seconden, werd 4 procentpunt van de spoedoproepen in zijn geheel niet persoonlijk beantwoord. In 2005 kwam dit in 1 procentpunt van de spoedoproepen voor. Het betreft dan voornamelijk een verwijzing naar een ander nummer. In *tabel 3.4.3* is tevens te zien dat 61% van de spoedoproepen binnen 30 seconden wordt beantwoord. In 2005 bedroeg dit 51%.

Tabel 3.4.3: Wachttijden spoedoproepen huisartsenposten, 2005-2006 (%) (Bron: IGZ, 2006).

Wachtijd	2005	2006
Minder dan 30 seconden	51	61
Minder dan 60 seconden	89	90
Niet beantwoord	1	4

Van de Nederlanders met een acute hulpvraag kreeg 5,6% niet de hulp die zij nodig hadden en 9,5% kreeg deze hulp niet zo snel als zij wilden

Van de mensen die in de afgelopen 12 maanden één of meer keren een ziekte, verwonding of aandoening hadden waarvoor meteen hulp nodig was van huisarts, huisartsenpost of SEH, gaf 5,6% aan niet of (bijna) nooit de hulp te hebben gekregen die zij nodig hadden; 94,4% kreeg meestal (21,7%) of altijd (72,7%) de benodigde hulp. Van deze mensen met één of meer keren een acute hulpvraag gaf 9,5% aan niet of (bijna)

nooit de hulp van huisarts, huisartsenpost of SEH te hebben gekregen zo snel zij wilden (De Boer et al., 2007a).

Conclusie

Voor zover een vergelijking met de Zorgbalans uit 2006 mogelijk is, komt naar voren dat de toegankelijkheid van acute zorg licht is verbeterd. Wel zijn er enkele kritische kanttekeningen te maken. De norm voor de aanrijtijden van ambulances wordt nog niet in 95% van de spoedgevallen gehaald. In 2005 achtte de IGZ het onverantwoord dat 11% van de spoedoproepen naar huisartsenposten niet persoonlijk binnen één minuut werd beantwoord. In 2006 is dit percentage vrijwel gelijk gebleven. Daarnaast nam het aantal onbeantwoorde spoedoproepen naar huisartsenposten toe.

3.5 Hoe lang wordt er gewacht op reguliere zorg?

Kernbevindingen

- Het percentage patiënten dat de wachttijden in de curatieve zorg lang vindt, neemt tussen 2002 en 2007 met 1% tot 3% toe
- Tussen 2005 en 2007 daalde het aantal ziekenhuisafdelingen (specialismen) dat aangaf dat mensen rekening moeten houden met een lange wachttijd met 14% tot 32%
- Het totaal aantal wachtenden op een donororgaan is sinds 2004 stabiel
- Het aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg nam in 2005-2006 toe met 6%; de gemiddelde wachttijden bleven gelijk
- Begin 2007 wachtten naar schatting 75.000 personen op langdurige zorg
- De problematische wachtlijst in de langdurige zorg bedroeg begin 2007 naar schatting maximaal 5.000 personen

Hoe we wachten in de reguliere zorg vaststellen

Lange wachtlijsten duiden op schaarste, verminderde keuzevrijheid en verminderde toegankelijkheid. Lange wachttijden kunnen nadelig zijn voor een adequate hulp, en de gezondheid of het welzijn van de patiënt soms zelfs ernstig in gevaar brengen, bijvoorbeeld in het geval van bepaalde hartoperaties. Verder kunnen ze de tevredenheid van patiënten en burgers negatief beïnvloeden. Wachttijden behoeven binnen bepaalde grenzen overigens geen probleem te vormen en kunnen zelfs nut hebben voor de patiënt (bedenktijd) en de logistiek (efficiënt gebruik van middelen).

In deze tweede Zorgbalans stellen we de tijdigheid van de zorg allereerst vast met behulp van enquêtegegevens onder burgers. Daarnaast worden registratiegegevens gepresenteerd over wachtlijsten en wachttijden in de ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg 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 graadmeter vormt de omvang van de *problematische* wachtlijsten. Deze wordt door gebrek aan gegevens in andere sectoren in deze Zorgbalans alleen beschreven voor de langdurige zorg. De omvang hiervan wordt door beleidsmakers als een belangrijke indicatie voor werkelijke en ernstige capaciteitstekorten in de zorg gezien (Westert en Verkleij, 2006). Bij de wachttijden in de ziekenhuiszorg wordt als een speciale casus aandacht besteed aan het wachten op orgaandonoren.

Indicatoren

Patiëntenoordeel

- Percentage burgers dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn

Ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en langdurige zorg

- Het aantal mensen dat wacht op gezondheidszorg naar soort (de omvang van de wachtlijst)
- De (verwachte) tijdsduur tot behandeling (de wachttijd)
- Het aantal mensen dat langer moet wachten op zorg dan de afgesproken Treeknorm
- Het aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg

Wachten op donororganen

- Het aantal mensen dat wacht op een donororgaan

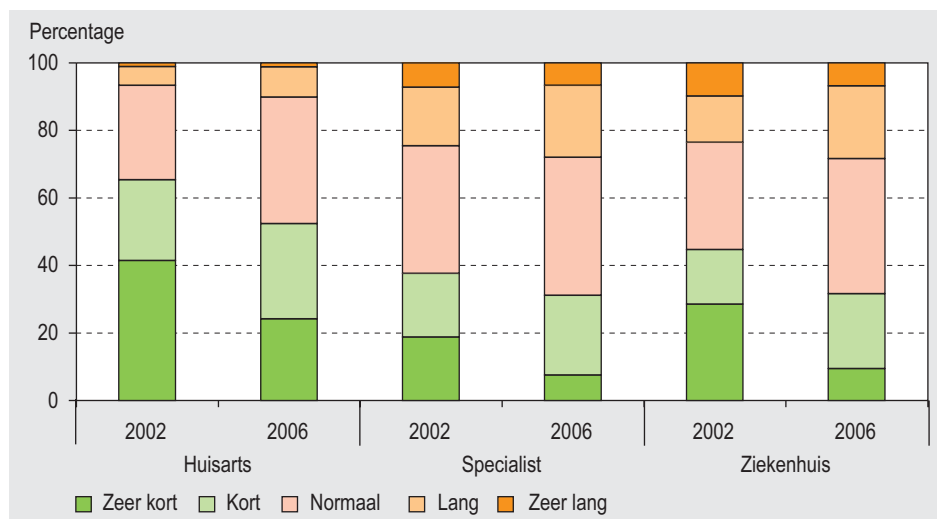
De stand van zaken

Het percentage patiënten dat de wachttijden in de curatieve zorg lang vindt, neemt tussen 2002 en 2006 met 1% tot 3% toe

Het SCP vroeg zowel in 2002 als in 2006 naar de perceptie van wachttijden in de zorg. Het percentage respondenten dat de wachttijd (zeer) lang vindt, nam in die jaren voor de huisartsenzorg toe van 6,7% naar 10,1%, voor de specialistische zorg van 24,6% naar 28% en voor de ziekenhuiszorg (opnamen) van 23,5% naar 24,8%. Het percentage dat de wachttijd zeer kort vond, nam sterk af (SCP, 2007) (zie *figuur 3.5.1.*).

Voor veruit de meeste mensen (95,9%) is het de afgelopen 12 maanden geen of een klein probleem geweest dat zij moesten wachten op de verzorging, onderzoek of behandeling. Voor één op de vijftientig (4,1%) is het een groot probleem geweest (De Boer et al., 2007a).

In internationaal opzicht zijn de ervaringen van patiënten met wachttijden in de huisartsenzorg in Nederland op sommige punten gunstiger en op andere punten ongunstiger dan in andere landen. In de CMWF studie waarin Nederland in 2007 vergeleken werd met de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Verenigd Koninkrijk en Duitsland (Grol en Faber, 2007) bleek het volgende:



Figuur 3.5.1: Ervaren wachttijden naar zorgvoorzieningen, in 2002 en 2006 (Bron: SCP, 2007).

- Het percentage patiënten dat in Nederland dezelfde of de volgende dag terecht kan bij de huisarts is 70%. Dit percentage ligt hoger dan in de meeste andere landen. Canada scoort het laagst (36%).
- Nederlanders vinden de openingstijden van de huisartsenpraktijk in de ochtend beter, maar in de avond veel slechter dan de respondenten in de onderzochte andere landen. Ook in het weekend is het in Nederland, in vergelijking met de andere landen, lastiger een afspraak te maken met de eigen huisarts.
- Een relatief hoog percentage van de Nederlandse respondenten (40%) geeft aan dat het gemakkelijk is om zorg te krijgen buiten kantooruren. Absoluut gezien is deze score (40%) niet bijzonder goed.
- In Nederland is het in vergelijking met zes andere landen moeilijker om telefonisch de huisartsenpraktijk te bereiken om een gezondheidsprobleem te bespreken; 26% van de Nederlanders vindt dat dit gemakkelijk is.

Tussen 2005 en 2007 daalde het aantal ziekenhuisafdelingen (specialismen) dat aangaf dat mensen rekening moeten houden met een lange wachttijd met 14% tot 32%

In 2000 zijn in het zogeheten Treek-overleg door ziekenhuizen, huisartsen en medisch specialisten streefnormen voor niet-spoedeisende hulp vastgesteld. De overschrijdingen van deze Treeknorm voor de *gemiddelde* verwachte wachttijden voor niet-spoedeisende hulp in ziekenhuizen zijn in de periode 2005-2007 gedaald met 14-32% (zie tabel 3.5.1). Op 1 januari 2007 gaf 19,7% van de ziekenhuisafdelingen (specialismen) aan dat patiënten voor een eerste bezoek op de polikliniek rekening moeten houden met een langere wachttijd dan de Treeknorm. Voor klinische behandeling en dagverpleging bedroeg deze overschrijding respectievelijk 6,4% en 5,5%.

Evenals in eerdere jaren bestaan ook op de peildatum van 1 januari 2007 nog grote verschillen tussen specialismen in deze wachttijdoverschrijdingen. Zo blijkt dat in 55%

Tabel 3.5.1: Percentage ziekenhuisafdelingen waarbij de gemiddelde verwachte wachttijden boven de Treeknorm uitkomen, peildatum 1 januari (Bron: DIS; databewerking RIVM).

	2005	2006	2007
Polikliniek	22,8	18,0	19,7
Kliniek	9,1	7,4	6,4
Dagverpleging	8,1	6,9	5,5

van de reumatologiepoliklinieken de gemiddelde verwachte wachttijd boven de Treeknorm uitkomt tegenover 0% bij de poliklinieken radiotherapie. Deze resultaten zijn gebaseerd op het DIS (DBC-informatiesysteem). De aanlevering van gegevens is echter niet volledig en de invloed van ontbrekende gegevens op de gepresenteerde resultaten is onduidelijk. De gemiddelde verwachte wachttijden geven geen inzicht in het aantal mensen dat feitelijk langer wacht dan de Treeknorm.

Ook de wachttijden voor zes veel voorkomende operaties – staar, hernia, totale knie, liesbreuk en spataderen – zijn in de periode 2005-2006 afgenomen. Wel geldt dat een groot aantal ziekenhuizen in 2005-2006 voor *meerdaagse* ziekenhuisopnames een wachttijd heeft die hoger is dan de Treeknorm. Voor de meeste van deze zes diagnoses bestaat bovendien een grote spreiding in wachttijden tussen de ziekenhuizen (NZa, 2007d).

Het totaal aantal wachtenden op een donororgaan is sinds 2004 stabiel

Sinds 2004 is het aantal wachtenden op een donororgaan stabiel. Per 1 maart 2004 wachtten 1381 Nederlanders op een donororgaan en op 1 juni 2007 waren er 1364 wachtenden. Wanneer er onderscheid wordt gemaakt naar orgaan, blijkt dat het aantal patiënten dat wacht op een long tussen 2004 en 2007 is gestegen van 63 naar 144 en dat het aantal wachtenden op een nier in deze periode is afgenomen van 1156 naar 1037 (zie tabel 3.5.2).

Tabel 3.5.2: Aantal Nederlandse patiënten dat wacht op orgaandonatie, naar orgaan, 2004-2007 (Bron: NTS, 2007).

	01-03-2004	01-03-2005	01-06-2006	01-06-2007
Nier	1156	1143	1023	1037
Lever	127	156	140	145
Hart	35	37	44	38
Longen	63	85	128	144
Totaal	1381	1421	1335	1364

De gemiddelde wachtduur (registratieduur op de wachtlijst) in dagen varieert in 2006 sterk naar orgaan. Zo is de gemiddelde registratieduur voor een niertransplantatie het langst met 1235 dagen (3,4 jaar). Voor een levertransplantatie is de registratieduur het kortst met 329 dagen (zie tabel 3.5.3).

Tabel 3.5.3: Registratieduur in dagen van met postmortale organen getransplanteerde patiënten, in 2006 (Bron: NTS, 2007).

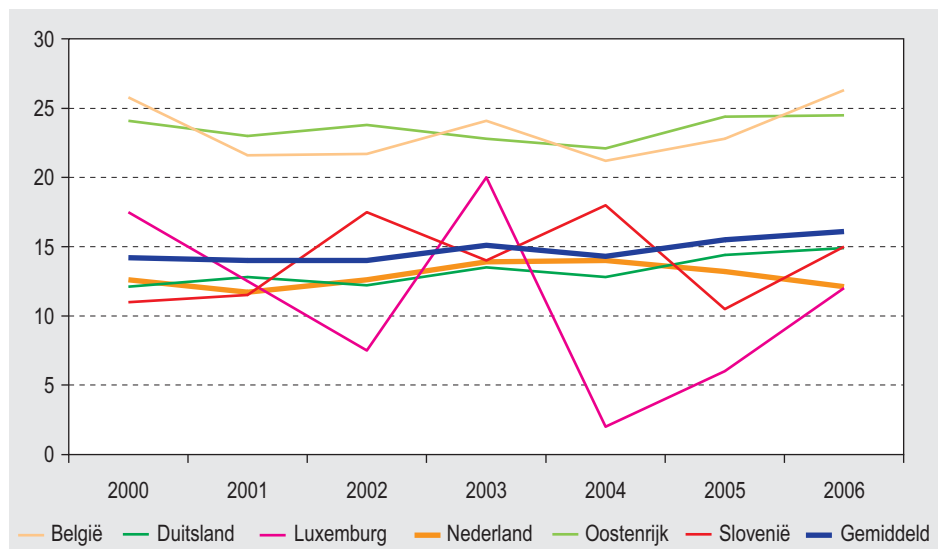
Registratieduur in dagen	Alleen nier (n= 340)	Alleen hart (n= 37)	Alleen long (n= 52)	Alleen lever (n= 89)
Gemiddelde registratieduur	1235	337	449	329
Mediane registratieduur	1100	303	368	291

In 2006 lag het aantal geëffectueerde postmortale donoren met 200 nog 20% onder het streven van 250 in 2008 (Rijksbegroting, 2007). In 2006 werden 200 postmortale donoren ook werkelijk geëffectueerd. In 2005 waren dit er 217. Dit geeft een daling van 7,8% (zie tabel 3.5.4).

Tabel 3.5.4: Geëffectueerde postmortale donoren, 2002-2006 (Bron: NTS, 2007).

	2002	2003	2004	2005	2006
Orgaandonoren	202	223	228	217	200

In vergelijking met andere Europese landen (die participeren in Eurotransplant) ligt het aantal Nederlandse geëffectueerde postmortale donoren per miljoen inwoners in 2006 met 12,1 onder het gemiddelde van 16,1. Oostenrijk en België hebben tussen



Figuur 3.5.2: Geëffectueerde postmortale donoren, per miljoen inwoners, per land, 2000-2006 (Bron: Eurotransplant, 2000-2006).

2000 en 2006 het hoogste aantal geëffectueerde postmortale donoren per miljoen inwoners (zie *figuur 3.5.2*). Het lage aantal verkeersdoden in Nederland is een van de oorzaken hiervan (Westert en Verkleij, 2006).

Het aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg nam in 2005-2006 toe met 6%; de gemiddelde wachttijden bleven gelijk

Het aantal wachtenden op aanmelding, beoordeling dan wel behandeling in de jeugd, volwassenen-, en ouderen-GGZ is in de periode 2005-2006 met ruim 4.000 personen toegenomen. Het aantal wachtenden op 1 januari 2007 is daarmee 6% hoger dan op 1 januari 2005 (zie *tabel 3.5.5*). Hoewel het aantal wachtenden op zorg de afgelopen jaren licht is toegenomen, is de gemiddelde wachttijd van degenen die zorg krijgen in de periode 2004-2006 stabiel. De wachttijd bedraagt gemiddeld in elk van de drie wachtfasen 3-4 weken; 20-30% heeft op het moment dat de (volgende fase) in de zorg een aanvang neemt, langer gewacht dan de Treeknorm (zie *tabel 3.5.5*). Het is onbekend hoe de wachttijden in de drie fasen voor cliënten bij elkaar optellen.

Tabel 3.5.5: Wachttijstgegevens GGZ, peildatum 1 januari, 2004-2007 (Bron: GGZ Nederland, 2005; 2007).

	2004	2005	2006	2007
Aantal wachtenden				
- aanmeldingsfase	10.500	21.400	20.500	22.000
- beoordelingsfase	37.700	34.000	33.500	32.000
- behandelingsfase	18.000	15.000	19.600	20.700
Totaal	66.300	70.400	73.600	74.700
Werkelijke wachttijd van degenen die uiteindelijk zijn behandeld in het betreffende jaar (in weken) ^a				
- aanmeldingsfase	3	3	3	-
- beoordelingsfase	4	4	4	-
- behandelingsfase	4	4	4	-
Percentage cliënten dat langer wacht dan de Treeknorm op basis van werkelijke wachttijden				
- aanmeldingsfase ^b	-	23	26	-
- beoordelingsfase ^b	-	31	28	-
- behandelingsfase ^c	-	19	19	-

^a Mogelijk is dit een onderschatting, namelijk in het geval de groep mensen dat extreem lang moet wachten toeneemt; ^b Norm 4 weken; ^c Norm ambulant: 6 weken, klinisch: 7 weken, beschermd wonen: 13 weken.

Begin 2007 wachtten naar schatting 75.000 personen op langdurige zorg

Door veranderingen in de registraties en veranderingen in opschoningsmethodes bestaat er een grote mate van onzekerheid over de omvang en ernst van de wachtlijsten in de langdurige zorg (verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg).

Naar beste schatting van onderzoeksbureaus bedroeg het aantal wachtenden in de langdurige zorg op 1 januari 2006 68.000 personen en op 1 januari 2007 75.000 personen (CVZ, 2007a; HHM, 2007). Door verschillen in schattingsmethodiek mogen deze cijfers niet rechtstreeks met elkaar vergeleken worden. Vermoedelijk is het aantal wachtenden eerder iets toegenomen dan afgenomen. Het aantal in 2007 ligt namelijk 7.000 personen hoger dan in 2006 (zie *tabel 3.5.6*) en naar inschatting van het RIVM zijn in 2007 intensievere administratieve correcties toegepast.

Tabel 3.5.6: Aantal wachtenden op langdurige zorg, peildatum 1 januari, 2003-2007 (Bron: CVZ, 2005, 2007a; HHM, 2007).

	2003	2004	2005	2006	2007
Verpleging en verzorging					
- Zorg met verblijf	42.500	35.000	34.500	n.g.	36.800
- Zorg zonder verblijf	32.000	19.500	17.500	n.g.	24.900
Gehandicaptenzorg					
- Zorg met verblijf	9.500	9.000	7.000	n.g.	5.800
- Zorg zonder verblijf	8.000	8.500	7.500	n.g.	7.700
Totaal	92.000	71.000	66.500	68.000	75.000
n.g.: niet gemeten					

De problematische wachtlijst in de langdurige zorg bedroeg begin 2007 naar schatting maximaal 5.000 personen

Onder problematisch wachtenden 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 2005-2007 is twee maal door het bureau HHM aan de zorgkantoren gevraagd een inventarisatie van de omvang en samenstelling van deze groep te maken. De schatting betrof alleen de categorie wachtenden op 'zorg met verblijf'. Zowel in 2005 als in 2007 werd de omvang van de groep problematisch wachtenden door de zorgkantoren geschat op 5 tot 10% van het aantal wachtenden op zorg met verblijf (HHM, 2007). In bijna alle situaties gaat het om cliënten met een meervoudige problematiek en/of om zeer specifieke cliëntengroepen. Voor verpleging en verzorging bestaat de belangrijkste groep problematisch wachtenden volgens de zorgkantoren uit dementerenden die wachten op een plaats in een verpleeghuis en voor gehandicapten uit jonge, licht verstandelijk gehandicapten al dan niet met gedragsproblemen. Deze (laatste) groep neemt in aantal toe en het zorgaanbod is op deze stijging niet voorbereid (CVZ, 2006; HHM, 2007).

Wachten op langdurige zorg beperkt zich vanzelfsprekend niet tot de bovengenoemde groep van problematisch wachtenden. De situatie is onduidelijk: meer dan de helft van de wachtenden op de wachtlijst zou al langer dan 6 maanden wachten, maar algemeen wordt aangenomen dat de geregistreerde wachttijd van degenen die op de wachtlijst staan, om verschillende redenen een onjuist beeld geeft. Er is sprake van administratieve vervuiling, een belangrijk percentage krijgt overbruggingszorg, en een deel van de wachtenden wordt niet als urgent beschouwd omdat zij wachten op het zorgaanbod dat hun eerste voorkeur heeft en daarom ander zorgaanbod niet aannemen (CVZ, 2007a).

Er wordt meer waarde gehecht aan de gemiddelde wachttijd van degenen die zorg hebben gekregen. Deze wachttijd ligt voor verpleging en verzorging tussen 13 en 48 dagen (13 dagen voor activerende begeleiding en 48 dagen voor langdurig verblijf). In de gehandicaptenzorg lagen deze wachttijden op 20 dagen voor activerende begeleiding en 76 dagen voor huishoudelijke verzorging. De werkelijke wachttijd van degenen voor wie zorg gerealiseerd werd, lag in de periode oktober 2004 - januari 2007 in alle sectoren in de langdurige zorg in meer dan 80% van de gevallen binnen de Treeknorm (zie *tabel 3.5.7*). Het is door veranderingen en onvolledigheid in de registratie onduidelijk of de gemiddelde wachttijd sinds 2005 is toe- of afgenomen (CVZ, 2007a).

Tabel 3.5.7: Gerealiseerde wachttijd in de langdurige zorg, oktober 2004 - januari 2007 (Bron: CVZ, 2007c).

	Percentage binnen de 100% Treeknorm
Verpleging en verzorging	
- Thuiszorg	95
- Verpleging	82
- Verzorging	87
Gehandicaptenzorg	
- Ondersteuning dagbesteding	89
- Ondersteuning wonen	92

Conclusie

Sinds de vorige Zorgbalans lijkt er niet veel veranderd te zijn in de omvang van 'het wachten op reguliere zorg'. In sommige sectoren is sprake van een lichte verbetering, in andere van een lichte verslechtering. Een iets groter percentage patiënten ervaart in 2006 langere wachttijden in de curatieve zorg dan in 2002. De gepresenteerde indicatoren geven geen systematisch overzicht van knelpunten, maar wel enkele signalen van lange wachttijden en daarmee mogelijke tekorten in de zorg (o.a. voor orgaan-donaties, geestelijke gezondheidszorg en langdurige zorg met verblijf voor dementerenden en jonge licht verstandelijk gehandicapten). Er zijn grote verschillen tussen ziekenhuizen in wachttijden voor veel voorkomende operaties.

De meeste wachtlijstgegevens zijn gebrekkig. Ziekenhuizen beperken zich de afgelopen jaren tot het presenteren van de *verwachte* wachttijd en presenteren niet langer de werkelijke wachttijd noch de omvang van de wachtlijsten. De wachtlijstregistratie in de langdurige zorg is nog niet op orde, deels doordat zorgaanbieders in veel gevallen niet terugmelden dat de zorg voor een cliënt gerealiseerd is. Er moeten daarom veel aannames worden gemaakt. Voor meerdere wachtlijstregistraties moet momenteel niet worden uitgesloten dat de gepresenteerde wachtlijstgegevens de werkelijke omvang en ernst onderschatten. Het is onbekend hoe wachttijden tijdens de verschillende fasen tussen aanmelding en de uiteindelijke behandeling(en) voor cliënten bij elkaar optellen.

3.6 Is de zorg voor iedereen goed toegankelijk en naar behoefte?

Kernbevindingen

- Er is weinig verschil in zorggebruik tussen hoog- en laagopgeleiden als rekening wordt gehouden met onderlinge verschillen in gezondheid; lager opgeleiden bezoeken wel minder vaak de tandarts dan hoger opgeleiden
- Verschillen in ziekenhuisopnamen tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen zijn in de periode 1995-2005 vrij constant; allochtonen maken meer gebruik van GGZ en verslavingszorg dan autochtonen, maar maken hiervan minder gebruik dan op grond van hun problematiek kan worden verwacht
- De sterfte na ziekenhuisopname voor hartinfarct is vergelijkbaar onder allochtonen en autochtonen
- Onvervulde zorgbehoeften van dak- en thuislozen betreffen naar eigen zeggen vooral huisvesting, werk, financiën en gebitsverzorging en dus in mindere mate hun gezondheid
- De kwaliteit van de Medische Opvang Asielzoekers is goed, maar verbetering is mogelijk

Hoe we toegankelijkheid naar behoefte vaststellen

De vraag of de zorg voor iedereen toegankelijk is naar behoefte (sociale toegankelijkheid) is van belang vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid ('equity') en vanuit het oogpunt van doelmatigheid. In deze Zorgbalans is vooral voor de uitwerking van de 'equity'-benadering gekozen. In Nederland bestaan grote en toenemende verschillen in gezondheidstoestand tussen bevolkingsgroepen. Laagopgeleiden en verschillende groepen allochtonen zijn bijvoorbeeld over het algemeen ongezonder dan hoger opgeleiden en autochtonen (Hollander et al., 2006). Mensen met de hoogste opleiding leven 3,5 jaar langer dan mensen met de laagste opleiding; zij voelen zich gemiddeld zelfs 16 jaar van hun leven langer gezond (Van Hertzen et al., 2002). Een goede toegankelijkheid kan deze gezondheidsverschillen gunstig beïnvloeden. Er zijn nog meer groepen met een gemiddeld slechtere of kwetsbare gezondheidstoestand, zoals alleenstaande ouderen, mensen woonachtig in achterstandswijken, dak- en thuislozen, asielzoekers en illegalen. Waar mogelijk zullen we ook op het zorggebruik en de toegankelijkheid van zorg van deze groepen ingaan.

Whitehead (1991) omschrijft gelijke toegankelijkheid als: gelijke toegang én gelijk gebruik van zorg bij gelijke behoefte, maar ook als gelijke kwaliteit van zorg voor iedereen. Gelijke kwaliteit van zorg betekent dat deze niet mag variëren vanwege persoonsgebonden kenmerken zoals leeftijd, etniciteit, sociaal-economische status of geografische locatie (Whitehead, 1992; AHRQ, 2004). Kwalitatief goede zorg houdt dus in dat de zorg aangepast is aan de omstandigheden en mogelijkheden van de

patiënt. Dat kan inhouden dat voor bepaalde groepen patiënten bijvoorbeeld meer hulpverleningscontacten en meer uitleg nodig is om hetzelfde resultaat te bereiken. Aansluitend bij deze definitie staat in deze paragraaf de vraag centraal in welke mate er sprake is van gelijk gebruik van zorg bij gelijke gezondheidstoestand. Daarbij wordt de gezondheidstoestand vooral bepaald aan de hand van de ervaren gezondheidstoestand en het aantal chronische ziekten dat burgers zelf opgeven. Daarnaast komt ook de gelijke kwaliteit van zorg voor verschillende bevolkingsgroepen, zij het slechts aan de hand van één indicator, aan de orde.

Gezien vanuit het oogpunt van doelmatigheid gaat er veel mogelijke gezondheidswinst in de bevolking verloren als effectieve medische behandelingen niet door iedereen gebruikt worden die daarvan zouden kunnen profiteren. Dat geldt in zijn algemeenheid en niet alleen voor kwetsbare groepen. In *paragraaf 2.5* wordt hiervan nog een ander type voorbeeld gegeven: de helft van de mensen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis ontvangt geen zorg, terwijl er wel effectieve therapieën bestaan waarvan in ieder geval een deel van hen baat zou kunnen hebben. Ook in de somatische zorg zijn hiervan voorbeelden te geven, zo is er een aanzienlijke groep mensen met bijvoorbeeld niet ontdekte en niet behandelde diabetes. Gezien vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid is er sprake van verlies aan rechtvaardigheid (én doelmatigheid) als de toegang tot en het gebruik van zorg door kwetsbare bevolkingsgroepen lager is dan op basis van hun gezondheidstoestand wenselijk zou zijn.

Indicatoren

De volgende indicatoren komen in deze paragraaf aan de orde:

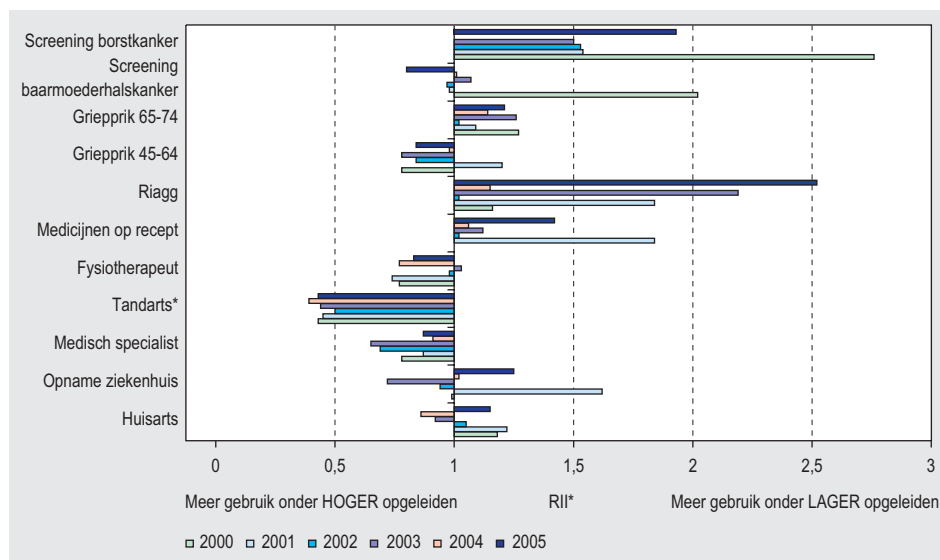
- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen
- Verschil in ziekenhuisopname en gebruik van GGZ en verslavingszorg tussen allochtonen en autochtonen
- Verschil in sterfte na ziekenhuisopname voor hartinfarct tussen allochtonen en autochtonen
- Behoeftte aan zorg van dak- en thuislozen
- Kwaliteit van de Medische Opvang Asielzoekers

De stand van zaken

Er is weinig verschil in zorggebruik tussen hoog- en laagopgeleiden als rekening wordt gehouden met onderlinge verschillen in gezondheid; lager opgeleiden bezoeken wel minder vaak de tandarts dan hoger opgeleiden

De gezondheidstoestand is over het algemeen slechter onder lager opgeleiden dan hoger opgeleiden (Hollander et al., 2006). Als rekening wordt gehouden met verschillen in de ervaren gezondheidstoestand en het aantal chronische ziekten zijn in de periode 2000-2005 voor de meeste zorgvoorzieningen de verschillen in gebruik tussen lager en hogere opgeleiden statistisch niet significant (zie *figuur 3.6.1*). Er is één uitzondering: lager opgeleide mensen bezoeken significant minder vaak de tandarts

dan hoger opgeleiden. Ook enkele andere niet-significante verschillen zijn het vermelden waard. In alle zes jaren bezochten lager opgeleiden (iets) minder vaak dan hoger opgeleiden de specialist, en juist iets vaker het Riagg. De deelname aan de griepvrij bij lager opgeleiden ligt onder 45-65 jarigen iets lager, maar bij 65-74 jarigen juist iets hoger dan bij hoger opgeleiden. Lager opgeleiden zijn meer geneigd zich preventief tegen borstkanker te laten onderzoeken dan hoogopgeleiden. Er zijn in de periode 2000-2005 geen duidelijke veranderingen opgetreden in de verschillen in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden.

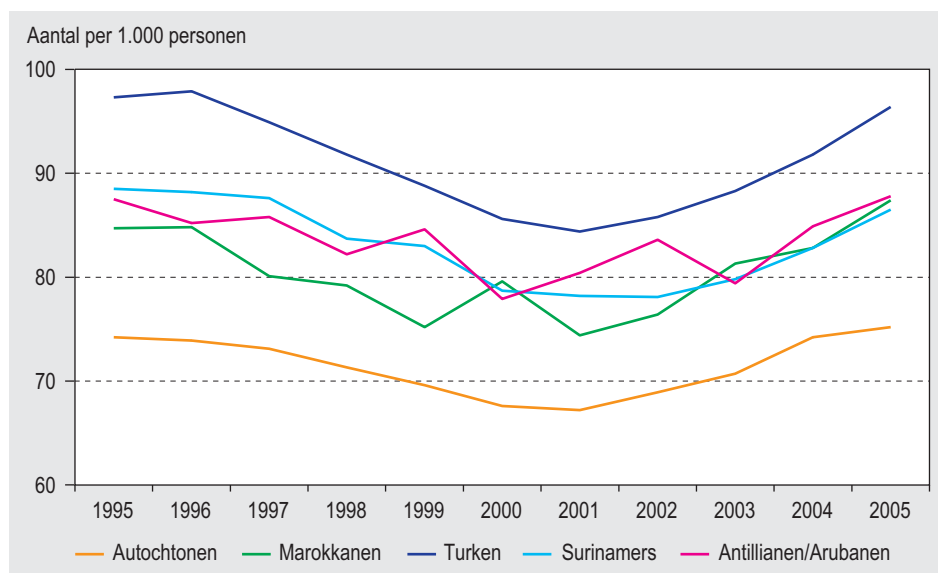


Figuur 3.6.1: Zorggebruik naar opleidingsniveau gemeten middels de Relative Index of Inequality (RII*), 2000-2005 (Bron: CBS, Pols-Gezondheid en Arbeid, 2000-2005).

* RII = Relative Index of Inequality, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, chronische ziekten en ervaren gezondheid; de RRI-index weegt verschillen in zorggebruik tussen bevolkingsgroepen ook voor de (veranderende) omvang van deze groepen; $RII > 1$: meer gebruik onder lager opgeleiden t.o.v. hoger opgeleiden, $RII < 1$: minder gebruik onder lager opgeleiden t.o.v. hoger opgeleiden.

Verschillen in ziekenhuisopnamen tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen zijn in de periode 1995-2005 vrij constant; allochtonen maken meer gebruik van GGZ en verslavingszorg dan autochtonen, maar maken hiervan minder gebruik dan op grond van hun problematiek kan worden verwacht

Het gemiddelde aantal klinische ziekenhuisopnamen (niet gecorrigeerd voor gezondheidsverschillen) is in de periode 1995-2005 onder allochtonen hoger dan onder autochtonen. Ook binnen de allochtone groepen zijn er verschillen. Het aantal ziekenhuisopnamen is het hoogst onder Turken en ligt lager onder Marokkanen, Surinamers en Antillianen. De verschillen waren in de periode 1995-2001 vrij constant (Verweij et al., 2004). In de jaren daarna (2001-2005) veranderde weinig in dit beeld (zie figuur 3.6.2). De oorzaken van de verschillen zijn divers, verschillen in gezondheidstoestand spelen een belangrijke rol, maar ook sociaal-culturele verschillen.



Figuur 3.6.2: Klinische ziekenhuisopnamen naar land van herkomst, 1995-2005 (Bron: CBS Statline, 2007b).

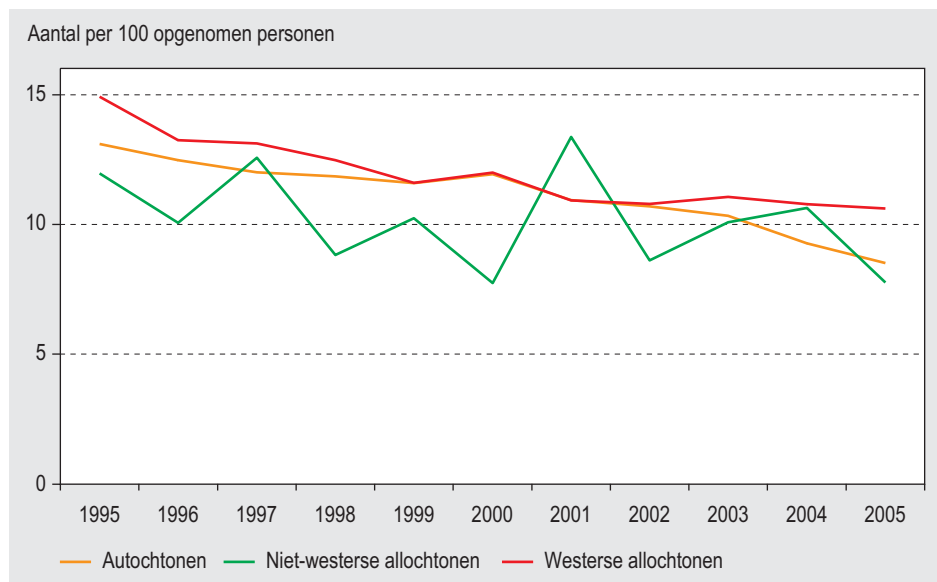
Uit gegevens van GGZ Nederland blijkt dat 56,4% van de cliënten die bij de GGZ staan ingeschreven van autochtone Nederlandse herkomst is, 8,8% is afkomstig uit niet-westerse landen (met name Suriname, Turkije en Marokko) en van een derde deel van de cliënten is de herkomst onbekend (Zorgis, 2006). Omdat allochtonen vaker een psychiatrische stoornis hebben dan autochtonen zou men verwachten dat deze groep een groter beroep doet op de GGZ dan autochtonen. Op basis van vijftien jaar GGZ in Rotterdam (1990-2004) wordt geconcludeerd dat Marokkaanse en Turkse mannen in gelijke mate gebruik maken van GGZ als autochtonen, en Surinamers, Kaapverdianen en Antillianen in mindere mate (Dieperink et al., 2007). Deze laatste groepen zoeken mogelijk meer hulp buiten de GGZ (Soares de Freitas, 2005).

In de verslavingszorg is het aandeel allochtonen toegenomen van 19% in 1996 naar 23% in 2004 (SIVZ, 2005). Dit is vergelijkbaar met de toename van het aandeel van deze bevolkingsgroep in de Nederlandse samenleving. Het gebruik van de verslavingszorg is lager onder allochtonen dan autochtonen: een kwart van de cliënten is allochtoon terwijl de helft van de verslaafden allochtoon is (SIVZ, 2005).

In de eerste Zorgbalans is geconstateerd dat allochtonen (met name Marokkanen) minder vaak gebruik maken van fysiotherapie, thuiszorg en medicijnen dan autochtonen. Oudere Turken en Marokkanen bezoeken minder vaak de medisch specialist dan Nederlandse 55-plussers als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen en gezondheid. Er zijn geen gegevensbronnen beschikbaar om na te gaan of deze situatie de afgelopen jaren veranderd is.

De sterfte na ziekenhuisopname voor hartinfarct is vergelijkbaar onder allochtonen en autochtonen

De sterfte in het ziekenhuis binnen 30 dagen na opname voor hartinfarct blijkt tussen autochtonen en allochtonen niet veel te verschillen (zie *figuur 3.6.3*). Bij alle groepen lijkt er sprake te zijn van een dalende trend in de periode 1998-2005. Verder valt op dat er in de tijd grote fluctuaties zijn binnen de groep niet-westerse allochtonen. Dit hangt samen met het relatief geringe aantal opgenomen personen in deze groep. De cijfers impliceren dat de kwaliteit van ziekenhuiszorg op dit punt weinig verschilt tussen de verschillende etnische groepen.



Figuur 3.6.3: Ziekenhuissterfte binnen 30 dagen per 100 opgenomen personen na een eerste opname voor acuut myocard infarct, gestandaardiseerd naar leeftijd, 1995-2005 (Bron: Verweij et al., 2007; databewerking CBS).

Onvervulde zorgbehoeften van dak- en thuislozen betreffen naar eigen zeggen vooral huisvesting, werk, financiën en gebitsverzorging en dus in mindere mate hun gezondheid

Uit een onderzoek in 2005 onder 110 dak- en thuislozen in Leiden, blijken dak- en thuisloze mensen naar eigen zeggen vooral behoefte te hebben aan hulp bij huisvesting (65%), financiën (47%), gebitsproblemen (36%), het vinden van werk (33%) en lichamelijke gezondheid (23%) (Hulsbosch et al., 2005). De aansluiting tussen hulpvraag- en aanbod is complex. De meest onvervulde behoeften hebben betrekking op huisvesting, werk, financiën en gebitsverzorging.

In de eerste Zorgbalans is gerapporteerd over het zorggebruik van illegalen en mensen in achterstandswijken. Dit betrof incidentele onderzoeken. Er zijn plannen voor de ontwikkeling van een OGGZ-monitor door GGZ Nederland en andere partijen. Dit

biedt perspectieven om het zorggebruik van dergelijke groepen in de toekomst te kunnen monitoren. Daarnaast is het in de toekomst vermoedelijk mogelijk om meer te zeggen over de toegankelijkheid van zorg in achterstandswijken, als in de 40 aangewezen Krachtwijken extra aandacht aan de monitoring van een aantal gezondheids- en zorgaspecten wordt besteed.

De kwaliteit van de Medische Opvang Asielzoekers is goed, maar verbetering is mogelijk

De IGZ constateerde op basis van een onderzoek volgens het HKZ-certificatieschema, dat de kwaliteit van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) over het algemeen goed is (IGZ, 2006e). Zorginstellingen blijken medewerkers van de MOA goed te kunnen bereiken, als dat nodig is. Er wordt echter nog niet voor iedere asielzoeker een zorgplan opgesteld. Met betrekking tot de vreemdelingenketen blijkt de informatie-uitwisseling tussen de MOA en de vreemdelingenpolitie, Immigratie- en Naturalisatiedienst en aanmeld- en uitzetcentra niet optimaal. Een gevolg is dat de overdracht van medische dossiers te lang duurt en de continuïteit van zorg wordt bemoeilijkt. De informatievoorziening aan asielzoekers blijkt voldoende, maar niet alle asielzoekers weten van het bestaan van een klachtenreglement. De inzet van tolken door de MOA is vergeleken met 2003 sterk verbeterd. Het niet of onvoldoende gebruik van tolken door met name specialisten ziet de MOA als zorgwekkend (IGZ, 2006e).

Conclusie

Zoals in de vorige Zorgbalans werd geconcludeerd, laat ook de huidige Zorgbalans zien dat het zorggebruik tussen lager en hoger opgeleiden voor de meeste voorzieningen weinig van elkaar verschilt. Het grootste verschil wordt gevonden met betrekking tot tandartsbezoek, met een lager gebruik onder lager opgeleiden. De verschillen zijn in de tijd redelijk stabiel. Met betrekking tot etniciteit zijn de resultaten voor verschillende zorgvoorzieningen en subgroepen verschillend, zowel méér als minder gebruik komt voor. De verschillen in ziekenhuisopnamen tussen etnische groepen blijven vrij constant. Allochtonen maken meer gebruik van GGZ en verslavingszorg dan autochtonen, maar maken hiervan minder gebruik dan op grond van hun problematiek kan worden verwacht. In zijn algemeenheid lijkt op basis van deze gegevens de zorg voor laagopgeleiden en allochtone bevolkingsgroepen goed toegankelijk, hoewel er duidelijk uitzonderingen zijn. Er is in zijn algemeenheid weinig inzicht in de vervolgvraag of de zorg voor deze bevolkingsgroepen ook adequaat en overeenkomstig behoefte is. Of en hoe de kwaliteit van (ziekenhuis)zorg eventueel verschilt tussen autochtone en allochtone groepen is op grond van één indicator (sterfte na ziekenhuisopname voor hartinfarct) niet te zeggen. Meer onderzoek is nodig om hier hardere uitspraken over te kunnen doen.

In de huidige Zorgbalans kunnen we bij gebrek aan nieuw onderzoek weinig zeggen over de toegankelijkheid van de zorg voor marginale groepen. Een onderzoek in Leiden onder dak- en thuislozen laat zien dat de meeste onvervulde behoeften betrekking

hebben op huisvesting, werk, financiën en gebitsverzorging. En een nieuw onderzoek van de IGZ laat zien dat de kwaliteit van de MOA over het algemeen goed is, zoals ook de toegankelijkheid van de MOA in 2002 door de IGZ positief werd beoordeeld. De ontwikkeling van een OGGZ-monitor biedt mogelijk perspectief om in de toekomst het zorggebruik van dergelijke groepen te kunnen monitoren. Over de gezondheidszorg voor illegalen zijn de afgelopen paar jaar geen of nauwelijks extra empirische gegevens beschikbaar gekomen.

3.7 Is er voldoende personeel?

Kernbevindingen

- Het aantal vacatures per 1000 banen in de gezondheidszorg is tussen 2004 en 2006 met 42% toegenomen; op de gehele arbeidsmarkt bedroeg de toename 61%
- Een kwart van de vacatures in de gezondheidszorg is moeilijk vervulbaar; in 2004 was dat nog 14%
- 4,2% van de werknemers in de verpleging en verzorging verliet in 2005 de zorg; dat is minder dan in voorgaande jaren
- Het arbeidsverzuim in de zorg neemt de laatste jaren af en bedroeg 5% in 2006
- Bijna 15% van de mensen die zich in de afgelopen twee jaar in wilden schrijven bij een huisarts heeft problemen ondervonden bij het vinden van een huisarts
- De tekorten bij bijna alle specialistische disciplines zijn verder afgenomen, slechts bij enkele medische specialismen zijn er tekorten
- In Nederlandse ziekenhuizen is in vergelijking met zes andere landen vaker voldoende verplegend personeel aanwezig, naar het oordeel van patiënten
- In 2007 vond 56% van de verpleegkundigen en verzorgenden dat er voldoende personeel is om de veiligheid te waarborgen; in 2004 was dat nog 70%
- De beschikbaarheid van personeel vormt het belangrijkste verbeterpunt in verzorgingshuizen en verpleeghuizen volgens cliënten
- Vergeleken met de meeste andere landen heeft Nederland veel verpleegkundigen
- Hoger opgeleide verpleegkundigen zijn vooral werkzaam in ziekenhuizen en in de GGZ; in de thuiszorg bestaat de helft van de werkenden uit verzorgenden van de laagste twee kwalificatieniveaus

Hoe we de 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.

Er verschijnen regelmatig berichten in de media over heersende of aankomende personeelstekorten (RVZ, 2006a; RVZ 2006b). Het oplossen van deze tekorten staat dan ook

hoog op de politieke agenda (VWS, 2007). Vooral in de verpleging en verzorging worden op termijn tekorten verwacht (zie o.a. Van der windt et al., 2007). De krimpende beroepsbevolking en de zogenaamde ‘dubbele vergrijzing’ worden als belangrijke oorzaken beschouwd van oplopende tekorten.

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

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

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

Indicatoren

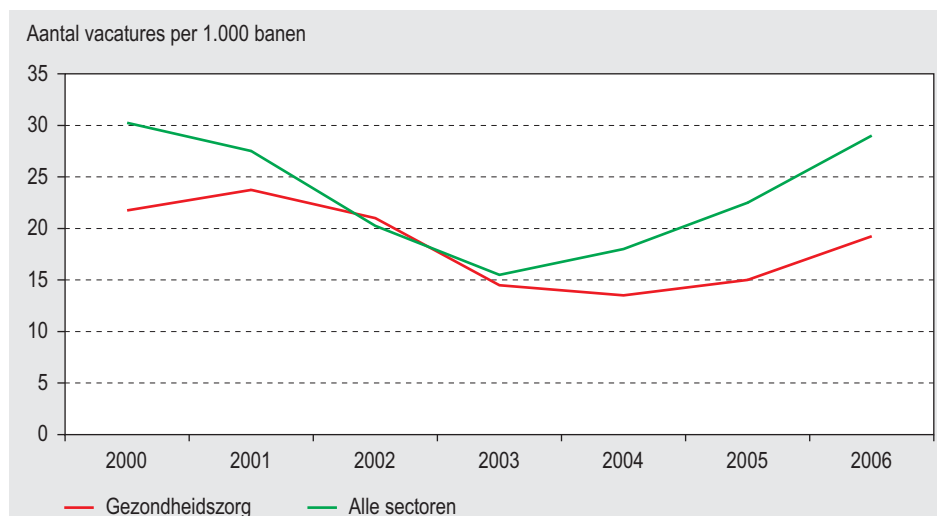
De volgende indicatoren worden hier gerapporteerd:

- Aantal vacatures per 1000 banen in de gezondheidszorg
- Aandeel van de vacatures dat moeilijk vervulbaar is
- Percentage werknemers in verpleging en verzorging dat de zorg verlaat (nettoverloop)
- Percentage verzuimde arbeidsuren (arbeidsverzuim)
- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Percentage zorggebruikers dat vindt dat er voldoende personeel beschikbaar is tijdens verblijf in het ziekenhuis / verpleeghuis
- Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat er voldoende personeel aanwezig is om de veiligheid van de cliënten te waarborgen
- Onvervulde vraag naar medisch specialistische zorg
- Aantal artsen / verpleegkundigen per 1000 inwoners
- Kwalificatieniveaus verzorgend en verplegend personeel

De stand van zaken

Het aantal vacatures per 1000 banen in de gezondheidszorg is tussen 2004 en 2006 met 42% toegenomen; op de gehele arbeidsmarkt bedroeg de toename 61%

In 2006 bedroeg het aantal vacatures per 1000 banen in de gezondheidszorg 19,25. In 2004 was dat nog 13,5. Dat is een toename van 42%. Het aantal vacatures per 1000 banen op de gehele arbeidsmarkt was een stuk hoger, namelijk 29. Ten opzichte van



Figuur 3.7.1: Vacatures in de sector gezondheidszorg en in alle sectoren samen, 2000 – 2006 (Bron: CBS Kwartaalenquête vacatures en Enquête Werkgelegenheid en Lonen).

2004 is dat een toename van 61%. De ontwikkeling in het aantal vacatures sinds 2000 is weergegeven in *figuur 3.7.1*. Hoewel het aantal vacatures in vergelijking met de meeste andere sectoren dus laag is, neemt dit wel toe. Fluctuaties op de gehele arbeidsmarkt werken met vertraging door in de gezondheidszorg. Stijgingen en dalingen zetten ongeveer een jaar later in.

Een kwart van de vacatures in de gezondheidszorg is moeilijk vervulbaar; in 2004 was dat nog 14%

In 2006 was 24% van de vacatures in de zorg moeilijk vervulbaar tegen 31% op de gehele arbeidsmarkt. In *figuur 3.7.2* wordt de ontwikkeling in het aandeel moeilijk vervulbare vacatures in de gezondheidszorg weergegeven. Ter vergelijking is ook de ontwikkeling op de gehele arbeidsmarkt weergegeven. Er is een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar als in vacaturegraad: na 2001 heeft zich een daling ingezet, na 2004 is er weer een toename.

4,2% van de werknemers in de verpleging en verzorging verliet in 2005 de zorg; dat is minder dan in voorgaande jaren

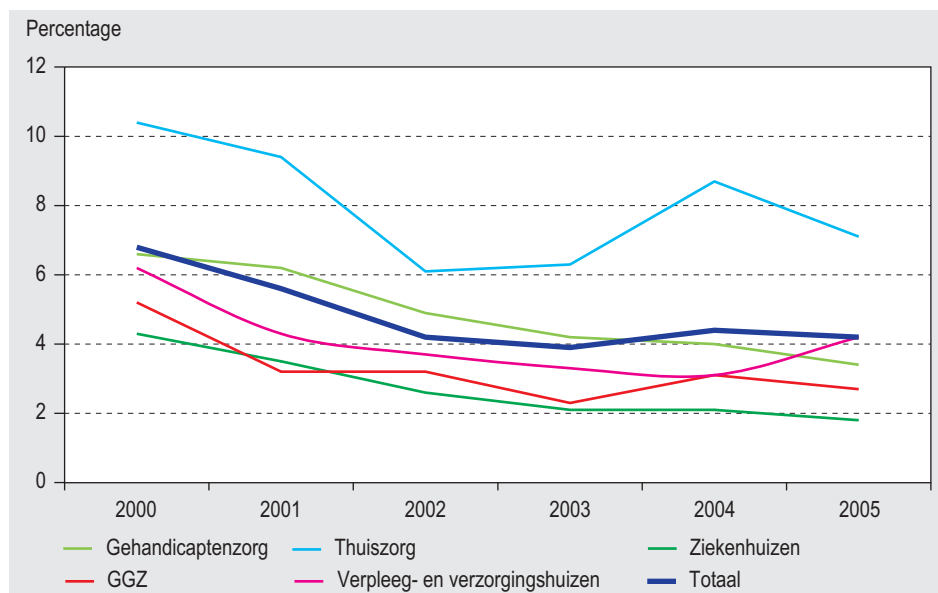
In 2005 bedroeg het nettoverloop 4,2%. In *figuur 3.7.3* is het nettoverloop in de periode 2000 – 2005 weergegeven. Naast het totale percentage is een uitsplitsing weergegeven in verschillende branches. Sinds 2000 is het verloop sterk afgenomen, in 2002 heeft het zich gestabiliseerd rond de 4%. Prognoses laten echter zien dat het verloop waarschijnlijk spoedig zal toenemen (Van der Windt et al., 2007). Een belangrijke verklaring hiervoor is dat de economie aantrekt en de werkgelegenheid op de gehele arbeidsmarkt toeneemt. De zorg moet daarom sterker concurreren met andere sectoren.

In de thuiszorg is het verloop het grootst en in de ziekenhuizen het kleinste.



Figuur 3.7.2: Moeilijk vervulbare vacatures in de gezondheidszorg en in alle sectoren samen, 2000 – 2006 (Bron: CBS Kwartaalenquête vacatures en Enquête Werkgelegenheid en Lonen).

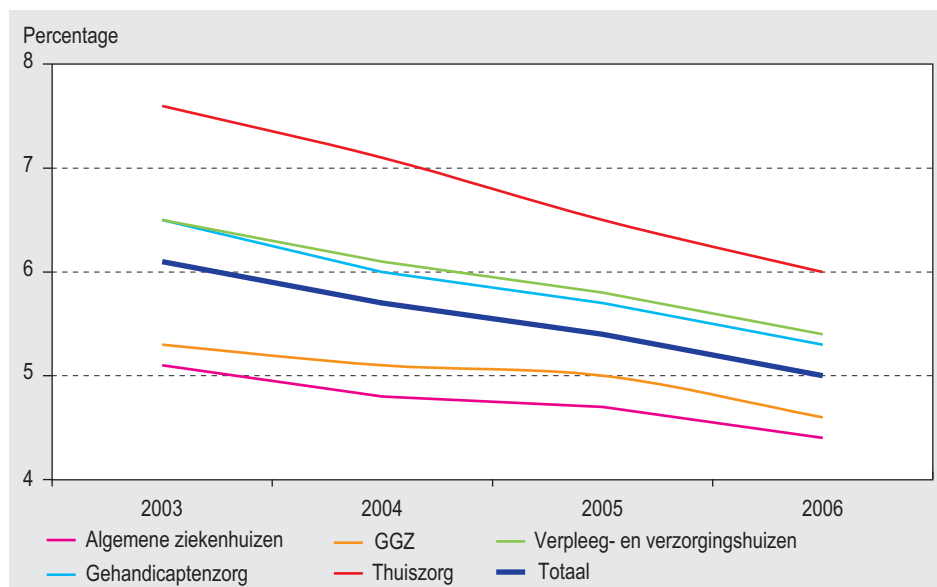
^a Gegevens van 2005 zijn geschat op basis van 2004 en 2006, in dat jaar is geen meting uitgevoerd.



Figuur 3.7.3: Nettoverloop van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogisch personeel in de zorg, 2000-2005 (Bron: Van der Windt et al., 2007).

Het arbeidsverzuim in de zorg neemt de laatste jaren af en bedroeg 5% in 2006

In figuur 3.7.4 is het verzuimpercentage in de gezondheidszorg weergegeven in de periode 2003 – 2006. Daarbij is naast het totaalcijfer een uitsplitsing gemaakt naar



Figuur 3.7.4: Arbeidsverzuim in de gezondheidszorg, 2003-2006 (Bron: Vernet 2007).

de vijf branches. In 2006 bedroeg het verzuimpercentage in de gezondheidszorg 5%. Het verzuim is de afgelopen jaren afgenomen. In de periode 2003 – 2006 was er een afname van ongeveer 18%. In de ene branche wordt meer verzuimd dan in de andere. Het hoogst is het verzuimpercentage in de thuiszorg (6%), het laagst is het verzuim in de algemene ziekenhuizen (4,4%).

Het ziekteverzuim op de totale arbeidsmarkt ligt iets lager, gemiddeld 4% in 2005 (meest recente cijfer) (CBS, 2007g).

Bijna 15% van de mensen die zich in de afgelopen twee jaar in wilden schrijven bij een huisarts heeft problemen ondervonden bij het vinden van een huisarts

In een enquête die werd gehouden onder zorgconsumenten gaf 14,5% aan problemen te hebben ondervonden bij het vinden van een huisarts waar zij zich konden inschrijven (De Boer et al., 2007a). Dit zijn alleen de mensen die korter dan twee jaar ingeschreven stonden bij hun huidige huisarts. Van deze groep mensen die daarbij problemen ondervonden kwalificeerde één vijfde dit als een ‘groot probleem’, de rest noemde het een klein probleem. Hoewel het vinden van een huisarts dus niet altijd vanzelf gaat, blijkt uit dezelfde enquête dat desondanks vrijwel iedereen staat ingeschreven bij een huisarts (99,5%). Waarschijnlijk zal het hier om een lichte overschatting gaan.

De tekorten bij bijna alle specialistische disciplines zijn verder afgenomen, slechts bij enkele medische specialismen zijn er tekorten

In het jaar 2000 bestonden er nog flinke tekorten aan huisartsen en medisch specialisten over de hele linie. In 2007 waren deze tekorten bij vrijwel alle medische beroepen bijna verdwenen (zie tabel 3.7.1). De onvervulde vraag bedraagt gemiddeld zo'n 1 tot 2%.

Er zijn enkele uitzonderingen: er bestaan behoorlijke tekorten aan artsen voor verstandelijk gehandicapten, kaakchirurgen, maag-darm-leverartsen, nucleair geneeskundigen en revalidatieartsen.

Tabel 3.7.1: Ontwikkeling onvervulde vraag, (begin van het jaar) 2000 en 2005 en 2007 (%) (Bron: Capaciteitsorgaan, 2008).

	2000	2005	2007
Medische specialisten	5	3	1
Huisartsen	5	2	1
Sociaal geneeskundigen JGZ	5	-	2
Verpleeghuisartsen	5	1	2
Tandheelkundige specialisten	4	3	2
Artsen verstandelijk gehandicapten	-	2	7
Totaal	5	3	1

De beschikbaarheid van personeel vormt het belangrijkste verbeterpunt in verzorgingshuizen en verpleeghuizen volgens cliënten

In de CQ-vragenlijst voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen (Wiegers et al., 2007) is cliënten gevraagd naar hun ervaringen met de beschikbaarheid van personeel en naar het belang dat ze daar aan hechten. De ervaringsscores die in deze studie werden gevonden worden weergegeven in tabel 3.7.2. De scores kunnen variëren van 1 tot en met 4 waarbij 1 staat voor negatieve ervaringen en 4 voor positieve ervaringen.

Tabel 3.7.2: Gemiddelde ervaringsscores van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen op het onderwerp 'voldoende personeel' (schaal 1 (negatief) - 4 (positief)) (Bron: Wiegers et al., 2007).

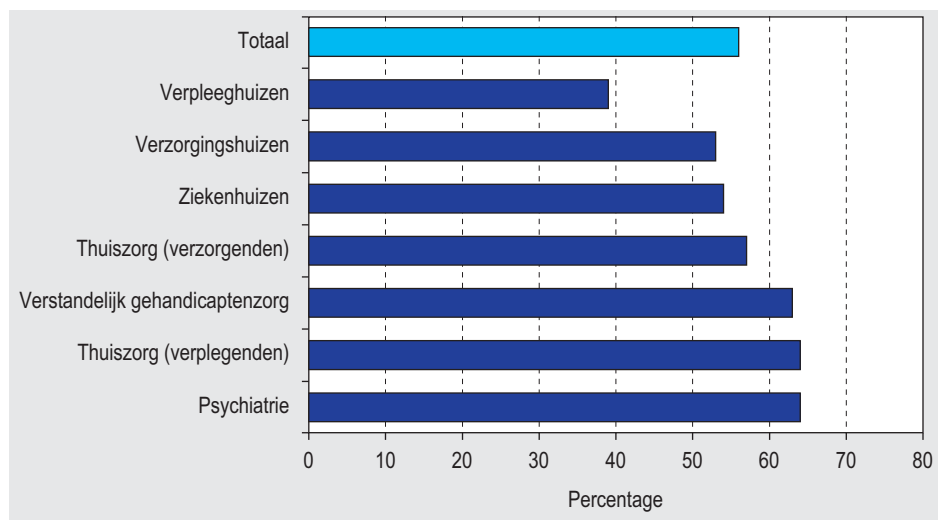
	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	Anders of onbekend	Totaal
Beschikbaarheid personeel	2,67	2,90	3,05	2,86

In de studie van Wiegers et al. (2007) kwam dit onderwerp als belangrijkste verbeterpunt naar voren. Dat betekent dat cliënten veel belang hechten aan deze zaken, terwijl het ten opzichte van andere zaken vaak slecht wordt beoordeeld.

In Nederlandse ziekenhuizen is in vergelijking met zes andere landen vaker voldoende verplegend personeel aanwezig, naar het oordeel van patiënten

Van de Nederlanders die aangaven dat ze de afgelopen twee jaar opgenomen waren geweest in het ziekenhuis, gaf 84% aan dat er altijd voldoende verpleegkundigen aanwezig waren. In vergelijking met zes andere landen in de CMWF survey is dit het hoogste percentage. In het Verenigd Koninkrijk is dit het laagst (69%) (Grol en Faber, 2007).

In 2007 vond 56% van de verpleegkundigen en verzorgenden dat er voldoende personeel is om de veiligheid van cliënten te waarborgen; in 2004 was dat nog 70%
Bijna drie op de tien verpleegkundigen en verzorgenden (29%) is van mening dat er onvoldoende personeel aanwezig is om de veiligheid te waarborgen. 56% zegt dat dit

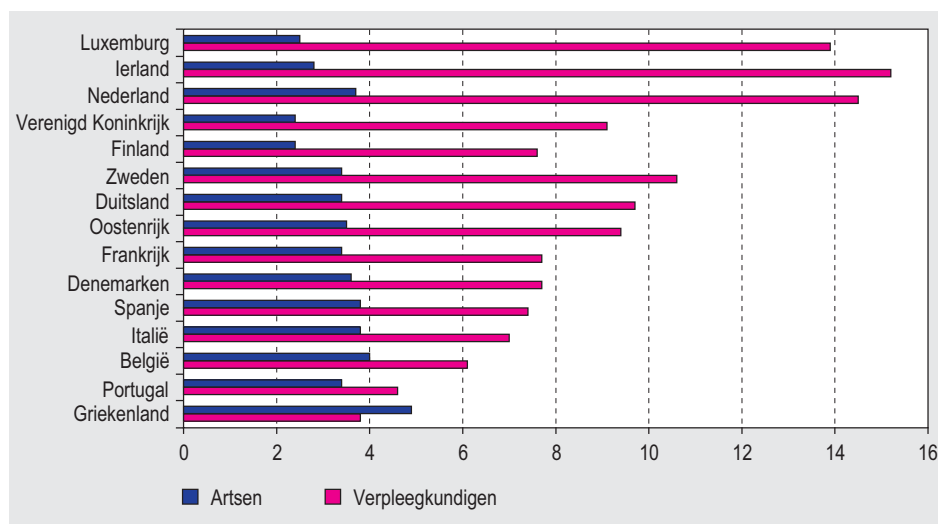


Figuur 3.7.5: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat zegt dat er voldoende personeel aanwezig is om de veiligheid te waarborgen, naar sector (Bron: De Veer et al., 2007).

wel het geval is (zie *figuur 3.7.5*). 15% weet het niet. Ten opzichte van 2004 is er een flinke afname van verpleegkundigen en verzorgenden die vonden dat er voldoende personeel was; toen meende namelijk nog 70% dat dat het geval was. Er zijn duidelijke verschillen tussen de verschillende branches. In de verpleeghuizen noemt slechts 39% de personeelsbezetting voldoende, terwijl dat bijvoorbeeld in de psychiatrie 64% is.

Vergeleken met de meeste andere landen heeft Nederland veel verpleegkundigen

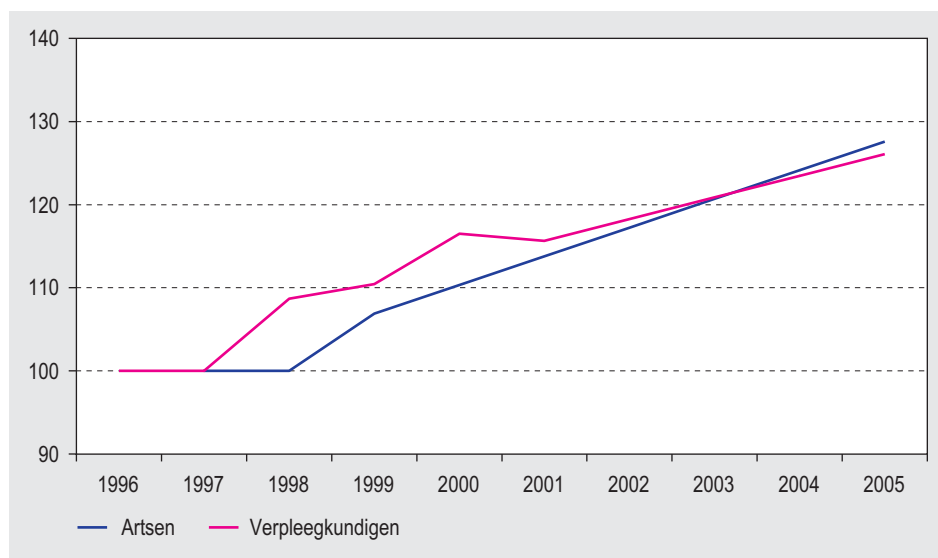
In 2005 waren in Nederland per 1000 inwoners 3,7 BIG-geregistreerde artsen en 14,5 verpleegkundigen. Hoeveel van deze artsen en verpleegkundigen daadwerkelijk hun



Figuur 3.7.6: Aantal geregistreerde artsen en verpleegkundigen per 1000 inwoners, in 2005 (Bron: OECD Health Data 2007, databewerking RIVM).

beroep uitoefenen is niet bekend. Opvallend is het grote aantal verpleegkundigen ten opzichte van andere Europese landen (zie *figuur 3.7.6*). Omgerekend naar 1000 inwoners ligt het aantal verpleegkundigen zo'n 60% boven het gemiddelde van de EU-15 en slecht één land heeft meer verpleegkundigen, namelijk Ierland. Ook de ratio verpleegkundigen / artsen is groot: 3,9, het gemiddelde van de EU-15 landen is 2,8.

In de afgelopen tien jaar is zowel het aantal artsen als verpleegkundigen flink gegroeid; ten opzichte van 1996 met ruim een kwart (zie *figuur 3.7.7*).

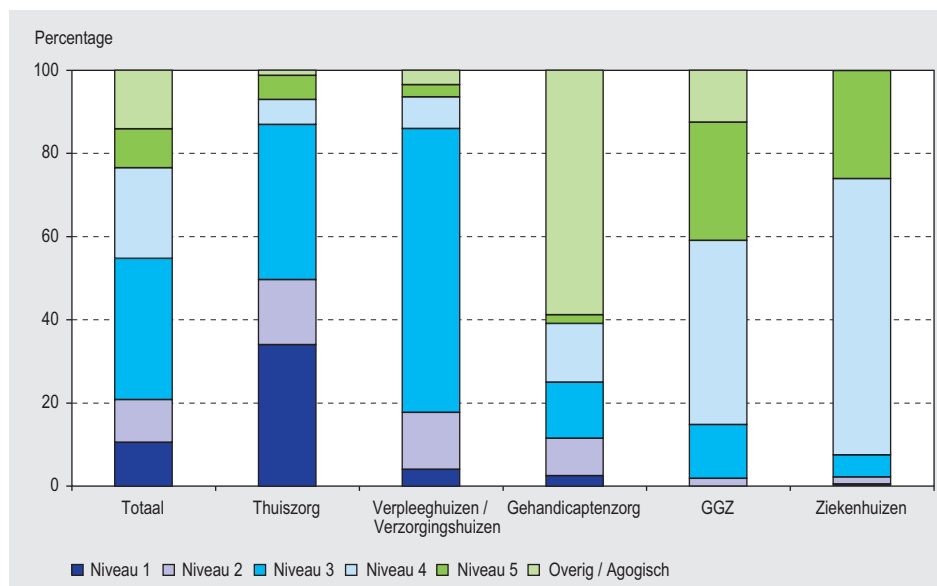


Figuur 3.7.7: Aantal artsen en verpleegkundigen in Nederland, 1996 – 2005, indexcijfers (indexjaar = 1996) (Bron: OECD Health Data, 2007; databewerking RIVM).

Hoger opgeleide verpleegkundigen zijn vooral werkzaam in ziekenhuizen en in de GGZ; in de thuiszorg bestaat de helft van de werkenden uit verzorgenden van de laagste twee kwalificatieniveaus

Binnen verpleging en verzorging bestaan vijf kwalificatieniveaus. De hoogste niveaus, niveau 4 en 5, vormen de verpleegkundige beroepen, de niveaus 1, 2, en 3 de verzorgende of helpende beroepen. In *figuur 3.7.8* zijn de kwalificatieniveaus weergegeven per branche. Daarnaast zijn de werkenden met een agogisch beroep weergegeven. Deze laatste categorie is vooral werkzaam in de gehandicaptenzorg.

Er zijn grote verschillen tussen de verschillende branches. In de ziekenhuizen en in de GGZ vormen de verpleegkundigen (niveau 4 en 5) de grootste groep. In de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt de grootste categorie gevormd door verzorgenden van niveau 3. In de thuiszorg zien we het grootste aandeel lagere kwalificatieniveaus (niveau 1 en 2). Alfahulpverleners zijn buiten beschouwing gelaten.



Figuur 3.7.8: Percentage werkenden in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau per branche, in 2006 (Bron: Van der Windt et al., 2007).

De cijfers zijn niet geheel vergelijkbaar met de cijfers uit de vorige Zorgbalans omdat Regiomarge, onze bron, is overgegaan op andere gegevensbronnen (Van der Windt et al., 2007).

Conclusie

Het antwoord op de vraag of er voldoende personeel is, is sterk afhankelijk van het perspectief en de sector of branche waarover men het heeft. Zo blijken problemen rondom personeelsvoorziening op dit moment vooral op te treden in de langdurige zorg. In de thuiszorg overtreffen het verzuim en het verloop ruimschoots de andere branches.

Aan gegevens over vacatures in de zorg zien we dat er grote behoefte is aan personeel; het aantal vacatures groeit, en bovendien zijn steeds meer van deze vacatures moeilijk vervulbaar.

Tegenover deze tamelijk abstracte indicatoren staat de *ervaring* van tekorten. De bevinding dat drie op de tien verpleegkundigen zegt de veiligheid voor patiënten niet te kunnen waarborgen door onvoldoende personeel is alarmerend. Ook uit een cliëntenraadpleging komt de beschikbaarheid van personeel als het belangrijkste verbeterpunt naar voren.

Hoewel de Zorgbalans vooral de huidige stand van zaken beschrijft is het bij vraagstukken rondom schaarste aan personeel van belang de blik naar de toekomst te richten.

Daarvoor zijn inmiddels een aantal geavanceerde en doordachte modellen ontwikkeld (Regiomarge, capaciteitsplan, SCP). Veel minder aandacht is er tot nu toe voor meer aan het zorgsysteem gerelateerde vragen. Zo blijkt dat Nederland ten opzichte van de meeste andere landen een hoog aantal verpleegkundigen heeft terwijl de vergrijzing nog ver achter loopt op landen als Duitsland en Italië.

3.8 Hoe staat het met de keuzevrijheid?

Kernbevindingen

- Bijna 15% van de mensen die zich in de afgelopen twee jaar wilden inschrijven bij een huisarts heeft problemen ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Het aantal gebruikers van een persoonsgebonden budget blijft toenemen
- De verzekerdenmobiliteit steeg in 2006 naar 18% en nam in 2007 weer af naar 4,4%
- Van de verzekerden heeft 91% geen beperkingen ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeraars
- Van de Nederlanders heeft in 2005-2007 18% naar kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen gezocht en 13% naar kwaliteitsinformatie over individuele artsen

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 keuzealternatieven.

De afgelopen twintig jaar is het vergroten van keuzevrijheid in de zorg een belangrijke beleidsdoelstelling geweest om de positie van de zorggebruiker te versterken. Keuzevrijheid wordt allereerst intrinsiek waardevol gevonden vanwege het recht op zelfbeschikking (Stüssgen, 1997). Bijna alle Nederlandse burgers (95%) willen in 2004 zelf hun behandelaar kiezen en willen dat de behandelaar verschillende behandelingsmogelijkheden met hen bespreekt (90%) (Westert en Verkleij, 2006). Op de tweede plaats is keuzevrijheid een middel om marktwerking en concurrentie te realiseren. 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). Een positief effect op de uiteindelijke kwaliteit van de zorg hiervan is nog beperkt aantoonbaar. Ook het gebruik van kwaliteitsinformatie door patiënten is nog beperkt (Fung et al., 2006).

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

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

Indicatoren

- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts (zie *paragraaf 3.7*)
- Aantal personen met een persoonsgebonden budget
- Aandeel verzekerden dat verandert van zorgverzekeraar
- Aandeel verzekerden dat geen beperkingen heeft ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeringen
- Aandeel van de Nederlanders dat naar kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen en huisartsen heeft gezocht

De stand van zaken

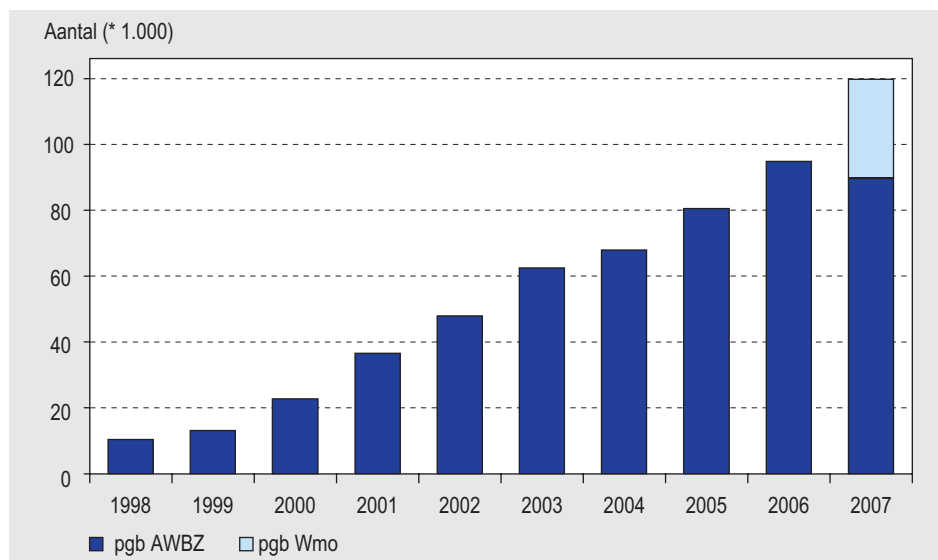
Bijna 15% van de mensen die zich in de afgelopen twee jaar wilden inschrijven bij een huisarts heeft problemen ondervonden bij het vinden van een huisarts

De vrije keuze voor een huisarts staat onder druk als er voor sommige mensen geen alternatieven zijn waaruit zij kunnen kiezen. Deze indicator staat verder beschreven in *paragraaf 3.7*.

Het aantal gebruikers van een persoonsgebonden budget blijft toenemen

Iedereen die door ziekte, handicap of ouderdom AWBZ-zorg nodig heeft, komt in aanmerking voor een pgb-AWBZ (VWS, 2005c). Met dit pgb kiezen cliënten zelf hun hulpverlener en bepalen zij zelf op welk moment de zorg wordt verleend. Ook bepaalt de cliënt zelf welke AWBZ-functies hij inkoopt – dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn. Per 1 januari 2007 werd de reikwijdte van de AWBZ kleiner. Onder andere ging de financiering van huishoudelijke verzorging van de AWBZ over naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Tussen 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 (zie *figuur 3.8.1*). Wanneer echter rekening wordt



Figuur 3.8.1: Aantal houders van een persoonsgebonden budget (pgb) per zorgtype, 1998-2007 (Bron: VWS, 2007; CVZ data, 2008).

gehouden met de overheveling van budgethouders naar de Wmo, dan zou dit aantal ongeveer 30.000 meer bedragen (VWS, 2007f). De onderliggende groei van het pgb-gebruik (exclusief huishoudelijke verzorging) zet dus ook in 2007 door. Deze voortzettende groei komt tot uitdrukking in de sterke stijging van de maandelijkse toename van het aantal nieuwe budgethouders in 2007 (zie tabel 3.8.1).

Tabel 3.8.1: Groei van het aantal nieuwe houders van een persoonsgebonden budget, 2003-2007 (Bron: VWS, 2007f; CVZ data, 2008).

Jaar	2003	2004	2005	2006	2007
Stijging per jaar (%)	25	11	16	18	26 ^a
Gemiddelde stijging per maand (aantal)	1.042	583	917	1.208	2.200 ^b

^a Inclusief huishoudelijke verzorging; ^b exclusief huishoudelijke verzorging.

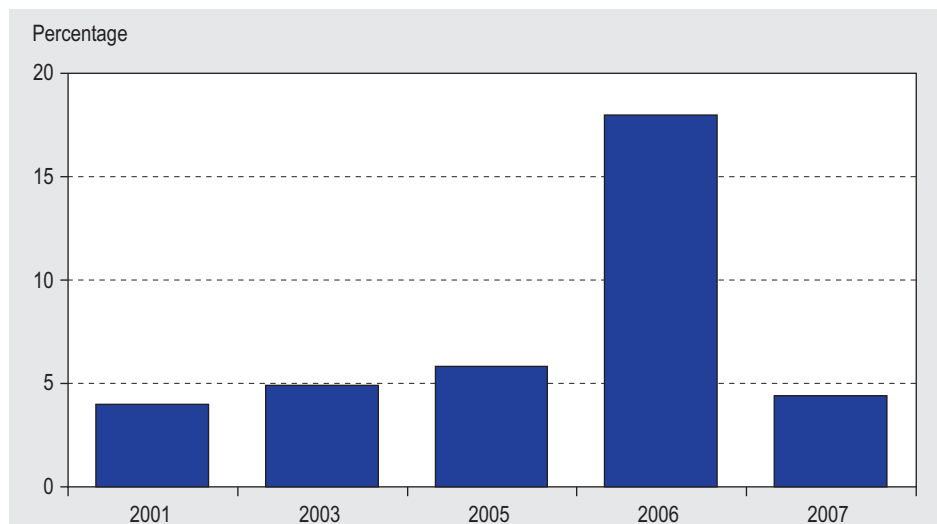
In 2007 kwamen van het totale aantal AWBZ-gebruikers (circa 750.000) ongeveer 495.000 extramurale zorggebruikers in aanmerking voor een pgb. Ruim 18% maakt hier ook gebruik van.

Van de budgethouders gaf 88% aan (zeer) tevreden te zijn met het pgb als middel om zelf zorg in te kopen en te organiseren, 10% is redelijk tevreden en 2% is (zeer) ontevreden. Eén op de vijf (21%) vindt de pgb-regeling ingewikkeld tot erg ingewikkeld en bijna de helft (48%) vindt het een beetje ingewikkeld. Als belangrijkste voordeel van het pgb wordt de vrije keuze van hulpverleners (42%) genoemd, met daarop volgend de eigen verantwoordelijkheid van de budgethouder (37%) en de regie over de zorg (31%). Voor 46% van de budgethouders vormt het grootste nadeel de administratieve

rompslomp en de veelheid aan informatie. Negen van de tien budgethouders kiezen een volgende keer beslist weer voor een pgb (Ramakers et al., 2007).

De verzekerdenmobiliteit steeg in 2006 naar 18% en nam in 2007 weer af naar 4,4%

De mobiliteit van verzekerden was in 2006 (het jaar van de invoering van de stelselwijziging) hoog met 18%, zowel ten opzichte van de voorgaande jaren als ten opzichte van 2007. In 2007 daalde de mobiliteit weer naar 4,4% (zie *figuur 3.8.2*).



Figuur 3.8.2: Percentage verzekerden dat veranderde van zorgverzekeraar, 2001, 2003, 2005 - 2007 (Bron: Laske-Aldershof en Schut, 2005; NZa, 2006-2007; Vektis, 2003-2006).

In 2007 was een collectief contract bij een andere zorgverzekeraar de belangrijkste reden voor verzekerden om over te stappen (41%). Dat was in de periode 2001-2005 al zo voor particulier verzekerden en geldt nu voor alle verzekerden. In 2006, net na de invoering van de stelselwijziging, was dit motief (tijdelijk) minder belangrijk (19%) en waren de premie (33%) en dekking (23%) van het aanvullende pakket belangrijkere motieven om over te stappen. Naast een lagere premie is het voordeel van een collectief contract dat het kan worden toegesneden op de specifieke behoeften van de collectiviteit.

Van de verzekerden heeft 91% geen beperkingen ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeraars

Het aandeel van de verzekerden dat geen beperkingen heeft ervaren in hun keuzevrijheid bedraagt 91% (zie *tabel 3.8.2*). In meer detail blijkt dat 95% van de verzekerden voldoende mogelijkheden heeft ervaren om te kiezen uit verschillende verzekeringen en polissen, 98% had geen of hooguit een klein probleem om zich *in* te schrijven bij hun nieuwe zorgverzekeraar en 92% had geen of hooguit een klein probleem om zich *uit* te schrijven bij hun vorige zorgverzekeraar (De Boer et al., 2007a).

Tabel 3.8.2: Door burgers ervaren keuzevrijheid met betrekking tot zorgverzekeraars in 2007 (%) (Bron: De Boer et al., 2007a).

Voldoende keuze uit verschillende soorten verzekeringen en polissen	95
Inschrijving bij zorgverzekeraar was geen of een klein probleem	98
Uitschrijving bij vorige zorgverzekeraar was geen of een klein probleem	92
Geén van de drie beperkingen ervaren	91
Eén van de drie beperkingen ervaren	8,6
Twee of drie van de drie beperkingen ervaren	0,5

Van de Nederlanders heeft in 2005-2007 18% naar kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen gezocht en 13% naar kwaliteitsinformatie over individuele artsen

In 2007 heeft 18% van de Nederlanders in de afgelopen twee jaar ooit geprobeerd op enigerlei wijze meer te weten te komen over de kwaliteit van ziekenhuizen bij het maken van keuzes in de gezondheidszorg. Wanneer we Nederland in dit opzicht vergelijken met zes andere westerse landen, dan blijkt dat dit percentage in Duitsland en de Verenigde Staten hoger is en in de overige landen lager (zie tabel 3.8.3). Het percentage Nederlanders dat op enigerlei wijze heeft gezocht naar kwaliteitsinformatie over individuele artsen bedraagt 13%. Ook dit percentage ligt in Duitsland en de Verenigde Staten hoger. De percentages van de overige vier landen liggen tussen 11% en 17%. Van de Nederlanders die informatie hebben gezocht, vond 78% nuttige informatie over ziekenhuizen en 66% over artsen. Het percentage dat zegt door de huisarts geholpen te zijn bij het kiezen van een specialist bedraagt in Nederland 35%. In vergelijking met de andere landen is dit percentage laag: in Australië, Canada en de Verenigde Staten ligt dit boven de 60%.

Tabel 3.8.3: Zoeken en vinden van keuze-informatie en hulp bij kiezen (%) (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

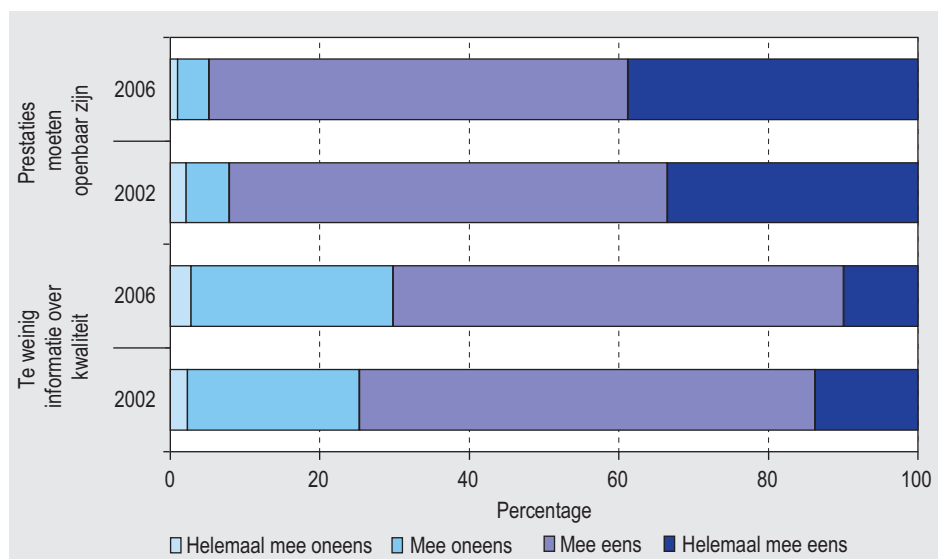
Percentage respondenten dat:	Nl	Aus	Can	Dui	NZ	VK	VS
Kwaliteitsinformatie heeft gezocht over:							
– Ziekenhuizen	18	16	14	32	11	12	27
– Artsen	13	15	17	35	12	11	32
Nuttige informatie heeft gevonden over:							
– Ziekenhuizen	78	69	72	83	59	72	74
– Artsen	66	67	68	83	62	64	76
Geholpen is door huisarts bij keuze specialist	35	65	65	57	57	45	64
Nl = Nederland; Aus = Australië; Can = Canada; Dui = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.							

Laagopgeleiden zoeken bij het maken van keuzes iets minder vaak naar informatie over de kwaliteit van artsen dan hoogopgeleiden (15% vs. 20%). Ook vinden zij iets minder vaak dan hoogopgeleiden informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen als zij daar naar zoeken (63% vs. 81%) (Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

Uit een ander onderzoek blijkt dat ruim de helft (56%) van de respondenten die de afgelopen drie jaar (voor zichzelf of voor hun kind) ervaring hebben gehad met ziekenhuiszorg, zich vooraf over het ziekenhuis heeft geïnformeerd. Daarbij raadpleegt men echter grotendeels de huisarts (42%) en in mindere mate familie en vrienden (11,4%), brochures en folders (7,8%), de website van het ziekenhuis (7,5%), de specialist (3,4%) of de beoordelingslijsten op het internet (3%) (Halkes, 2007).

Internet wordt nog maar weinig gebruikt bij het kiezen van een ziekenhuis (door 10% soms, 1% meestal) of een medisch specialist (door 12% soms, 1% meestal). Informatie over een medische behandeling wordt echter vaak als gebruiksdoel genoemd (11% soms, 48% meestal). De genoemde percentages hebben betrekking op de 81% van de Nederlanders die thuis over internet beschikken. 38% van de respondenten die informatie over mogelijke andere behandelingen binnen het ziekenhuis ontvangen, beoordeelt deze als matig of slecht (SCP, KQS 2006).

Onder Nederlandse burgers groeit de opvatting dat informatie over de kwaliteit en prestaties van ziekenhuizen openbaar en beschikbaar moet zijn (zie *figuur 3.8.3*). Zeven van de tien Nederlanders vonden in 2006 dat er te weinig informatie is voor patiënten over kwaliteit van ziekenhuizen, dit is 5% minder dan in 2002. Informatie over prestaties van verschillende ziekenhuizen moet in 2006 volgens 96% van de mensen openbaar zijn, een toename van 2% ten opzichte van 2002 (SCP, KQS 2002 en 2006).



Figuur 3.8.3: Meningen over de beschikbaarheid en openbaarheid van prestaties en kwaliteit van ziekenhuizen, in 2002 en 2006 (%) (Bron: SCP: KQS, 2002 en 2006; databewerking RIVM).

Als reden om voor een ziekenhuis te kiezen is de eigen goede ervaring van mensen met een ziekenhuis zwaarder gaan wegen (38% in 2006 tegen 30% in 2002) en de wachttijd voor een afspraak of opname minder (21% in 2006 tegen 28% in 2002) (SCP, KQS 2002 en 2006).

Conclusie

De verruimde keuzevrijheid binnen het nieuwe zorgverzekeringsstelsel heeft (samen met de concurrentie tussen verzekeraars) geleid tot een toename van verzekerdenmobiliteit in 2006. Verzekerden ervaren over het algemeen weinig beperkingen in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeraars en zorgverzekeringen. Uit vergelijkend onderzoek blijkt dat Nederlanders minder op zoek gaan naar kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen en artsen dan mensen uit Duitsland en de Verenigde Staten. In de langdurige zorg (AWBZ) lijkt keuzevrijheid in toenemende mate belangrijk gevonden te worden. Ten opzichte van de vorige Zorgbalans is er een versnelde toename van het aantal mensen dat kiest voor een pgb. Eén op de zes Nederlanders die langdurige zorg nodig hebben, kiest nu al voor een pgb.

Op een aantal punten zijn er sinds de vorige Zorgbalans positieve ontwikkelingen op het gebied van keuzevrijheid. Veel van het beschikbare onderzoek beperkt zich echter tot de keuzevrijheid *binnen* het bestaande zorgaanbod; er is nog betrekkelijk weinig zicht op voorkeuren van burgers voor bestaande en nieuwe, nog niet bestaande vormen van zorgaanbod (preferentie- en marktonderzoek). Ook is er nog weinig zicht op de vraag wat voor verschillende groepen burgers een optimale mix van keuzemogelijkheden en daarbij behorende keuze-informatie is.

4 HOEVEEL KOST DE GEZONDHEIDSZORG?

4.1 Wanneer is de zorg betaalbaar?

Betaalbaarheid vormt een belangrijk thema in het debat over de gezondheidszorg. De ontwikkeling van de zorguitgaven geeft inzicht in de betaalbaarheid van het zorgstelsel. Vooral wanneer de zorgkosten sterk stijgen, kan de betaalbaarheid een probleem worden. Het meten van de betaalbaarheid is echter niet eenvoudig. Daarvoor is een algemeen geaccepteerde norm nodig die stelt welk deel van het nationaal inkomen aan zorg mag worden uitgegeven. Een dergelijke norm is er niet. Het oordeel over de betaalbaarheid van de zorg is veelal een politieke afweging en is daarmee normatief van karakter. Deze afweging kan bij veranderende tijden en kabinetten een andere uitkomst hebben. Er zijn verschillende aspecten die beleidsmakers en politici houvast kunnen geven bij hun oordeelsvorming, te weten: de ontwikkeling van de zorguitgaven, de financiële positie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.

Zorguitgaven

De ontwikkeling in zorguitgaven is een belangrijke indicator voor het thema betaalbaarheid. Vanwege de afwezigheid van een norm worden de zorguitgaven vooral over de jaren en internationaal vergeleken om te zien of de uitgaven niet 'uit de pas lopen'. Hierbij wordt uitgegaan van verschillende definities van zorguitgaven die vanuit verschillende perspectieven worden gehanteerd. De overheid hanteert het Budgettair Kader Zorg (BKZ) waarin de premiegefinancierde zorguitgaven worden meegeteld (Rijksbegroting, 2007). Daarnaast bestaat de (constante) Zorgrekeningen definitie (CBS), waarin een aantal extra zorg- en welzijnfuncties worden meegenomen (CBS, 2006b). Dit zijn bijvoorbeeld de uitgaven die rechtstreeks door patiënten worden betaald of aanvullend worden verzekerd, maar ook een aantal voorzieningen die het ministerie van VWS tot de terreinen van welzijn en maatschappelijke ondersteuning rekent zoals kinderopvang. Voor internationale vergelijkingen kan het beste gebruik worden 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 2007). De totale zorguitgaven worden verder opgesplitst in zorgsectoren en financieringsbronnen om binnen verschillende groepen de zorguitgaven te kunnen volgen. Ook wordt zichtbaar gemaakt welk deel van het nationaal inkomen wordt besteed aan zorg en hoe zich dat ontwikkelt in de tijd.

We verkrijgen verder inzicht in de betaalbaarheid door de druk van de zorguitgaven op de collectieve uitgaven te bestuderen. De zorguitgaven vormen ongeveer 20% van de totale collectieve uitgaven (CPB, 2007c). Een sterke stijging in zorguitgaven kan een sterke stijging in collectieve lasten, premies en loonkosten veroorzaken. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de concurrentiepositie van een land en daarmee kan de betaalbaarheid van het zorgstelsel onder druk komen te staan. Aangezien de col-

lectieve (zorg)lasten worden gefinancierd uit arbeid, meten we de publieke zorguitgaven per werkende als indicatie voor de lastendruk van collectieve zorguitgaven op de arbeidskosten.

Financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars

De aandacht voor de financiële positie van instellingen neemt toe nu de financiële dekking vanuit de overheid wordt afgebouwd, zorginstellingen (in de toekomst) ook kapitaallasten zelf moeten dekken (VWS, 2007g) en er in toenemende mate sprake is van concurrentie in de zorg. Zorginstellingen dragen hierdoor meer financiële risico's.

De financiële positie van zorginstellingen geeft inzicht in de betaalbaarheid van de zorg. Financiële indicatoren zeggen iets over de financiële kwetsbaarheid van instellingen. Een verslechtering van de financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars zou laten zien dat het op macroniveau moeilijker is om de zorg te financieren. Dit heeft ook uitwerking op de continuïteit van zorg, die in gevaar kan komen bij een verslechterende financiële positie. Tegelijkertijd kan dit gevolgen hebben voor de (lange termijn) financiële weerbaarheid van instellingen, die met meer winst kan worden versterkt. Een stabiele financiële weerbaarheid is nodig om continuïteit van zorg te garanderen. Daarnaast maken de toenemende financiële risico's het voor instellingen noodzakelijk om hun vermogenspositie te versterken. Naast winstgevendheid moet dus ook inzicht worden verkregen in de vermogenspositie van instellingen.

Anders dan in de vorige Zorgbalans wordt nu ook de financiële positie van zorgverzekeraars in kaart gebracht. Hierbij wordt vooral gebruik gemaakt van de gegevens die worden verstrekt door De Nederlandsche Bank (DNB) die sinds 2006 optreedt als toezichthouder van de zorgverzekeraars.

Arbeidsproductiviteit

Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg is in de afgelopen jaren genoemd als een van de oplossingen voor het betaalbaar houden van de zorg (Rijksbegroting, 2007). De arbeidsintensieve zorgsector zou door het verhogen van de arbeidsproductiviteit dezelfde zorg tegen lagere kosten kunnen leveren. De arbeidsproductiviteit kan op verschillende manieren worden verhoogd. Een veel genoemde manier om de arbeidsproductiviteit te verhogen is het gebruik van arbeidsbesparende innovaties. Technologische ontwikkelingen hebben echter ook een prijs en worden vaak zelfs gezien als grootste veroorzaker van stijgingen in zorguitgaven. Of via deze weg de betaalbaarheid op macroniveau verbetert, is dus afhankelijk van de kosten van deze innovaties.

De arbeidsproductiviteit is ook afhankelijk van de geleverde kwaliteit van zorg. Meer kwaliteit verhoogt de toegevoegde waarde en daarmee de werkelijke arbeidsproductiviteit. Deze vorm van productieverhoging levert echter niet direct een oplossing voor de betaalbaarheid. Een verhoogde arbeidsproductiviteit kan ook van invloed zijn op de verwachte personeelstekorten in de zorg. Productieverhoging via kwaliteit vermindert de verwachte tekorten echter niet en kan deze zelfs versterken. De tekorten zullen zich

naar verwachting vooral voordoen in de langdurige zorg en juist in die sector is het verhogen van de arbeidsproductiviteit het meest lastig (RVZ, 2006).

Indeling van dit hoofdstuk

- Zorguitgaven (4.2)
- Financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars (4.3)
- Arbeidsproductiviteit (4.4)

4.2 Hoe ontwikkelen de zorguitgaven zich?

Kernbevindingen

- In 2006 stegen de zorguitgaven volgens het Budgettair Kader Zorg met 4,3% naar € 48,6 miljard
- In 2006 stegen de zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen met 5,4% naar € 72,2 miljard
- De zorguitgaven volgens het System of Health Accounts per inwoner bevinden zich constant op een bovengemiddeld niveau binnen de EU-15
- De publieke zorguitgaven per werkende liggen sinds het midden van de jaren negentig rond het EU-15 gemiddelde
- Ziekenhuiszorg en ouderenzorg nemen het grootste deel van de zorguitgaven voor hun rekening. Opvallend in 2006 is de stijging in uitgaven aan huisartsen en de overfinanciering van ziekenhuizen
- In 2006 is de financieringsstructuur van de gezondheidszorg sterk gewijzigd. Het persoonsgebonden budget krijgt een steeds groter aandeel in de AWBZ financiering.
- Het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product ligt op een gemiddeld EU-15 niveau; dit is ruim 9% volgens de internationale System of Health Accounts definitie
- Volgens de Zorgrekeningen was er tussen 1998 en 2006 een volumegroei van 36% en een prijsstijging van 31%. De volumegroei was sinds 2001 afgezwakt, maar groeide in 2006 weer wat harder

Hoe we de ontwikkeling van de zorguitgaven vaststellen

De zorguitgaven worden trendmatig en internationaal gevolgd volgens verschillende definities. In de Budgettair Kader Zorg (BKZ) definitie wordt een onderscheid gemaakt tussen een bruto en netto deel. Het netto BKZ staat gelijk aan het bruto BKZ minus eigen betalingen. Het netto BKZ omvat sinds 2006 de collectieve lastendruk van de publieke zorguitgaven (tot 2006 werden in het BKZ ook particulier verzekerde zorguitgaven meegeteld). Naast het BKZ wordt gekeken naar de zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen en voor de internationale vergelijking 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 2007). Verder inzicht in de zorguitgaven wordt verkregen middels de indicatoren zorguitgaven per inwoner, zorguitgaven per werkende, zorguitgaven als percentage

van het bruto binnenlands product (bbp) en zorguitgaven per sector. Ook wordt bekeken welk deel van de kostenstijging voortkomt uit meer zorggebruik (volume) en welk deel uit prijsstijging.

Indicatoren

- Zorguitgaven volgens het Budgettair Kader Zorg (VWS)
- Zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen (CBS)
- Zorguitgaven volgens System of Health Accounts per inwoner (OECD)
- Publieke zorguitgaven per werkende volgens het System of Health Accounts (OECD)
- Zorguitgaven volgens het BKZ per zorgsector
- Zorguitgaven per financieringsbron
- Aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product
- Prijs- en volumeontwikkeling in zorguitgaven

De stand van zaken

In 2006 stegen de zorguitgaven volgens het Budgettair Kader Zorg met 4,3% naar € 48,6 miljard

De zorguitgaven volgens het bruto BKZ zijn in 2006 gestegen naar € 48,6 miljard. Na 2003 is de groei in zorguitgaven afgenomen tot ongeveer 3% in 2004 en 2005. Deze daling kan gedeeltelijk verklaard worden door in 2004 ingezette maatregelen zoals pakketverkleining (o.a. fysiotherapie en tandartszorg grotendeels uit het pakket (Rijksbegroting, 2003) en afgesloten convenanten voor onder andere geneesmiddelen (VWS, 2005b). De realisatiecijfers van 2006 geven aan dat de uitgavengroei licht oploopt (zie tabel 4.2.1).

Tabel 4.2.1: Totale zorguitgaven volgens Budgettair Kader Zorg, € miljard, 2003-2007^{a,b,c} (Bron: VWS, 2005b; Rijksbegroting, 2005; VWS, 2006b; Rijksbegroting, 2006; VWS, 2007b; Rijksbegroting, 2007; VWS 2008a).

	2003	2004	2005	2006	2007
Jaarlijks begrote uitgaven	41,9	44,1	45,8	47,6	50,1
Gerealiseerde uitgaven	43,7	45,0	46,6	48,6	51,3
Budgetoverschrijding	1,7	0,9	0,8	1,0	1,2
Stijging gerealiseerde uitgaven	7,4%	3,0%	3,6%	4,3%	5,5%

^a BKZ = bruto BKZ = netto BKZ + eigen betalingen.

^b Begrote uitgaven = bruto BKZ uitgaven volgens jaarlijkse ontwerpbegroting. Voor 2003 zijn dit de bruto BKZ uitgaven volgens de Zorgnota.

^c De gerealiseerde uitgaven van 2007 zijn voorlopig en bevatten voor een deel nog niet gerealiseerde afspraken.

Schattingen voor 2007 geven aan dat de uitgaven ongeveer € 1,2 miljard hoger zullen uitkomen dan begroot (VWS, 2008a). Naast de premiegefinancierde uitgaven is de minister ook verantwoordelijk voor begrotingsgefinancierde uitgaven, die bedroegen

in 2006 een kleine € 13 miljard (Rijksbegroting, 2006). Hieronder vallen onder andere de rijksbijdrage voor kinderen onder de 18 jaar, uitgaven aan preventie, en uitgaven die de organisatie van het zorgsysteem ondersteunen en verbeteren zoals de zorgtoeslag, bijdragen in de kosten van kortingen, informatievoorziening, monitoring en onderzoeksprogramma's.

In 2006 stegen de zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen met 5,4% naar € 72,2 miljard

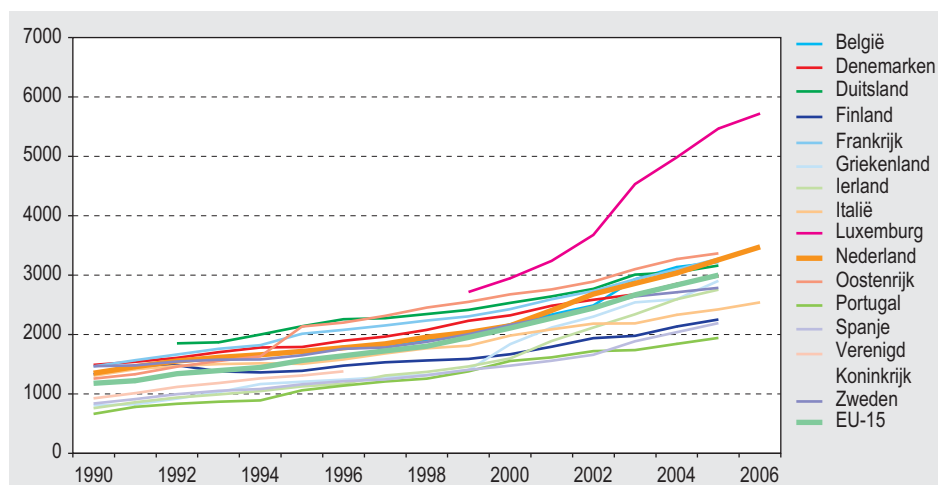
Door de ruimere definitie van zorg komen de uitgaven volgens de Zorgrekeningen hoger uit dan volgens het BKZ. Zo zitten in de Zorgrekeningen voorzieningen die het ministerie van VWS tot de terreinen van welzijn en maatschappelijke ondersteuning rekent, zoals arbodiensten en kinderopvang, maar ook zorgvoorzieningen die uit aanvullende verzekeringen worden betaald. Ten opzichte van de vorige Zorgbalans zijn de Zorgrekeningen, met terugwerkende kracht, uitgebreid met een aantal voorzieningen en beslaan nu een 'vollediger' terrein van de zorg (de uitbreiding bedraagt in 2006 € 5,7 miljard) (CBS, 2007c). In 2006 komen de zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen op ruim € 72 miljard. De uitgavengroei volgens de Zorgrekeningen is tussen 2003 en 2006 hoger dan volgens het BKZ. Net als in de vorige Zorgbalans lijken de zorguitgaven buiten het BKZ harder te stijgen dan de uitgaven binnen het BKZ. Dit wordt gedeeltelijk veroorzaakt door een verschuiving van posten uit het BKZ, zoals eerder vermeld. De ontwikkelingen in zorguitgaven volgens deze definities zijn dan ook lastig vergelijkbaar.

Tabel 4.2.2: Totale zorguitgaven volgens Zorgrekeningen, € miljard, 2000, 2004-2006 (Bron: CBS, 2007c).

	2000	2004	2005	2006	Stijging 2004-2005	Stijging 2005-2006
Totale uitgaven	50,0	65,6	68,5	72,2	4,5%	5,4%

De zorguitgaven volgens het System of Health Accounts per inwoner bevinden zich constant op een bovengemiddeld niveau binnen de EU-15

De zorguitgaven per inwoner vergelijken we vanuit internationaal perspectief. Voor internationale vergelijkingen moet vanwege de vergelijkbaarheid gebruik worden gemaakt van de internationale SHA definities van zorg en zorguitgaven. Hierdoor blijven uitgaven aan verzorgingshuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg buiten beschouwing. *Figuur 4.2.1* laat zien dat de zorguitgaven per inwoner zich tussen 1990 en 2005 constant op een bovengemiddeld niveau bevinden binnen de EU-15. Hierbij moet worden opgemerkt dat Luxemburg het gemiddelde de laatste jaren sterk omhoog trekt. Het niveau van de zorguitgaven is vergelijkbaar met bijvoorbeeld Duitsland en Frankrijk.



Figuur 4.2.1: Zorguitgaven volgens System of Health Accounts per inwoner, US\$ PPP^a, EU-15 landen, 1990 – 2006, (Bron: OECD Health Data 2007).

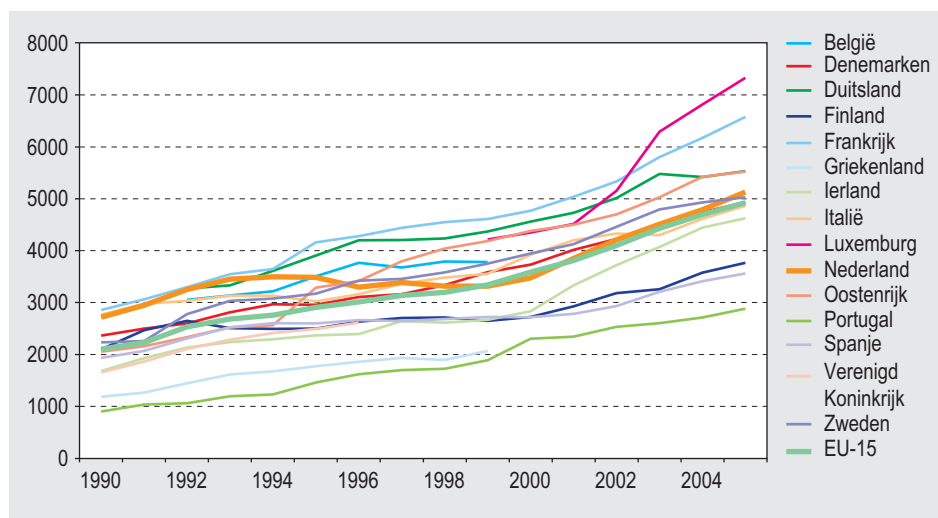
^a US\$ Purchasing Power Parities (PPP) is een wisselkoers die corrigeert voor koopkrachtverschillen tussen landen.

De publieke zorguitgaven per werkende liggen sinds het midden van de jaren negentig rond het EU-15 gemiddelde

Het gedeelte van de zorguitgaven dat publiek wordt gefinancierd en dus verplicht wordt afgedragen via premies vormt een deel van de totale collectieve lasten. Stijgingen in publieke zorguitgaven kunnen premies en loonkosten doen toenemen en de betaalbaarheid van zorg onder druk zetten. Een internationale vergelijking kan laten zien of de druk van de collectieve zorglasten op arbeidskosten in Nederland relatief groot of klein is. Wederom wordt de internationale SHA definitie gehanteerd. *Figuur 4.2.2* laat de collectieve zorguitgaven (volgens SHA) per werkende in de EU-15 landen zien. Uit *figuur 4.2.2* blijkt dat de publieke zorguitgaven per werkende sinds midden jaren 90 rond het EU-15 gemiddelde schommelen.

Ziekenhuiszorg en ouderenzorg nemen het grootste deel van de zorguitgaven voor hun rekening. Opvallend in 2006 is de stijging in uitgaven aan huisartsen en de overfinanciering van ziekenhuizen

De indeling in sectoren is ten opzichte van de vorige Zorgbalans aangepast volgens de nieuwe indeling van de VWS begroting (Rijksbegroting, 2006). De bedragen in *tabel 4.2.3* worden sterk beïnvloed door verschuivingen van uitgavenposten: zo is een gedeelte van de volksgezondheidsuitgaven en ook een deel van de beheerskosten AWBZ in 2006 verschoven van het BKZ naar de VWS-begroting. De sectoren ziekenhuiszorg (ongeveer 30% van het BKZ) en verpleging en verzorging (ongeveer 25% van het BKZ) zijn nog steeds het meest omvangrijk. Een opvallende ontwikkeling was een aanzienlijke overfinanciering van ziekenhuizen (ongeveer € 1,8 miljard in 2006), als gevolg van de invoering van het DBC-systeem (Diagnose Behandeling Combinatie) (Rijksbegroting, 2007; CBS, 2007c). De DBC-tarieven zijn op een te hoog niveau vast-



Figuur 4.2.2: Publieke zorguitgaven volgens System of Health Accounts per werkende, US\$ PPP^a, EU-15 landen, 1990 – 2005 (Bron: OECD Health Data 2007).

^a US\$ Purchasing Power Parities (PPP) is een wisselkoers die corrigeert voor koopkrachtverschillen tussen landen.

Tabel 4.2.3: Zorguitgaven volgens Budgettair Kader Zorg per zorgsector, € miljoen en groei per jaar (%), 2004-2007 (Bron: VWS, 2006b; Rijksbegroting, 2007; VWS, 2007b; VWS, 2008a).

	2004	2005	2006	2007	Jaarlijkse groei (%)
Volksgezondheid	234	195	86	110	-17,2
Gezondheidszorg	23020	23555	25841	26444	3,5
Langdurige zorg	21566	22647	22476	22455	1,0
Maatschappelijke ondersteuning	159	160	162	166	1,1
Overig ^a	–	–	–	2000	–

^a Onder 'overig' vallen onder andere de Wmo-uitgaven (uit het gemeentefonds) en onvoorziene uitgaven; het bedrag is afgerond op € 2 miljard.

Tabel 4.2.4: Zorguitgaven volgens Budgettair Kader Zorg per financieringsbron, € miljard en aandeel in totaal (%), 2004-2007 (Bron: VWS, 2005b; VWS, 2006b; VWS, 2007h; VWS, 2008a)^a.

	2004		2005		2006		2007	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Ziektekosten verzekering	23,2	51,8	20,3	44,0	23,1	47,9	24,4	47,2
AWBZ	19,4	43,3	22	47,7	21,2	44,0	21,4	41,7
Eigen betalingen	2,2	4,9	3,8	8,2	3,9	8,1	3,7	7,2
Overig ^b	-	-	-	-	-	-	2,0	3,9

^a De jaarlijkse som van de uitgaven in tabel 4.2.4 komt niet exact overeen met de totaal gerealiseerde uitgaven in tabel 4.2.1. Bovenstaande bedragen zijn gebaseerd op de jaarverslagen. De totaal gerealiseerde uitgaven, zoals in tabel 4.2.1, zijn in latere jaren nog enigszins bijgesteld.

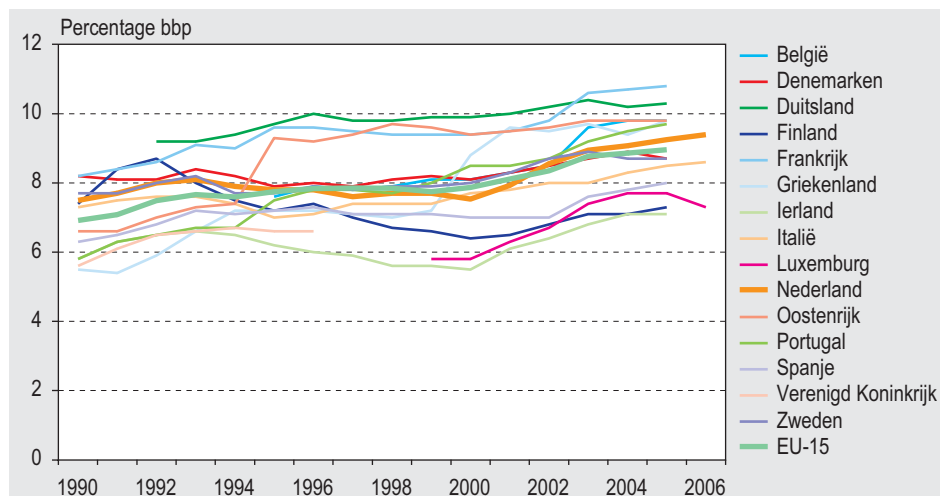
^b Onder 'overig' vallen de begrotingsuitgaven aan het gemeentefonds (Wmo) en het opleidingsfonds.

gesteld, waardoor ziekenhuizen buiten hun schuld te veel hebben gedeclareerd (CBS, 2007c). Dit bedrag wordt terugbetaald aan de zorgverzekeraars. Verder zijn in het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg (B-segment) de zorgkosten in 2006 met ongeveer 12% gestegen (De Boo en Kuenen, 2008). In de huisartsenzorg zorgde een nieuw financieringssysteem voor een onverwachte toename in uitgaven van ongeveer 17% (CBS, 2007c; Te Brake et al., 2007).

In 2006 is de financieringsstructuur van de gezondheidszorg sterk gewijzigd. Het persoonsgebonden budget krijgt een steeds groter aandeel in de AWBZ financiering
De financieringsstructuur van de zorg is in 2006 aanzienlijk gewijzigd. In 2006 is de Zorgverzekeringswet van kracht geworden waarmee de scheiding tussen het voormalige ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen (voor de basisverzekering) is verdwenen. Meest opvallend is het gestegen aandeel van eigen betalingen in de totale BKZ-uitgaven sinds 2005. Dit komt mede door de invoering van de no-claim regeling. Verder kunnen veranderingen in het verstrekkingenpakket binnen de basisverzekering de uitkomsten beïnvloeden. In de uitgaven volgens de Zorgrekeningen is het aandeel eigen betalingen wel gedaald in 2006. Dit wordt toegeschreven aan een lager gebruik van eigen risico van zorgpolissen (CBS, 2007c). Een recente verandering is de toename van zorgfinanciering via het pgb (als onderdeel van AWBZ financiering). In 2006 werd hieraan € 1,1 miljard uitgegeven. In 2007 stijgen de pgb-uitgaven verder naar rond de € 1,5 miljard (VWS, 2008b).

Het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product ligt op een gemiddeld EU-15 niveau; dit is ruim 9% volgens de internationale System of Health Accounts definitie

De zorguitgaven als percentage van het bbp liggen op een gemiddeld niveau van de EU-15 landen (zie *figuur 4.2.3*). Volgens de internationale SHA definitie is het aandeel zorguitgaven in het bbp in Nederland ruim 9% in 2004 en 2005. Dat is in de EU-15 gemiddeld. In 2006 ligt het percentage op 9,4%.



Figuur 4.2.3: Zorguitgaven volgens System of Health Accounts als percentage van het bruto binnenlands product, 1990-2006 (Bron: OECD Health Data 2007).

Volgens de bredere definitie van de Zorgrekeningen ligt het percentage in de loop der jaren hoger; tussen de 13,4% en 13,6% van ons nationaal inkomen tussen 2004 en 2006. Het aandeel van de zorguitgaven in het bbp is na 2004 nauwelijks verder toegenomen. Tussen 2000 en 2003 nam dit percentage nog sterk toe, mede door een economische terugval. De economie trok na 2003 weer aan en groeit tussen 2004 en 2006 ongeveer net zo hard als de zorguitgaven (zie *tabel 4.2.5*).

Tabel 4.2.5: Bruto binnenlands product (bbp), aandeel zorguitgaven in bbp en aandeel zorguitgaven in groei bbp, 2004-2006 (%) (Bron: CBS, 2007c; Rijksbegroting, 2007; OECD Health Data 2007).

	2004	2005	2006
bbp in € miljard	491,2	509,0	534,3
bbp groei	3,0	3,6	5,0
Aandeel zorguitgaven in bbp			
BKZ	9,2	9,1	9,1
Zorgrekeningen	13,4	13,5	13,6
SHA	9,1	9,3	9,4
Aandeel toename zorguitgaven in toename bbp			
BKZ	9,1	8,4	8,7
Zorgrekeningen	-	16,3	14,6
SHA	12,6	12,9	11,0

Volgens de Zorgrekeningen was er tussen 1998 en 2006 een volumegroei van 36% en een prijsstijging van 31%. De volumegroei was sinds 2001 afgezwakt, maar groeide in 2006 weer wat harder

Prijs- en volumeontwikkelingen zijn berekend voor de zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen. In de periode 1998-2006 was de volumegroei van de gehele zorg 36%. De prijsstijging bedraagt voor dezelfde periode ongeveer 31% (CBS, 2007c). Sinds 2001 was de volumegroei in de zorg enigszins afgezwakt. In 2006 neemt de volumegroei weer toe, onder andere door grotere volumegroei bij huisartsen, paramedische praktijken en ouderenzorg. De eerder genoemde kostenstijging in het B-segment van de ziekenhuiszorg werd vooral veroorzaakt door volumegroei (ongeveer 10% van de 12%) (De Boo en Kuenen, 2008). Prijsstijgingen in 2006 komen voort uit toegenomen loonkosten van zorginstellingen. Daarnaast namen de tarieven van vrije beroepsbeoefenaren en vooral fysiotherapeuten toe (CBS, 2007c).

Conclusie

Ten opzichte van de vorige Zorgbalans is de groei in de zorguitgaven verder doorgezet. Na de (boter bij de vis) jaren 2001 tot en met 2003 met jaarlijkse groeipercentages tot ruim 12% is de uitgavengroei in de laatste jaren minder hoog. In 2006 lijkt de groei wel weer wat op te lopen. Internationaal gezien loopt Nederland al een aantal jaren mee in het groeitempo van de meeste westerse landen, over het algemeen iets boven het EU-15 gemiddelde.

De uitgavengroei wordt mede gevoed door effecten van nieuwe financieringssystemen in de ziekenhuiszorg en de huisartsenzorg. De laatste twee vertoonden een opvallende stijging in 2006. Het zorgvolume steeg vooral in de huisartsenzorg, ouderenzorg en paramedische zorg. Daarnaast was de kostengroei in het vrij onderhandelbare B-segment in 2006 hoger dan gemiddeld, vooral door hoge volumegroei.

De zorguitgaven vormen een belangrijk onderdeel van de totale collectieve uitgaven, ongeveer 20% (CPB, 2007c). Volgens schattingen van het CPB zal dit aandeel in de periode 2008-2011 nog twee procentpunt toenemen (CPB, 2007c). De druk van de collectieve zorguitgaven op arbeid en arbeidskosten ligt op een gemiddeld EU-niveau. De verwachting is dat de stijging in zorguitgaven de komende jaren niet zal leiden tot een stijging van de totale collectieve lasten door een gelijktijdige daling van andere collectieve uitgaven (CPB, 2007c). Door de vergrijzende populatie en een krappere arbeidsmarkt kan de druk van de zorguitgaven op de arbeidskosten in de toekomst wel verder toenemen. De algemene economische ontwikkeling is eveneens van invloed op de betaalbaarheid: de gunstige economische ontwikkeling van de laatste jaren zorgde ervoor dat het aandeel van de zorguitgaven in het bbp tussen 2004 en 2006 nauwelijks is gestegen.

4.3 Hoe is de financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars?

Kernbevindingen

- De rentabiliteit van instellingen in de curatieve zorg en langdurige zorg nam in 2006 gemiddeld af met 0,4 en 1,4 procentpunt
- De solvabiliteit van instellingen in de curatieve zorg en langdurige zorg nam in 2006 gemiddeld toe met 0,3 en 0,5 procentpunt, maar is voor de meeste instellingen onder de 'marktconforme' vermogensseis
- De reserve aanvaardbare kosten steeg in 2006 met gemiddeld 0,4 procentpunt in de curatieve zorg en de langdurige zorg
- De solvabiliteitspositie van zorgverzekeraars was in 2006 en 2007 twee keer zo hoog als vereist
- De zorgverzekeraars hadden in 2006 een negatief resultaat op de basisverzekering van ongeveer € 560 miljoen

Hoe we de financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars vaststellen

Financiële indicatoren zeggen iets over de financiële kwetsbaarheid van ondernemingen. Ze geven inzicht in de mate waarin instellingen en verzekeraars moeite hebben om de zorg te financieren. Een stabiele financiële weerbaarheid is nodig om continuïteit van zorg te garanderen, zeker in tijden waarin de financiële risico's van instellingen toenemen. Ten opzichte van de vorige Zorgbalans wordt nu ook de financiële

positie van zorgverzekeraars meegenomen. Daarom is nu het aantal indicatoren voor de financiële positie van zorginstellingen teruggebracht. De rentabiliteit, solvabiliteit en reserve aanvaardbare kosten (rak) zijn hierbij behouden, omdat deze het meeste inzicht geven in de financiële weerbaarheid van zorginstellingen (op korte en lange termijn). Voor de zorgverzekeraars worden het resultaat en de vermogenspositie (solvabiliteit) onderzocht.

Indicatoren

Zorgaanbieders

- Rentabiliteit
- Solvabiliteit
- Reserve aanvaardbare kosten

Zorgverzekeraars

- Resultaat
- Solvabiliteit

Informatie over de financiële positie van instellingen is verzameld met behulp van een NZa-dataset (NZa, 2007h) en jaarverslagen van zorgaanbieders (CIBG, 2007). Niet alle instellingen konden worden meegenomen; de dekking van de dataset bedraagt 94% voor de ziekenhuizen en ruim 70% voor de langdurige zorg (verpleging en verzorging, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) (NZa, 2007g). Wegens het stijgende aantal concerns binnen de langdurige zorg die verschillende sectoren overlappen, is het lastig de instellingen in te delen in verpleging, verzorging, thuiszorg, enz. In tegenstelling tot de vorige Zorgbalans wordt deze splitsing dan ook niet meer gemaakt, maar worden alle instellingen in de langdurige zorg samengenomen.

De stand van zaken

De rentabiliteit van instellingen in de curatieve zorg en langdurige zorg nam in 2006 gemiddeld af met 0,4 en 1,4 procentpunt

De rentabiliteit zegt iets over de winstgevendheid van instellingen. Op instellingsniveau is deze indicator gedefinieerd als de verhouding tussen het resultaat en de omzet (som der bedrijfsopbrengsten). De rentabiliteit van een sector is het naar omzet gewogen gemiddelde van de rentabiliteit per instelling.

In 2006 nam de rentabiliteit gemiddeld af met 0,4 procentpunt in de curatieve zorg en 1,4 procentpunt in de langdurige zorg. Voor 62% van de instellingen in de curatieve zorg en 63% van de instellingen in de langdurige zorg was de rentabiliteit in 2006 lager dan in 2005. Verder had in 2006 20% van de instellingen in de curatieve zorg een negatief exploitatieresultaat. Dat is 10% meer dan een jaar ervoor. Er is aanzienlijke variatie in rentabiliteit tussen instellingen (WfZ, 2007).

PWC onderzocht recentelijk de 100 grootste zorginstellingen in Nederland. Ook binnen deze groep draaide 20% van de instellingen in 2006 met verlies, ten opzichte van 10% in 2005 (PWC, 2007). Gupta (Gupta, 2007) en Roland Berger (Roland Berger, 2007)

kwamen, op basis van de jaarverslagen van ziekenhuizen, met vergelijkbare resultaten voor de ziekenhuissector.

Tabel 4.3.1: Rentabiliteit zorginstellingen, 2005 en 2006, (%) (Bron: NZa, 2007h; CIBG, 2007; databewerking RIVM).

	2005	2006
Ziekenhuizen	1,3	0,9
Curatieve zorg ^a	1,3	0,9
Langdurige zorg ^b	2,5	1,1

^a Curatieve zorg = ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen en dialysecentra, radiotherapeutische instellingen en revalidatie instellingen.

^b Langdurige zorg = verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

De solvabiliteit van instellingen in de curatieve zorg en langdurige zorg nam in 2006 gemiddeld toe met 0,3 en 0,5 procentpunt, maar is voor de meeste instellingen onder de ‘marktconforme’ vermogensseis

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 eigen vermogen en omzet (som der bedrijfsopbrengsten). De solvabiliteit van een sector is het naar omzet gewogen gemiddelde van de solvabiliteit per instelling. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) definieert de solvabiliteit als het weerstandsvermogen.

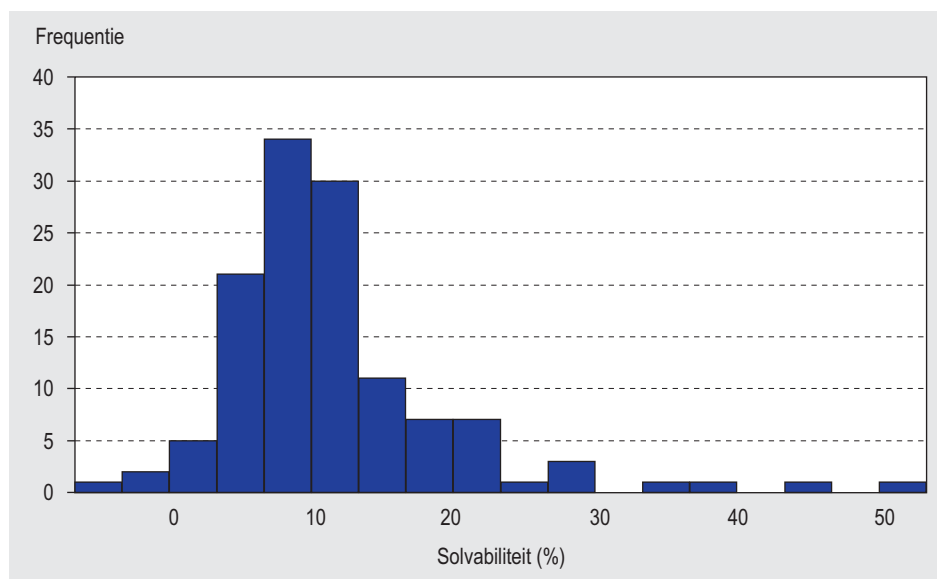
Tabel 4.3.2 laat zien dat de solvabiliteit van instellingen in 2006 licht is toegenomen. Er zijn wel aanzienlijke verschillen in solvabiliteit tussen zorginstellingen, zoals *figuur 4.3.1* laat zien. In het verleden hanteerde de WfZ een vermogensseis van 8%. In de huidige en toekomstige situatie zal deze, door het toegenomen financiële risico van instellingen, omhoog gaan in de richting van de (marktconforme) 25% (WfZ, 2007). Het grootste deel van de zorginstellingen zit hier momenteel nog onder. Dit geldt ook voor het gemiddelde van de verschillende sectoren (zie *tabel 4.3.2*).

Tabel 4.3.2: Solvabiliteit zorginstellingen, 2005 en 2006, (%) (Bron: NZa, 2007h; CIBG, 2007; databewerking RIVM).

	2005	2006
Ziekenhuizen	9,7	10,0
Curatieve zorg ^a	9,9	10,2
Langdurige Zorg ^b	12,7	13,2

^a Curatieve zorg = ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen en dialysecentra, radiotherapeutische instellingen en revalidatie instellingen.

^b Langdurige zorg = verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.



Figuur 4.3.1: Spreiding in solvabiliteit voor instellingen in de curatieve zorg, 2006 (Bron: NZa, 2007h; CIBG, 2007; databewerking RIVM).

De reserve aanvaardbare kosten steeg in 2006 met gemiddeld 0,4 procentpunt in de curatieve zorg en de langdurige zorg

Zorginstellingen kunnen financiële reserves aanleggen, bijvoorbeeld met het oog op toekomstige uitgaven of onvoorziene omstandigheden. In het verleden droeg de overheid financieel risico voor de instellingen, en was de maximale omvang van de reserve voor aanvaardbare kosten (rak) aan banden gelegd. De rak is op instellingsniveau gedefinieerd als de verhouding tussen het collectief gefinancierd gebonden vermogen en het Wtg-budget. De rak van een sector is het naar Wtg-budget gewogen gemiddelde van de rak per instelling.

Tabel 4.3.3 laat zien dat zowel in de curatieve zorg als in de langdurige zorg de rak gemiddeld met 0,4% is gestegen. Ongeveer 71% van de langdurige-zorg instellingen had een stijgende rak ten opzichte van 2005.

Tabel 4.3.3: Reserve aanvaardbare kosten, 2005 en 2006, (%) (Bron: NZa, 2007h; databewerking RIVM).

	2005	2006
Ziekenhuizen	8,6	9,0
Curatieve zorg ^a	8,7	9,1
Langdurige Zorg ^b	11,4	11,8

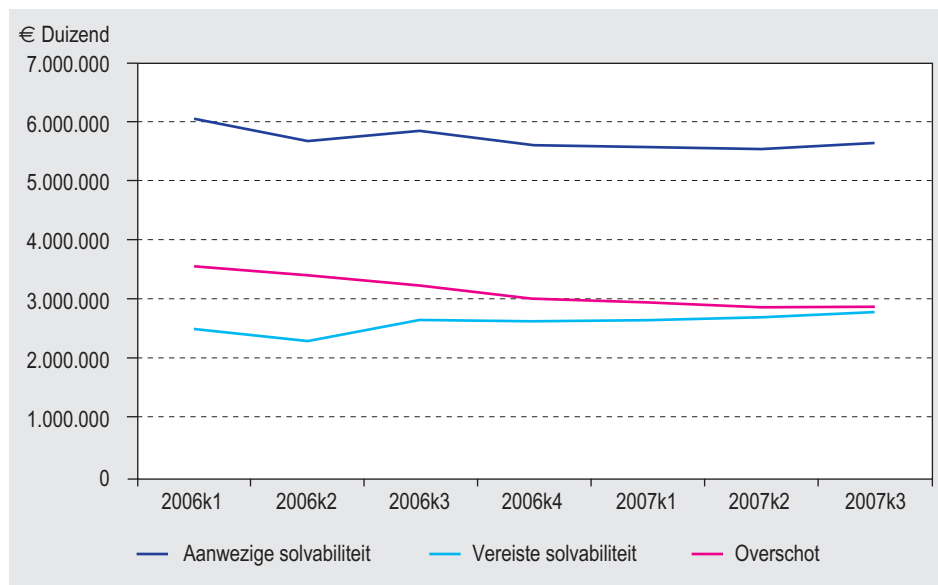
^a Curatieve zorg = ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen en dialysecentra, radiotherapeutische instellingen en revalidatie instellingen.

^b Langdurige zorg = verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

De solvabiliteitspositie van zorgverzekeraars was in 2006 en 2007 twee keer zo hoog als vereist

De getoonde resultaten van zorgverzekeraars zijn nog niet definitief, gezien de onzekerheden rond lopende en toekomstige afrekeningen van DBC's en de risicoverevening (die nog niet definitief is). Daarnaast zijn de cijfers moeilijk vergelijkbaar met eerdere jaren, gezien de sterke wijzigingen in de financieringsstructuur en de structuur van de zorgverzekeraars.

De solvabiliteit van zorgverzekeraars wordt door de DNB getoetst aan de vereiste solvabiliteitsmarge. Deze vereiste solvabiliteitsmarge wordt sinds 2006 per verzekeraar op een prospectieve manier berekend. Voor 2006 werd de vereiste marge retrospectief bepaald op basis van gemiddelde uitgaven ('schade') in de voorgaande drie jaar. Vanwege alle wijzigingen binnen verzekeraars sinds 2006 was dit niet meer mogelijk. De vereiste solvabiliteit zal moeten uitkomen op ongeveer 8% van de totale lasten. *Figuur 4.3.2* laat zien dat de aanwezige solvabiliteit nog meer dan twee keer zo hoog is als vereist. De marge neemt echter wel af.



Figuur 4.3.2: Aanwezige en vereiste solvabiliteit zorgverzekeraars, € duizend, per kwartaal (k1-k4), 2006-2007 (Bron: DNB, 2007b).

De zorgverzekeraars hadden in 2006 een negatief resultaat op de basisverzekering van ongeveer € 560 miljoen

Tabel 4.3.4 laat de ontwikkeling in het resultaat van de totale zorgverzekeringssector zien over 2006 en de eerste drie kwartalen van 2007.

Tabel 4.3.4 laat zien dat de zorgverzekeringssector verlies lijdt op de basisverzekering. Dit verlies loopt op tot ruim € 560 miljoen eind 2006. Bij de aanvullende verzekering

Tabel 4.3.4: Gecumuleerd resultaat technische rekening basisverzekering en aanvullende verzekering en totaal resultaat voor belasting, € miljoen, 2006-2007 (Bron: DNB, 2007b)

	2006 K1	2006 K2	2006 K3	2006 K4	2007 K1	2007 K2	2007 K3
Basisverzekering	-64,5	-242,1	-254,8	-563,1	-130,9	-271,1	-297,7
Aanvullende verzekering	-0,08	-25,2	75,7	-23,6	49,7	-32,8	29,2
Totaal voor belasting	79,7	83,3	214,0	-187,0	-58,0	-47,3	140,9

is het resultaat ook negatief, maar in mindere mate dan bij de basisverzekering. In het totaal resultaat zitten, naast basis- en aanvullende verzekering, overige baten en lasten verwerkt, zoals beleggingsopbrengsten. Ook het totaalresultaat over 2006 is negatief. Aan het eind van 2006 hebben zorgverzekeraars extra voorzieningen getroffen voor het verwachte verlies in 2007. Dit verklaart hoogstwaarschijnlijk de grote daling eind 2006 (DNB, 2007a). Ook in 2007 zijn de resultaten op de basisverzekering negatief.

Conclusie

De financiële positie van zorginstellingen is tussen 2004 en 2006 weinig verbeterd. Uit de winst en verlies rekeningen is op te maken dat de winstgevendheid van zorginstellingen gemiddeld achteruit is gegaan. Een kleine 2/3 van de instellingen in de zorg zag zijn rentabiliteit dalen in 2006. Dit kan duiden op scherpe concurrentie tussen de zorgaanbieders. Mede door deze kleine marges is de solvabiliteitspositie van instellingen nauwelijks gestegen. De vermogenspositie zit over het algemeen ruim onder de 'marktconforme' vermogensseis. Dit kan tot gevolg hebben dat het voor instellingen moeilijk wordt om meer risico te dragen en waar gewenst financiering op de private markt (bijvoorbeeld bij banken) te verwerven.

De zorgverzekeraars maken gemiddeld genomen verlies op de basisverzekering en ook op de aanvullende verzekering. Hierbij bezitten de zorgverzekeraars over het algemeen een eigen vermogen dat hoger is dan vereist (de marge is daarbij wel afnemend). Wel berichtte de DNB onlangs dat er aanhoudende onzekerheden zijn over de financiële positie van zorgverzekeraars en dat ze zich hierover moeilijk een oordeel kan vormen (DNB, 2008). Dit komt door administratieve onduidelijkheid, onvolkomenheden in de risicoverevening en aanzienlijke onzekerheid door beleidsveranderingen (bijvoorbeeld rond de eventuele uitbreiding van het basispakket met GGZ, de vervanging van de no-claim door een eigen risico en de eventuele invoering van maatstafconcurrentie) (DNB, 2008).

De toenemende concurrentie in de zorgverzekeringsmarkt heeft met 'scherpere' premies in ieder geval gezorgd voor druk op de winsten van zorgverzekeraars. De betaalbaarheid van de zorg loopt hierdoor op korte termijn nog geen gevaar gezien de ruime vermogenspositie van de zorgverzekeraars. Op lange termijn kunnen verzekeraars (in een vrije markt) niet verlies blijven lijden. Er zal worden gelet op doelmatige zorginkoop, maar daarnaast kunnen ook de premies of het aandeel eigen betalingen extra stijgen.

4.4 Hoe is het gesteld met de arbeidsproductiviteit in de zorg?

Kernbevindingen

- Zonder rekening te houden met de kwaliteit van zorg, vertoont de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen een stijgende lijn sinds 2001
- Zonder rekening te houden met de kwaliteit van zorg, is de arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg tussen 2000 en 2005 jaarlijks met gemiddeld 1,4% gestegen
- Verbetering in kwaliteit van zorg verhoogt de werkelijke arbeidsproductiviteit

Hoe we arbeidsproductiviteit vaststellen

Onder arbeidsproductiviteit wordt verstaan: opbrengst (output) per eenheid arbeid. Het verbeteren van de gezondheid is een belangrijk doel van de zorg en idealiter wordt de output van zorg ook in termen van gezondheid gemeten. Aangezien het lastig is de precieze gezondheidswinst uit zorg(arbeid) te meten (Westert en Verkleij, 2006), wordt output in de zorg vaak berekend in termen van aantal behandelingen, aantal behandelde patiënten of aantal uren geleverde zorg. Ook in deze Zorgbalans zullen we de arbeidsproductiviteit benaderen met deze outputmaten. Aan de hand van gegevens van onder andere CBS en Prismant wordt de arbeidsproductiviteit berekend met als output het aantal patiënten, opnames of uren zorg. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg.

Om de werkelijke (arbeids)productiviteit te kunnen meten is het van belang de toegevoegde waarde van zorg te bepalen (Atkinson, 2005; Bloor, 2006). In het Verenigd Koninkrijk worden bijvoorbeeld kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten in berekeningen van opbrengsten meegenomen (Atkinson, 2005). Hierop aansluitend is voor de ouderenzorg een eerste poging ondernomen om de waarde van de kwaliteit van zorg te bepalen en mee te nemen in de arbeidsproductiviteit.

Indicatoren

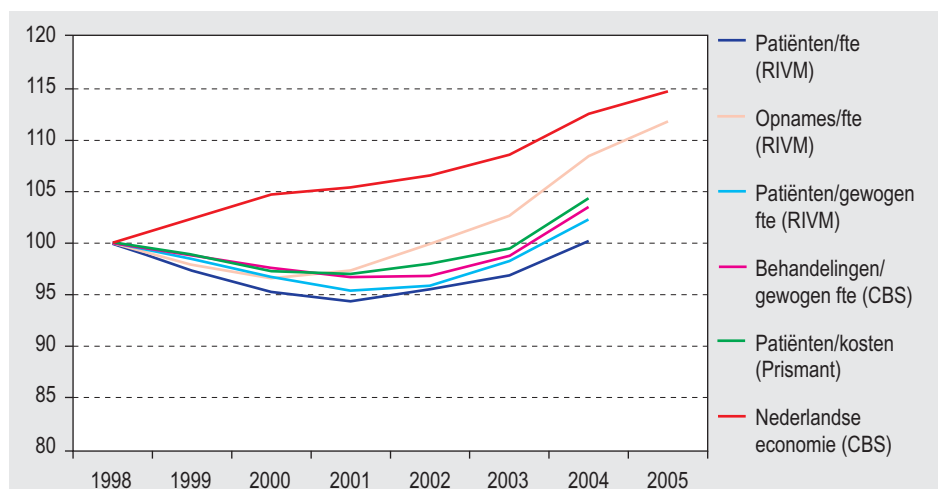
- Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen
- Arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg
- Kwaliteit en arbeidsproductiviteit in verzorgingshuizen

De stand van zaken

Zonder rekening te houden met de kwaliteit van zorg, vertoont de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen een stijgende lijn sinds 2001

De output van ziekenhuizen wordt op verschillende manieren gemeten (zie bijvoorbeeld Vandermeulen, 2005). Eurostat heeft een aantal jaar geleden voorgesteld om complete behandelingen te gebruiken als outputmaat (Eurostat, 2001). Dit betekent de behandeling van een ziekte van begin tot eind. Deze definitie is in de praktijk nog

moeilijk bruikbaar (Van Hilten et al., 2005). Resultaten van alternatieve maten worden gegeven in *figuur 4.4.1*. Output wordt hier gemeten in termen van aantal patiënten, opnames en ontslagen, en behandelingen, terwijl de input berekend wordt op basis van fte en een gewogen fte (weging van verschillende beroepscategorieën naar salaris). Uit *figuur 4.4.1* valt op te maken dat de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen tussen 1998 en 2005 is gestegen. Deze stijging vindt plaats vanaf 2001. De gevonden trend is bij de verschillende definities vergelijkbaar. De trend is in alle gevallen stijgende sinds 2001.

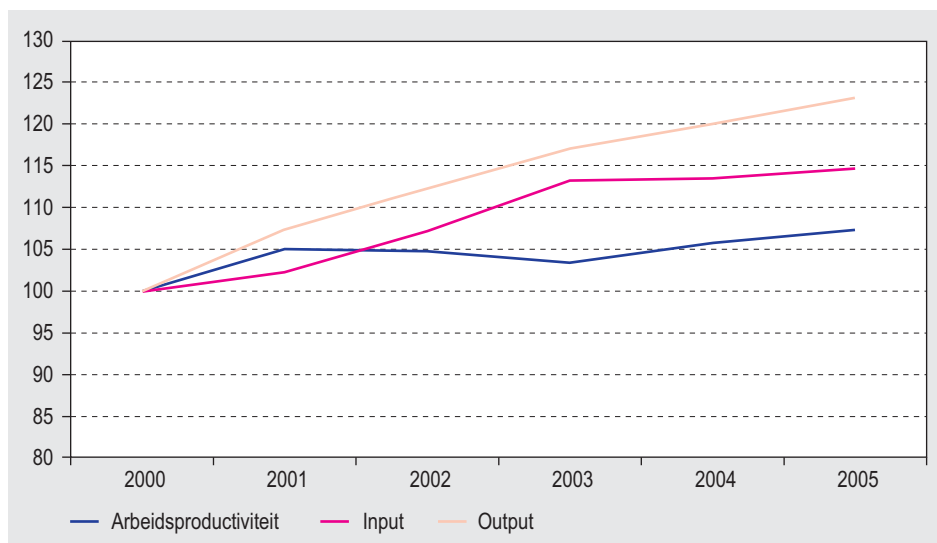


Figuur 4.4.1: Arbeidsproductiviteit ziekenhuizen en Nederlandse economie, 1998-2005, 1998=100 (Bron: CBS, 2006a; RIVM, 2008).

Zonder rekening te houden met de kwaliteit van zorg, is de arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg tussen 2000 en 2005 jaarlijks met gemiddeld 1,4% gestegen

De arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg (verpleging, verzorging en thuiszorg) is tussen 2000 en 2005 jaarlijks met gemiddeld 1,4% gestegen. Tussen 2001 en 2003 was er een stabilisatie van de arbeidsproductiviteit, gevolgd door een stijging in 2004 en 2005. Voor de intramurale ouderenzorg worden verpleeg- en verzorgingsdagen geteld als output en voor de extramurale ouderenzorg het aantal uren zorg. De hoeveelheid intramurale en extramurale zorg worden gewogen (gewichten op basis van tarieven) bij elkaar opgeteld (CBS, 2007c).

De geleverde zorg per patiënt is de afgelopen jaren sterk gegroeid. Dit was het geval vooral in de extramurale zorg. De verhoging van het zorgvolume in de extramurale zorg valt gedeeltelijk samen met een daling van de hoeveelheid zorg in verzorgingshuizen. Tegelijkertijd steeg de arbeidsinzet (aantal fte) in de verzorgingshuizen tussen 2001 en 2003 met ongeveer 15%. Dit zorgde mede voor de stabilisatie van de arbeidsproductiviteit in deze jaren.



Figuur 4.4.2: Arbeitsproductiviteit in de ouderenzorg, 2000-2005, 2000=100 (Bron: CBS, 2007c; CBS Statline, 2007h; databewerking RIVM).

Verbetering in kwaliteit van zorg verhoogt de werkelijke arbeidsproductiviteit

Idealiter wordt bij het meten van arbeidsproductiviteit in de zorg de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) per eenheid arbeid gemeten. Deze toegevoegde waarde wordt niet alleen gevormd door het aantal verzorgingsdagen of het aantal uren geleverde zorg, maar ook door de (waarde van de) kwaliteit van geleverde zorg.

Om inzicht te krijgen in de waarde van kwaliteit en de invloed daarvan op arbeidsproductiviteit heeft het RIVM een pilot-studie uitgevoerd. In deze studie kon de waarde van verschillende kwaliteitsaspecten worden opgemaakt door respondenten verschillende aspecten van zorg te laten 'uitruilen'. Van de kwaliteitscriteria autonomie, aantal mensen per kamer, wachttijd, aantal mensen per verzorgingshuis en percentage patiënten met decubitus bleken respondenten de meeste waarde te hechten aan de wachttijd en het aantal mensen per kamer (criteria gekozen op basis van kiesBeter.nl, 2007 en Wiegers et al., 2007). Deze kwaliteitscriteria leveren dus de meeste toegevoegde waarde op. Op het moment dat we alleen de bovengenoemde kwaliteitscriteria meenemen stijgt de arbeidsproductiviteit al met 0,5%.

Conclusie

Op basis van het aantal patiënten of opnames is de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg sinds 2001 gestegen. In de ouderenzorg is de arbeidsproductiviteit, gemeten op basis van dagen en uren zorg, tussen 2000 en 2005 jaarlijks met gemiddeld 1,4% gestegen. Deze maten van arbeidsproductiviteit kunnen op verschillende manieren zijn beïnvloed. Zo kunnen beleidsontwikkelingen als het 'boter bij de vis beleid' (budgetverruiming en het wegwerken van wachtlijsten) de output tijdelijk omhoog hebben geduwd. Daarnaast zijn personeelsbeleid en algemene ontwikkelingen op de arbeids-

markt van belang. De sterkste stijging in personeelsaantallen vond in de ziekenhuiszorg en in de ouderenzorg plaats tussen 2001 en 2003. Daarna zwakte de personeelsgroei sterk af. Dit kan een indicatie zijn dat in economisch mindere tijden een grotere personeelsgroei kan worden gerealiseerd in de zorg dan in tijden van economische vooruitgang. Het afzwakken van personeelsgroei kan zijn beïnvloed door een toenemende krapte op de arbeidsmarkt.

De waargenomen stijgende arbeidsproductiviteit kan gunstige effecten hebben op de betaalbaarheid van zorg. Het is voor de betaalbaarheid echter niet alleen van belang of de productiviteit van arbeid stijgt, maar ook hoe de kosten en productiviteit van andere productiefactoren zich ontwikkelen (bijvoorbeeld kapitaal). Zo worden innovaties vaak gezien als drijvende kracht achter groei in arbeidsproductiviteit, maar tegelijkertijd ook als belangrijkste determinant van extra zorgvraag en stijgingen in zorguitgaven (Newhouse, 1992). Het is dus niet gelijk duidelijk of de betaalbaarheid positief of negatief wordt beïnvloed door toenemende arbeidsproductiviteit. Van belang is de groei in *totale* productiviteit.

Ook in het licht van de huidige en verwachte tekorten op de arbeidsmarkt (zie *paragraaf 3.8*) kan een verhoging van de arbeidsproductiviteit van belang zijn. Personeelsproblemen zullen vooral zichtbaar zijn in de langdurige zorg. In deze paragraaf werd duidelijk dat er flinke vooruitgang is geboekt in de geleverde uren zorg per patiënt. De arbeidsproductiviteit groeide hierbij gemiddeld met 1,4% per jaar. Daarnaast zorgt verbetering in de kwaliteit van zorg voor verdere groei in arbeidsproductiviteit. Of dit helpt bij het oplossen van de arbeidsmarktproblemen is echter de vraag. Het betekent namelijk niet direct de oplossing voor het stijgende *aantal* mensen dat langdurige zorg nodig heeft. Op dit punt zal het, vooral in de langdurige zorg, lastig zijn om per werkende meer mensen te behandelen zonder verlies van kwaliteit van zorg (RVZ, 2006b).

5 VERBINDENDE THEMA'S

5.1 Inleiding

In deze tweede Zorgbalans wordt voor het eerst gewerkt met een drietal verbindende thema's. Deze thema's beogen de bevindingen over de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten te verbinden vanuit een bepaald perspectief. Het eerste thema is het oordeel en de ervaringen van burgers, patiënten en cliënten met de Nederlandse gezondheidszorg. In de vorige Zorgbalans werd dit belangrijke thema aangekondigd met een citaat van Schoen et al., (2005): *patient voices can provide policy leaders with a window onto what is happening at the front lines of care*. Ten opzichte van de eerste Zorgbalans is de beschikbaarheid van gegevens van burgers, patiënten en cliënten over de gezondheidszorg sterk toegenomen, maar een ideale situatie is nog niet bereikt. Trendgegevens zijn nog schaars. Wel kan op grond van beschikbare enquêtes al een redelijk adequate indruk verkregen worden welke onderdelen van de zorg in de ogen van de bevolking goed en welke minder goed scoren. Personen die zorg gebruiken blijken iets positiever in hun oordelen dan burgers in het algemeen.

Het tweede thema is de doelmatigheid van de gezondheidszorg en behandelt de vraag of met de ingezette middelen een optimale opbrengst wordt geproduceerd. Daarmee beoogt dit thema de publieke doelen 'kosten' en 'kwaliteit' met elkaar te verbinden. Krijgt de Nederlander *waar voor zijn geld*? Dit thema laat zien dat er op verschillende onderdelen in de zorg nog doelmatigheidswinst is te behalen.

Het derde thema gaat in op de stelselwijziging. In principe kunnen in deze Zorgbalans de eerste effecten van de stelselwijziging die per 1 januari 2006 in het zorgverzekeringsstelsel is ingevoerd, worden gemeten. Immers de eerste Zorgbalans beschrijft de situatie in 2004 en de tweede Zorgbalans (2008) beschrijft de situatie in 2006/2007. Daardoor kan deze Zorgbalans een antwoord geven op de vraag welke effect deze stelselwijziging tot nu toe heeft gehad op de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van het *gehele* zorgsysteem gezien vanuit macroperspectief. Er zijn duidelijke effecten van de stelselwijziging merkbaar op onderdelen van het zorgsysteem, maar een effect op het *totale* systeem van de zorg is nog niet of slechts beperkt zichtbaar. Dit is om verschillende redenen een voorzichtig antwoord. De stelselwijziging is nog pas kort geleden ingevoerd en maakt onderdeel uit van een al eerder begonnen (en nog niet voltooide) reeks van maatregelen gericht op de introductie van meer marktwerking in het zorgsysteem. Oorzaak-gevolg conclusies zijn daarom niet altijd eenduidig te trekken.

5.2 Het oordeel van burgers en zorggebruikers over de gezondheidszorg

Kernbevindingen

Burgers

- Net als in 2002 zijn burgers ook in 2007 kritisch over het gezondheidszorg-systeem, maar positief over de zorg zelf
- Het vertrouwen van burgers in zorginstellingen neemt ten opzichte van 2004 licht af; men heeft meer vertrouwen in de curatieve zorg dan in de langdurige zorg (inclusief de GGZ)
- Burgers hebben veel vertrouwen in zorgverleners, maar minder in specifieke aspecten zoals patiëntgerichtheid en communicatie; het vertrouwen in de samenwerking binnen de zorg is laag maar na 2004 toegenomen

Patiënten en cliënten (zorggebruikers)

- Patiënten en cliënten ervaren de zorg als toegankelijk: kosten, afstand of wachttijden vormen zelden een groot probleem
- In ziekenhuizen wordt personeelsgebrek door zorggebruikers niet als een probleem ervaren, maar in verpleeg- en verzorgingshuizen is dat wel het geval
- Volgens patiënten coördineert de huisarts vooral goed binnen de eerste lijn, maar minder goed in relatie tot de specialist en het ziekenhuis
- Medicijngebruik wordt in Nederland volgens patiënten weinig gecoördineerd in vergelijking met zes andere landen
- De meeste zorggebruikers zijn positief over de wijze waarop zorgverleners hen bejegenen; dit geldt zowel voor de curatieve als de langdurige zorg

5.2.1 Inleiding

In de gezondheidszorg draait het uiteindelijk om de mensen die gebruik maken van de zorg: de patiënten of cliënten. Zij zijn immers degenen die de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan den lijve ondervinden. Omdat iedereen zo nu en dan patiënt is of dat kan worden, hebben de meeste mensen ook een opvatting over wat goede zorg is.

In de afgelopen jaren is de aandacht voor het gebruikersperspectief toegenomen. We zien dat bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van een patiëntenbeleid gericht op de versterking van de positie van de patiënt. Dit beleid heeft geresulteerd in een aantal wetten waarin deze positieversterking is geformaliseerd, zoals de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), de WGBO, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Klachtwet (Stüssgen, 1997). Ook wordt er steeds meer onderzoek verricht naar de wensen, tevredenheid en ervaringen van zorggebruikers. In 2006 werd het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) opgericht met als doel consumentenervaringen met de zorg systematisch in kaart te brengen.

Onderzoek naar het gebruikersperspectief kan globaal worden ingedeeld in twee categorieën. In de eerste plaats zijn er de onderzoeken waarin *burgers* gevraagd wordt een mening te geven over de zorg. De uitkomsten van die onderzoeken zeggen niet per se iets over eigen ervaringen, maar zeggen vooral iets over beeldvorming of het vertrouwen dat mensen als *potentiële* zorggebruikers hebben in de zorg. Dat beeld kan tot stand komen door eigen ervaringen, maar ook door verhalen van anderen en/of door berichtgeving in de media. In de tweede plaats zijn er onderzoeken waarin daadwerkelijke *zorggebruikers* (of hun naasten) wordt gevraagd naar hun ervaringen met de zorg.

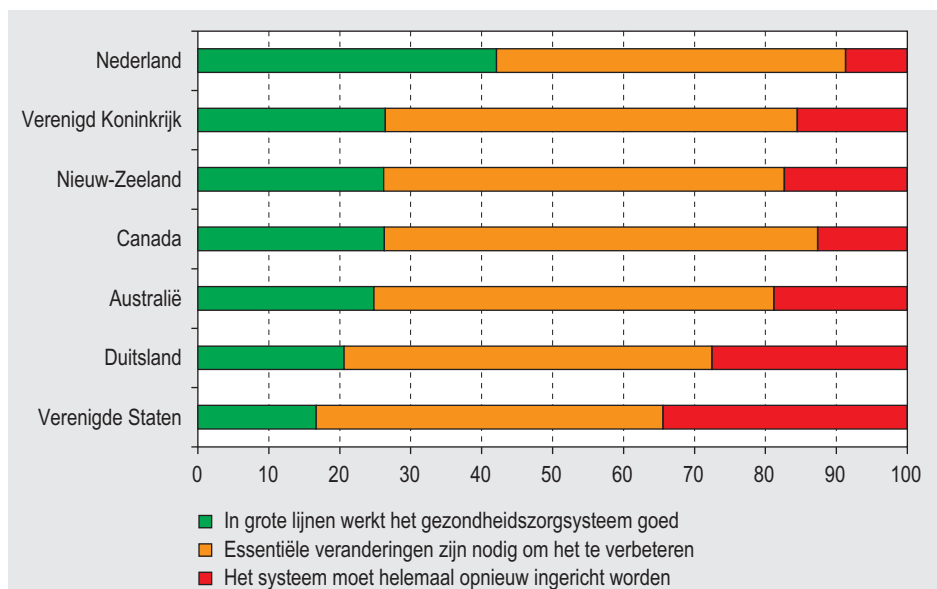
Gegevens uit onderzoek naar patiëntervaringen kunnen op allerlei manieren worden gebruikt. Zo kunnen zorggebruikers bij het kiezen van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar ervaringen van andere zorggebruikers mee laten wegen. Voorwaarde is dan natuurlijk dat deze gegevens openbaar zijn. Verder kunnen zorginstellingen en de daarin actieve cliëntenraden gegevens over patiëntervaringen en -oordelen gebruiken als managementinformatie om de dienstverlening meer af te stemmen op de behoefte. Zorgverzekeraars kunnen cijfers over patiëntervaringen gebruiken als basis voor hun zorginkoop en de Inspectie voor het toezicht. Tenslotte is informatie over patiëntervaringen maar ook over het oordeel van burgers belangrijk voor de overheid om beleid te ontwikkelen. Het gaat in dit laatste geval vooral om informatie op een wat algemener, (macro)niveau.

In de Zorgbalans kijken we vooral door een ‘macrobril’ naar informatie over het gebruikersperspectief. Vragen die daarbij centraal staan zijn: Hoe kijken Nederlandse burgers aan tegen de gezondheidszorg? Hoe *ervaren* en *evalueren* patiënten en cliënten de gezondheidszorg? En tenslotte: welke verschillen zijn er tussen verschillende zorgsectoren of soorten zorg? Om één en ander in perspectief te plaatsen, gebruiken we waar mogelijk gegevens van andere landen om de Nederlandse zorg aan te spiegelen. Verder kijken we of er belangrijke ontwikkelingen zijn waar te nemen in de loop der tijd.

5.2.2 De zorg volgens de burgers

Net als in 2002 zijn burgers in 2007 kritisch over het gezondheidszorgsysteem, maar positief over de zorg zelf

In een internationale enquête van het Commonwealth Fund (CMWF) bleek dat in 2007 ruim vier op de tien Nederlanders vinden dat de gezondheidszorg goed functioneert. Dat lijkt weinig, maar in de andere landen die participeerden in deze enquête komt het aandeel dat positief is over het systeem niet hoger dan 26% (zie *figuur 5.2.1*). Overigens werd de zelfde vraag ook al eens in 2002 gesteld aan inwoners van vijftien EU-landen. De resultaten voor Nederland waren toen vergelijkbaar (45% was positief), maar in het gezelschap van deze serie landen stak Nederland iets minder gunstig af: van de inwoners van Frankrijk, Finland, België, Oostenrijk en Luxemburg was meer dan 60% positief over het eigen zorgsysteem (OECD, 2005b).



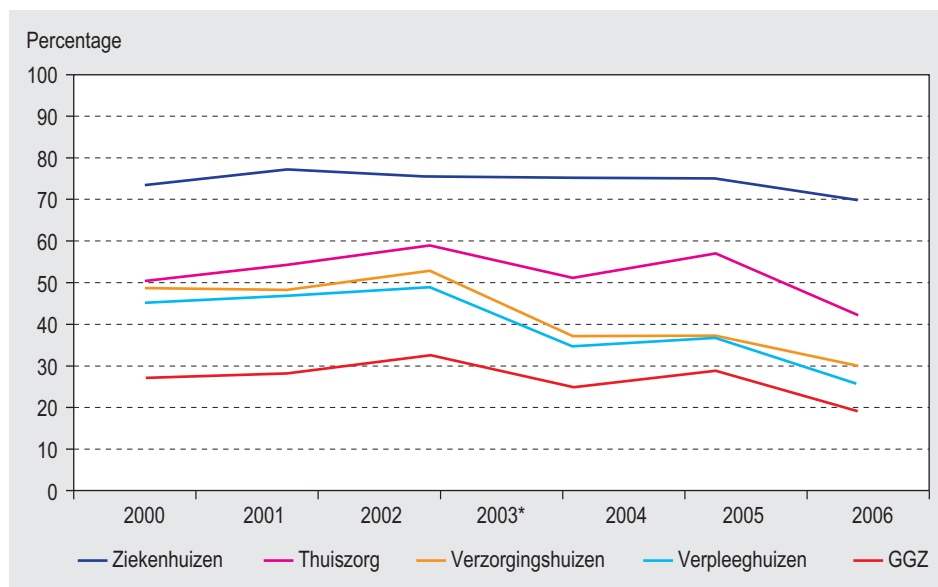
Figuur 5.2.1: Oordeel van burgers over het functioneren van het gezondheidszorgsysteem, in 2007 (%) (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

Hoewel mensen kritisch zijn over ‘de gezondheidszorg’ als systeem, hebben ze meer vertrouwen in de zorgverlening zelf. Dat blijkt uit antwoorden op de vraag: “Hoeveel vertrouwen hebt u dat u, wanneer u ernstig ziek mocht worden, uitstekende en veilige, medische zorg zult krijgen?” die in dezelfde enquête van het CMWF werd gesteld. Zes op de tien mensen beantwoordden deze vraag in 2007 met ‘veel vertrouwen’. Dat is een veel hoger percentage dan in de andere landen. Bovendien zagen we in *paragraaf 2.3* dat Nederlanders vaker verwachten de beste medicijnen te krijgen en dat de beste technologie wordt toegepast.

De bovenstaande cijfers tonen interessante verschillen tussen landen, maar zijn ook zeer algemeen van aard. Zij zijn vaak gebaseerd op één vraag die zich voor diverse invullingen leent. De competentie van de zorgverleners, maar ook de organisatie van instellingen en het vertrouwen in politiek en beleid (op het vlak van gezondheidszorg) spelen hierin een rol. Wanneer wat specifiek gevraagd wordt naar verschillende deelterreinen, blijkt dan ook dat daar grote verschillen tussen bestaan.

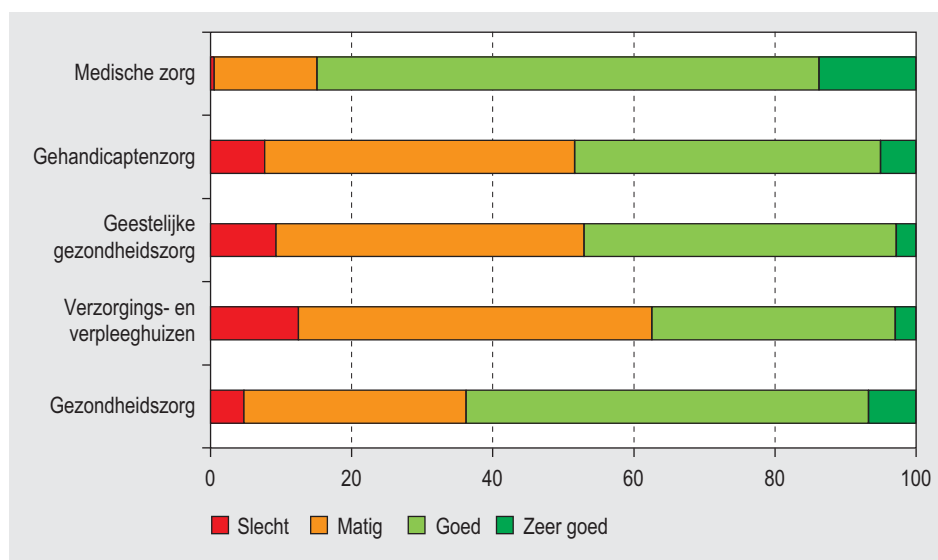
Het vertrouwen van burgers in zorginstellingen neemt ten opzichte van 2004 licht af; men heeft meer vertrouwen in de curatieve zorg dan in de langdurige zorg (inclusief de GGZ)

In *figuur 5.2.2* zien we grote verschillen in het vertrouwen van burgers tussen verschillende soorten zorg. Zeven van de tien mensen hebben vertrouwen in ziekenhuizen, bij de thuiszorg is dat 44% en voor de andere instellingen ligt dat nog een stuk lager. Opmerkelijk is dat het vertrouwen in alle typen zorg sinds 2004 is afgenomen, vooral in verzorgingshuizen en verpleeghuizen (Van der Maat et al., 2008).



Figuur 5.2.2: Vertrouwen van burgers in vijf soorten zorg, 2000-2006 (%) (Bron: Van der Maat et al., 2008). * schatting op basis van de jaren 2002 en 2004

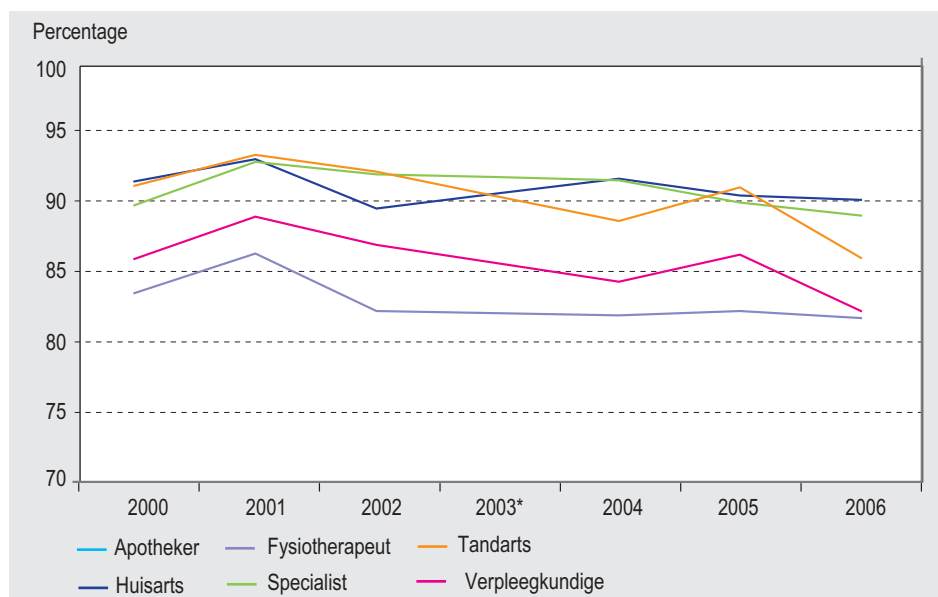
De cijfers van het SCP laten een vergelijkbaar beeld zien (zie *figuur 5.2.3*). De medische zorg (huisarts, medisch specialist en ziekenhuis) worden in 2006 positief beoordeeld, maar de oordelen over de langdurige zorg en de GGZ zijn een stuk minder positief (SCP, 2007).



Figuur 5.2.3: Algemeen oordeel van burgers over verschillende gezondheidszorgsectoren, in 2006 (%) (Bron: SCP, 2007).

Burgers hebben veel vertrouwen in zorgverleners, maar minder in specifieke aspecten zoals patiëntgerichtheid en communicatie; het vertrouwen in de samenwerking binnen de zorg is laag maar na 2004 toegenomen

Het vertrouwen dat men in individuele zorgverleners heeft, is een stuk groter dan in typen zorg of het zorgsysteem. De huisarts, specialist en apotheker genieten het meeste vertrouwen (90% of meer). Het vertrouwen in verpleegkundigen en fysiotherapeuten is iets minder, maar nog altijd zo'n 82% (zie *figuur 5.2.4*).

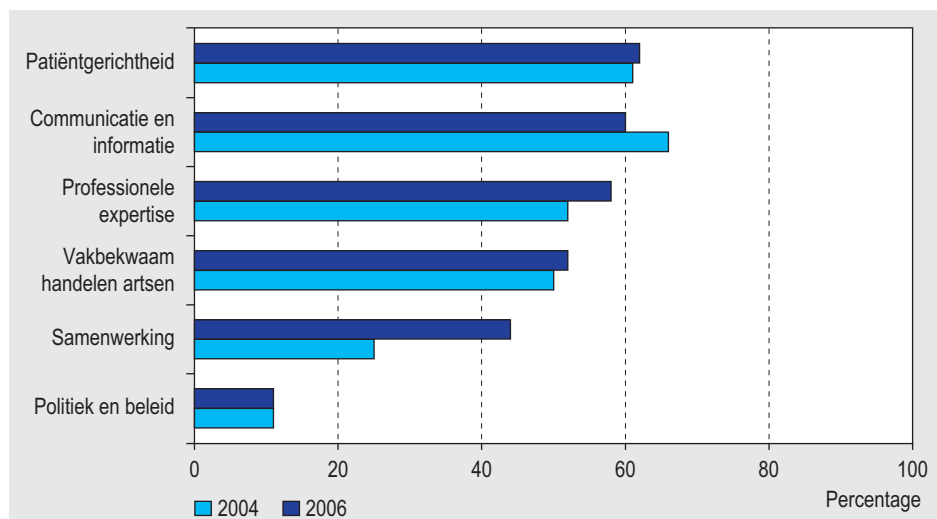


*Figuur 5.2.4: Vertrouwen van burgers in zorgverleners, 2000-2006 (%) (Bron: Van der Maat et al., 2008). * schatting op basis van de jaren 2002 en 2004*

Peilingen onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg brengen ook enkele verschillen in beeld (zie *figuur 5.2.5*). Een meerderheid van de burgers heeft vertrouwen in de patiëntgerichtheid en professionaliteit van de zorg en de communicatie en informatie. Het vertrouwen in de samenwerking tussen hulpverleners is echter klein, hoewel dit na 2004 behoorlijk is toegenomen. In vergelijking met het uitgesproken vertrouwen in zorgverleners (zie *figuur 5.2.3*) valt op dat het vertrouwen in de genoemde zorgaspecten beduidend kleiner is.

Het vertrouwen in politiek en beleid met betrekking tot de gezondheidszorg is zelfs opvallend gering: 11%. Dit laatste blijkt overigens consequent laag te zijn, en niet beïnvloed te worden door de stelselwijziging of de wisseling van kabinetten (Van der Maat et al., 2008).

Over zorgverzekeraars oordelen de meeste mensen positief. Gemiddeld geven zij hun eigen zorgverzekeraar het rapportcijfer 7,9. Negen van de tien verzekerden gaven een 7 of hoger en 26% zelfs een 9 of een 10 (De Boer et al., 2007).



Figuur 5.2.5: Vertrouwen van burgers in verschillende aspecten van de zorg, in 2004 en 2006 (%) (Bron: Van der Maat et al., 2008).

Nederlanders zijn dus overwegend positief over de gezondheidszorg. Het vertrouwen lijkt echter wel af te nemen en verschilt erg tussen de verschillende onderdelen van de zorg. Over de curatieve zorg bestaat een veel positiever beeld dan over de langdurige zorg.

5.2.3 De zorg volgens zorggebruikers

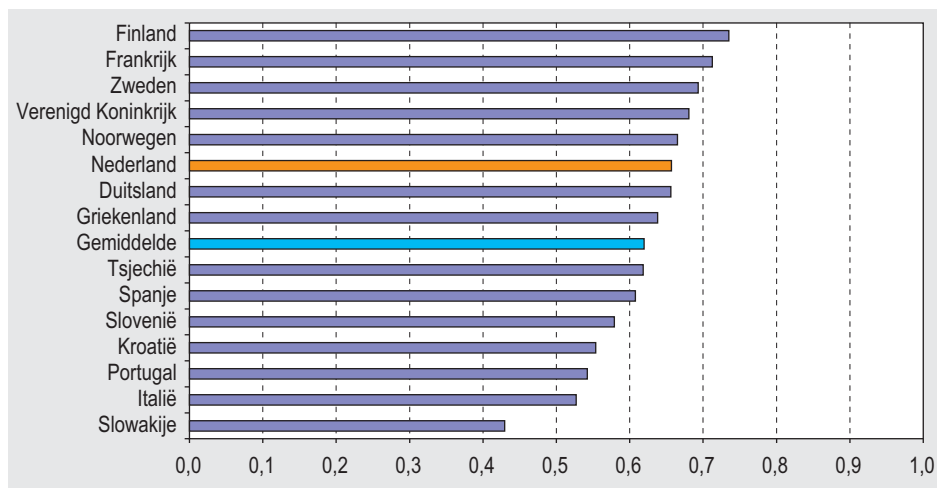
Hieronder gaan we eerst in op algemene oordelen van zorggebruikers over de gezondheidszorg en verschillende onderdelen daarvan. Vervolgens lichten we enkele thema's verder uit: de toegankelijkheid van de zorg, de coördinatie van zorg en de bejegening. De keuze voor deze thema's is allereerst gebaseerd op het belang dat zorggebruikers hieraan hechten, maar ook op de onmisbaarheid van de zorggebruiker als informatiebron hiervoor. De patiënt is immers het centrale 'doel' van zorg die (een gebrek aan) bejegening of coördinatie aan den lijve ondervindt. Bij de evaluatie hiervan zijn zij uiteindelijk de belangrijkste informatiebron. Dit laatste geldt ook voor de *ervaren* betaalbaarheid, bereikbaarheid en tijdigheid van zorg.

De Nederlandse zorg is vraaggerichter dan de zorg in de meeste Europese landen

Op basis van de World Health Survey 2002 van de WHO is voor vijftien Europese landen een score berekend die de '*responsiveness*' van de gezondheidszorg in dat land uitdrukt (Kok, 2008). De term '*responsiveness*' kan vrij worden vertaald als vraaggerichtheid en kan worden onderverdeeld in: onmiddellijke aandacht (beperkte reis- en wachttijd); waardigheid (respectvolle bejegening); communicatie (heldere uitleg en tijd om vragen te stellen); autonomie (informatie over behandeling en betrokkenheid bij medische besluitvorming); vertrouwelijkheid (besloten gesprekken en vertrouw-

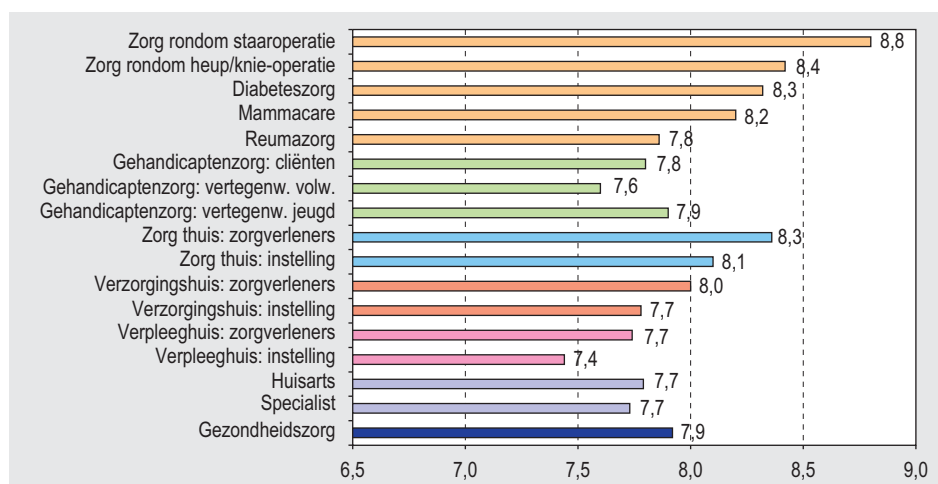
lijkheid van dossiers); keuzevrijheid van zorgaanbieder; goede basale voorzieningen (voldoende en schone accommodatie); toegang tot sociale ondersteuning (bezoek en extern contact). De uiteindelijke score van een land is een gewogen gemiddelde van scores op deze afzonderlijke dimensies. Een aspect weegt zwaarder mee naarmate er meer belang aan wordt gehecht. Hoewel de gegevens voor responsiviteit dateren uit 2002, worden deze hier wel gepresenteerd vanwege de grote inhoudelijke relevantie en de mogelijkheid tot internationale vergelijking.

In *figuur 5.2.6* staan de resultaten van vijftien Europese landen weergegeven. De score heeft een bereik van 0 tot en met 1, waarbij een hoge score staat voor een hoge vraag-gerichtheid. In de lijst met landen, die is geordend naar hun 'responsiveness', neemt Nederland een zesde plaats in. Zweden, Frankrijk en Finland hebben de hoogste score. Wanneer we voor Nederland de scores op de afzonderlijke dimensies onder de loep nemen, valt op dat patiënten het minst positief zijn over de reis- en wachttijd (0,57) en dat de waardering van de accommodatie in de extramurale zorg opvallend hoog scoort (0,84). De scores op de overige dimensies liggen 0,05 boven of onder de totaal-score.



Figuur 5.2.6: Responsiviteitsscore, naar land, in 2002 (schaal 0-1) (Bron: Kok, 2008).

Voor diverse zorginstellingen, zorgverleners en ook zorgketens is onderzoek gedaan naar patiëntervaringen aan de hand van zogenaamde CQ-indexen (<http://www.centrumklantervaringzorg.nl>). Omdat door gebruik van deze CQ-indexen op een gestandaardiseerde manier naar ervaringen wordt gevraagd, kunnen verschillende zorgsoorten, aanbieders en ketens met elkaar worden vergeleken. In iedere CQ-vragenlijst wordt gevraagd naar een waarderingscijfer op een schaal van 0 (slechtst denkbaar) tot en met 10 (best denkbaar).



Figuur 5.2.7: Waarderingscijfer van zorggebruikers voor zorg rondom specifieke aandoeningen, zorginstellingen, zorgverlener en de gezondheidszorg in het algemeen (schaal 1-10), 2005-2007 (Bron: Brouwer et al., 2007; De Boer et al., 2007a; Damman et al., 2007; PWC, 2007; Rupp et al., 2006; Wiegers et al., 2007; Zuidgeest et al., 2007; Gelsema et al., 2006).

In *figuur 5.2.7* is een reeks van deze waarderingscijfers op een rijtje gezet. Ook hier zien we dat zorgverleners een iets hoger gemiddeld waarderingscijfer ontvangen dan zorginstellingen. Bij de zorgverleners en – instellingen wordt thuiszorgpersoneel het hoogst beoordeeld: 8,36, en personeel in verpleeghuizen het laagst: 7,44. Bij de aandoeningspecifieke ‘ketens’ zien we dat de zorg rondom een staaroperatie het hoogst wordt gewaardeerd (8,80) en reumazorg het laagst (7,86). Waarderingscijfers op dit algemene niveau brengen slechts kleine verschillen aan het licht tussen aanbieders of ketens: onvoldoendes zijn een zeldzaamheid en de verschillen tussen zorgaanbieders of zorgverleners zijn hoogstens één punt. De gevonden verschillen in waarderingscijfers hangen ook samen met verschillen in leeftijd tussen verschillende patiëntengroepen: oudere mensen geven doorgaans hogere waarderingscijfers. In het algemeen is dit leeftijdseffect echter gering. Wanneer omwille van de vergelijkbaarheid een correctie voor leeftijd zou worden toegepast, dan zou bijvoorbeeld de waarderingscijfers voor zorg rondom staaroperaties en heup/knieoperaties iets naar beneden moeten worden bijgesteld en het cijfer voor mammacare iets naar boven.

5.2.3.1 Toegankelijkheid van zorg

Patiënten en cliënten ervaren de zorg als toegankelijk: kosten, afstand of wachttijden vormen zelden een groot probleem

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. Meestal gebeurt dat in de vorm van belemmeringen om zorg te gebruiken zoals kosten, reisafstanden, wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de vraag van burgers.

Nederlandse zorggebruikers ervaren de gezondheidszorg doorgaans als toegankelijk. Dit blijkt uit gegevens die in hoofdstuk 3 zijn gepresenteerd. Zo blijken de kosten van zorg meestal geen belemmering te zijn om gebruik te maken van zorg. Vergeleken met zes andere landen is in Nederland het vertrouwen in de betaalbaarheid van de benodigde zorg groot (zie *paragraaf 3.2*).

Bovendien heeft een grote meerderheid (zo'n 95%) bij een acute hulpvraag de hulp gekregen die hij of zij nodig had. Ook blijkt dat men zelden ver hoeft te reizen voor zorg; negen van de tien mensen ervaren dit dan ook niet als een probleem. Doorgaans kan men snel afspraken maken met zorgverleners en hoewel daar soms even op moet worden gewacht (14% vindt het niet snel genoeg) wordt dit zelden als een groot probleem beschouwd. Wel is het aandeel zorggebruikers dat in 2006 vindt dat zij (zeer) lang hebben moeten wachten voordat zij bij de huisarts, een specialist of een ziekenhuis terecht konden, ten opzichte van 2002 met 4% à 5% gestegen.

In ziekenhuizen wordt personeelsgebrek door zorggebruikers niet als een probleem ervaren, maar in verpleeg- en verzorgingshuizen is dat wel het geval

Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen ervaren wel een probleem met de beschikbaarheid van personeel. Concreet betekent dit dat relatief *weinig* bewoners vinden dat er voldoende personeel is, dat medewerkers binnen vijf minuten reageren als de bewoner belt, dat zorgverleners voldoende tijd aan hen besteden, dat zij goed en tijdig worden geholpen bij de toiletgang en dat zij snel de juiste hulp bij pijn of ziekte ontvangen. In ziekenhuizen daarentegen, blijkt doorgaans volgens patiënten wel voldoende verpleging te zijn. In de landenvergelijkende studie van het CMWF bleek Nederland het daar beter op te doen dan de zes andere landen (zie *paragraaf 3.7*) (Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

5.2.3.2 Coördinatie van zorg

Zorggebruikers krijgen vaak te maken met verschillende zorgverleners. Een gebrekkige coördinatie van zorg kan leiden tot onveilige, inefficiënte en ineffectieve zorg. We beschrijven hier hoe patiënten de coördinatie ervaren aan de hand van voorbeelden die in dit verband belangrijk zijn zoals een 'medische thuisbasis' en een goede afstemming van het medicijngebruik.

Volgens patiënten coördineert de huisarts vooral goed binnen de eerste lijn, maar minder goed in relatie tot de specialist en het ziekenhuis

Voor een goede coördinatie van zorg is een centraal punt belangrijk. Voor Nederlanders is dat de huisartspraktijk. Zoals al in de eerste Zorgbalans werd gerapporteerd, staat vrijwel iedereen in Nederland ingeschreven bij een huisarts. Ook in de studie van het CMWF meldt 100% een vast adres te hebben voor medische zorg. In de zes andere landen ligt dat percentage lager. Volgens 93% van de Nederlandse patiënten kent de huisarts de medische achtergrond van de patiënt, hetgeen een goede basis is voor een coördinerende rol (zie *tabel 5.2.1*).

Deze coördinerende rol pakt de huisarts volgens patiënten vooral goed op binnen de eerste lijn, maar minder goed in relatie tot de specialist in de tweede lijn. Uit een onderzoek onder huisartspatiënten in de regio Drenthe en in Rotterdam blijkt namelijk dat 87% een goede samenwerking ervaart tussen de huisarts en hun andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist, enz.) (Meuwissen et al., 2008). Wanneer we de coördinerende rol van de huisartspraktijk in relatie tot andere artsen meer specifiek analyseren, dan blijkt echter uit de CMWF survey dat patiënten in Nederland minder coördinatie ervaren dan de respondenten in zes andere landen (zie *tabel 5.2.1*). In vergelijking met zes andere landen helpt de huisarts (of diens medewerker) in Nederland minder vaak met de coördinatie van zorg die de patiënt van andere artsen en op andere plaatsen ontvangt. Ook voorziet de Nederlandse huisarts de specialist minder van relevante medische informatie dan in de andere landen (behalve Duitsland). De Nederlandse huisarts is wel redelijk op de hoogte van geplande nazorg na ziekenhuisontslag in vergelijking met zes andere landen (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

Tabel 5.2.1: Patiënten die een vaste (huis)arts hebben die op de hoogte is van medische achtergronden van de patiënt en zorg coördineert, in 2007 (%) (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

	Nl	Aus	Can	Dui	NZ	VK	VS
Patiënt heeft een vaste (huis)arts voor medische zorg (% ja)	100	88	85	92	89	89	80
Huisarts kent belangrijke informatie over medische achtergrond van patiënt (% vaak/altijd)	93	87	86	94	89	83	83
Huisarts (of medewerker) helpt met coördineren van zorg die patiënt van andere artsen en op andere plaatsen ontvangt (% vaak/altijd van de patiënten die dit op hun situatie van toepassing achten)	61	73	69	72	73	65	70
Met betrekking tot laatste bezoek aan specialist: huisarts heeft specialist voorzien van informatie over gezondheidstoestand of medische probleem? (% ja)	70	85	80	60	76	73	74
Huisarts wist van de geplande nazorg na ontslag uit het ziekenhuis? (% ja van de patiënten die in de afgelopen 2 jaar opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis en die hierna hun huisarts hebben geraadpleegd)	79	76	75	87	73	79	81
Nl = Nederland; Aus = Australië; Can = Canada; Dui = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.							

Medicijngebruik wordt in Nederland volgens patiënten weinig gecoördineerd in vergelijking met zes andere landen

Op een samengestelde maat voor coördinatie van medicijngebruik scoort Nederland 64%. Nederland heeft daarmee de laagste score van de zes landen die participeerden in de survey van het Commonwealth Fund (Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

Bij opname in het ziekenhuis wordt in negen van de tien gevallen gevraagd naar gebruikte medicijnen. Bij ontslag wordt veel minder gesproken over medicijngebruik (60%) en 43% heeft het afgelopen jaar de medicijnen die hij/zij op recept gebruikt, doorgelopen met een huisarts, verpleegkundige of apotheker (zie *paragraaf 2.3*).

Eén op de zes bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen ervaart een gebrekkige afstemming tussen zorgverleners

Ongeveer 17% van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen ervaart onvoldoende afstemming tussen zorgverleners (de verzorgenden, verpleegkundigen, arts, fysiotherapeut, enz.). Voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners en gebruikers van thuiszorg (door een thuiszorginstelling of verzorgingshuis) bedraagt dit 15%. Van de cliënten die thuiszorg ontvangen, is 42% negatief over de afstemming tussen zorgverleners (Wiegers et al., 2007).

Minstens één op de vijf patiënten mist voldoende afstemming bij aandoeningspecifieke ketenzorg

Van de patiënten die zorg ontvangen van verschillende hulpverleners rondom een aandoening (mammacare, reuma of een staaroperatie) zegt ongeveer een vijfde deel dat er nooit of soms sprake is van coördinatie binnen de zorgketen. Er zijn wel kleine verschillen: mensen die een staaroperatie hebben ondergaan, zijn het meest positief en reumatoïde artritispatiënten zijn iets negatiever over de coördinatie (zie *tabel 5.2.2*).

Tabel 5.2.2: Afstemming/samenwerking bij aandoeningspecifieke zorg, in 2007 (%) (Bron: Damman et al., 2007; Zuidgeest et al., 2007; Brouwer et al., 2007).

	nooit/soms	meestal	altijd
Mammacare (schaalscore van 5 items)	17,8	40,9	41,3
Reumatoïde artritis (schaalscore van 5 items)	23,2	36,5	40,2
Zorg rondom staaroperatie (1 item)	21,7	31,1	47,2

Het aandeel diabetespatiënten dat afstemming of samenwerking bij diabeteszorg mist, is groter en verschilt nogal per betrokken zorgverlener. Bij de huisarts ervaart een kwart van de patiënten een gebrekkige afstemming en samenwerking, bij de verpleegkundige is dat iets meer en bij de internist en de diëtist aanzienlijk meer (zie *tabel 5.2.3*). Deze evaluaties kunnen natuurlijk niet los worden gezien van de rol van de betreffende zorgverlener bij de coördinatie van zorg.

Tabel 5.2.3: Afstemming/samenwerking bij diabeteszorg, in 2005 (%) (Bron: Rupp et al., 2006)

Afstemming door andere zorgverleners ontvangen zorg (1 item):	nee	ja
Door huisarts	26,8	73,2
Door internist	70,4	29,6
Door verpleegkundige	37,1	62,9
Door diëtist	74,1	25,9

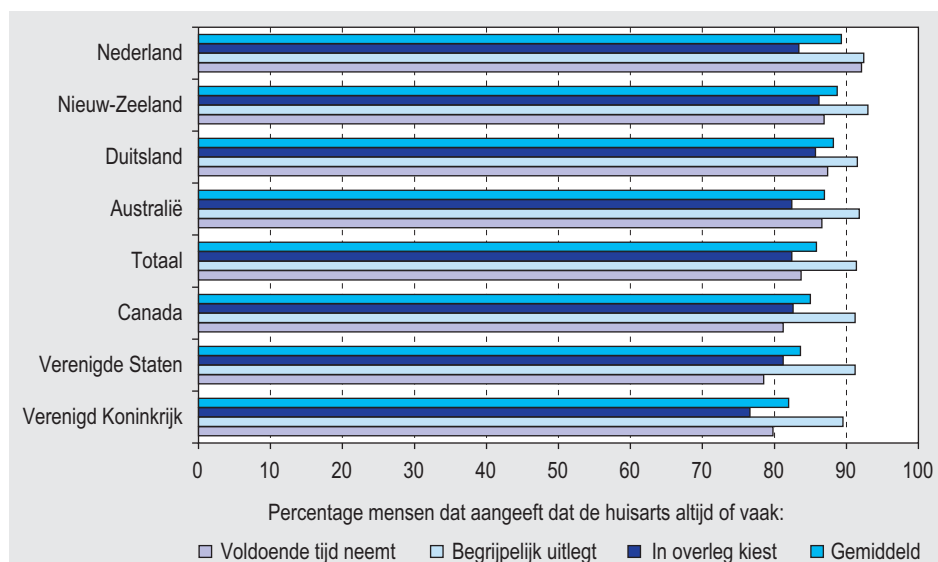
5.2.3.3. Bejegening van patiënten

De meeste zorggebruikers zijn positief over de wijze waarop zorgverleners hen bejegenen; dit geldt voor zowel de curatieve als de langdurige zorg

Met 'bejegening van patiënten' bedoelen we de manier waarop zorgverleners zich gedragen tegenover de patiënt. Direct of indirect heeft bejegening altijd betrekking op communicatie: treedt de zorgverlener de patiënten met respect tegemoet, geeft hij ze een goede uitleg, neemt hij voldoende tijd? Hier gaan we in op de bejegening van patiënten in de huisartsenzorg, ziekenhuizen en in de langdurige zorg.

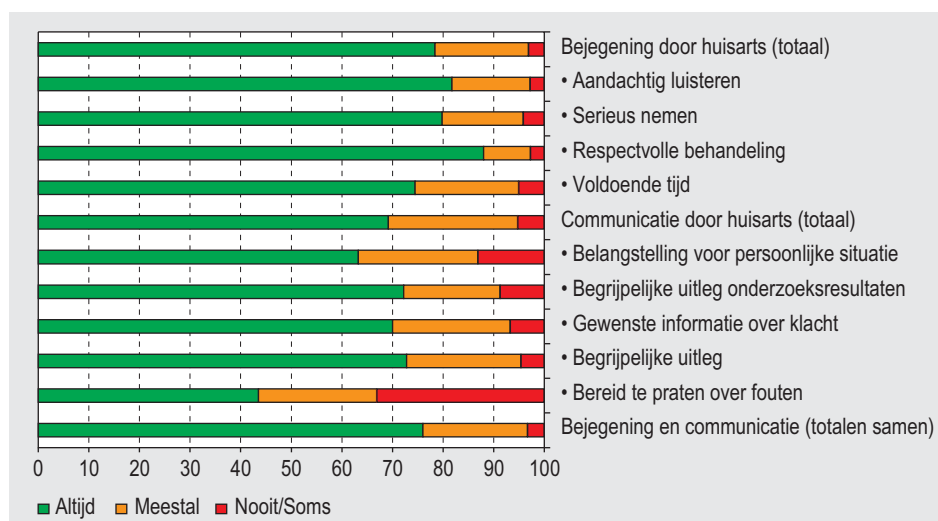
Negen van de tien mensen zijn positief over de bejegening door de huisarts

In vergelijking met zes andere landen zijn Nederlanders het meest positief over de bejegening door hun huisarts, maar ook de andere landen scoren hier hoog (zie *figuur 5.2.8*). De meeste mensen vinden dat de huisarts een begrijpelijke uitleg geeft, doorgaans voldoende tijd neemt en in overleg keuzes maakt. Over dat laatste punt is men echter het meest kritisch.



Figuur 5.2.8: Patiëntgerichte bejegening door de huisarts volgens patiënten, per land, in 2007 (%) (Bron: Grol en Faber, 2007; Schoen et al., 2007).

Ook uit een (regionaal) Nederlands onderzoek in huisartspraktijken bleek dat patiënten zeer positieve ervaringen hebben met de bejegening en communicatie door de huisarts (Meuwissen et al., 2008). Ruim 95% rapporteert positieve ervaringen (zie *figuur 5.2.9*). Meer dan negen van de tien patiënten voelen zich serieus genomen, geven aan dat de huisarts aandachtig luistert en zaken begrijpelijk uitlegt.



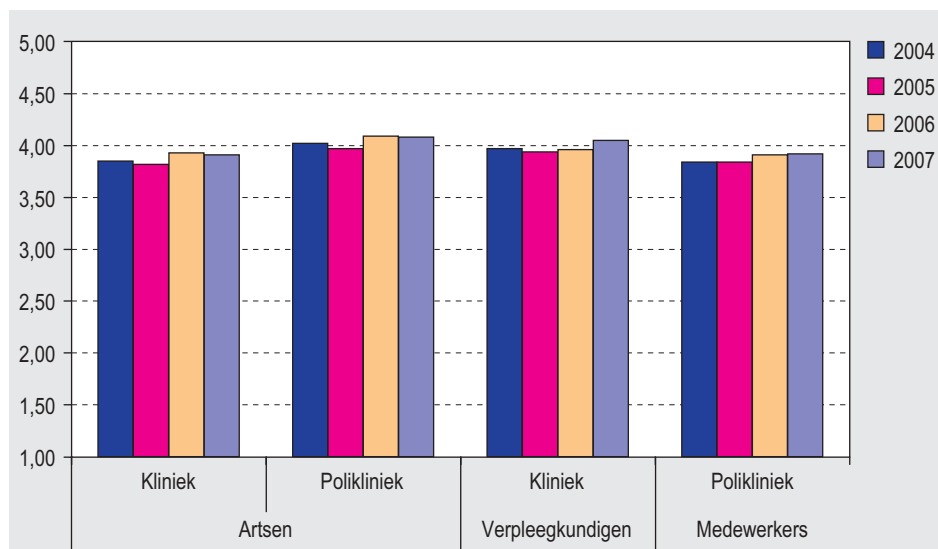
Figuur 5.2.9: Ervaringen van patiënten met patiëntgerichte bejegening en communicatie door de huisarts, in 2007 (%) (Bron: Meuwissen et al., 2008).

Patiënten zijn tevreden over persoonlijke aandacht in ziekenhuizen

Uit een onderzoek naar de persoonlijke aandacht in ziekenhuizen in de periode 2004-2007 blijken patiënten hierover gemiddeld 'duidelijk tevreden' (schaalscore 4). Dat geldt voor de bejegening door zowel artsen als verpleegkundigen /polikliniek-medewerkers en in zowel de kliniek als de polikliniek. De tevredenheid over de verschillende subgroepen veranderde nauwelijks in de jaren 2004-2007 (zie *figuur 5.2.10*). De grootte van het ziekenhuis en het geslacht van de patiënt blijken niet van invloed te zijn op de tevredenheid. Wel oordelen mensen van 60 jaar en ouder iets positiever dan jongere mensen, maar deze verschillen blijken zeer klein. In de kliniek zijn jongeren iets meer tevreden over verpleegkundigen dan over artsen terwijl in de polikliniek zowel oudere als jongere patiënten iets meer tevreden zijn over artsen dan over polikliniekmedewerkers (Prismant, 2007).

(Vertegenwoordigers van) zorggebruikers in de langdurige zorg zijn positief over de manier waarop zorgverleners hen bejegenen

Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, hun vertegenwoordigers en cliënten die zorg thuis ontvangen (door een thuiszorginstelling of een verzorgingshuis) hebben over het algemeen positieve ervaringen met de bejegening door zorgverleners (zie *tabel 5.2.4*). De ervaringsscores voor de drie groepen liggen tussen 3,38 en 3,53, wat overeenkomt met een midden tussen meestal (3) en altijd (4) positief (Wiegers et al., 2007). Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgcliënten werden gevraagd of zorgverleners aandachtig luisteren, bereid zijn te praten, goed antwoord geven op vragen, dingen begrijpelijk uitleggen en of ze de bewoner beleefd en met respect behandelen. Vertegenwoordigers werden gevraagd of zorgverleners de bewoner met respect behandelen, bereid zijn te praten met de vertegenwoordiger en of zorgverleners goed antwoord geven op vragen.



Figuur 5.2.10: Gemiddelde tevredenheidsscores van patiënten over de aandacht die zij krijgen van zorgverleners, 2004-2007 (schaal 1 – 5) (Bron: Prismant, 2007).

Tabel 5.2.4: Ervaren bejegening in verpleging en verzorging en zorg thuis, in 2006 (gemiddelde ervaringsscores; schaal 1-4) (Bron: Wiegers et al., 2007).

	Gemiddelde ervaringsscore
Bewoners verpleeg- en verzorgingshuizen	3,38
Vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen	3,44
Clënten zorg thuis	3,53

Ook in de gehandicaptenzorg rapporteren cliënten en hun vertegenwoordigers vooral positieve ervaringen (PWC, 2007). Een goede bejegening betekent hier dat cliënten en hun vertegenwoordigers serieus worden genomen, dat er voldoende rekening wordt gehouden met hun wensen, en dat medewerkers voldoende tijd voor hen hebben en afspraken nakomen. Voor cliënten betekent dit bovendien dat medewerkers zaken op een begrijpelijke manier uitleggen en dat zij zich aan afspraken houden die in het zorgplan staan. De gemiddelde benchmarkscores voor bejegening (op een schaal van 1-100) liggen ruim boven de gemiddelde totaalscores van de organisaties. De gemiddelde scores voor bejegening wijken ook niet veel af van de hoogste en laagste scores voor bejegening (zie tabel 5.2.5).

Tabel 5.2.5: *Ervaren bejegening in de gehandicaptenzorg, in 2006 (benchmarkscores; schaal 1 – 100)*
(Bron: PWC, 2007).

	Gemiddeld	Hoogst	Laagst	Gemiddelde totaalscores van organisaties
Clënten	80,9	85,3	75,1	77,3
Vertegenwoordigers volwassenen	84,3	91,7	79,4	79,4
Vertegenwoordigers jeugd	87,4	91,1	80,7	82,2

Conclusie

De zorg volgens burgers

Nederlandse burgers zijn overwegend positief over de gezondheidszorg, hoewel het vertrouwen nogal verschilt tussen de verschillende onderdelen van de zorg. Zo bestaat over de curatieve zorg een veel positiever beeld dan over de langdurige zorg. Men is zeer positief over zorgverleners, minder positief over zorginstellingen en het minst positief over het gezondheidszorgsysteem. Opvallend is hierbij wel dat men ondanks een kritisch oordeel over het zorgsysteem wel veel vertrouwen heeft in de betaalbaarheid van zorg.

De zorg volgens zorggebruikers

De Nederlandse zorg is vraaggerichter dan in de meeste Europese landen. Dat blijkt uit een internationaal onderzoek naar responsiviteit. We zijn in dit hoofdstuk vervolgens dieper ingegaan op drie terreinen waarover patiëntervaringen bekend zijn: toegankelijkheid, bejegening en coördinatie. Zorggebruikers beoordelen de toegankelijkheid en bejegening zeer positief, op het vlak van coördinatie zijn de resultaten duidelijk minder positief.

Toegankelijkheid

Nederlanders ervaren de zorg doorgaans als toegankelijk; wachttijden, kosten of afstand vormen zelden een groot probleem. De meeste mensen worden snel en adequaat geholpen bij een acute hulpvraag en meestal kunnen mensen snel een afspraak maken met een zorgverlener. Bovendien hoeft men in het dichtbevolkte Nederland voor zorg zelden ver te reizen; negen van de tien mensen ervaren de reistijd dan ook niet als een probleem. In ziekenhuizen ervaren de meeste patiënten geen personeels tekort, maar in verpleeg- en verzorgingshuizen vinden bewoners dat de beschikbaarheid van personeel te wensen over laat.

Bejegening

Over het algemeen zijn zorggebruikers positief over de manier waarop zij bejegend worden door zorgverleners. Negen van de tien mensen zijn positief over de bejegening door de huisarts. Ook patiënten van ziekenhuizen zijn overwegend positief. Zorggebruikers en hun vertegenwoordigers in de langdurige zorg hebben ook positieve ervaringen met de wijze waarop zij worden bejegend.

Coördinatie

De coördinatie van zorg is voor verbetering vatbaar. Volgens patiënten werkt de huisarts vooral goed samen met zorgverleners binnen de eerste lijn, maar minder goed met de specialist en het ziekenhuis. In vergelijking met zes andere landen helpt de huisarts(praktijk) in Nederland minder vaak met de coördinatie van zorg die de patiënt van andere artsen ontvangt en voorziet deze de specialist iets minder van relevante medische informatie. Ook ervaren patiënten in Nederland weinig coördinatie rond medicijngebruik in vergelijking met andere landen: bij ontslag uit het ziekenhuis wordt maar bij zes van de tien patiënten over medicijngebruik gesproken en ruim vier van de tien hebben het afgelopen jaar hun medicijnen doorgenomen met een zorgverlener. Bij opname in het ziekenhuis wordt meestal wel gevraagd naar gebruikte medicijnen.

In verpleeg- en verzorgingshuizen hebben bewoners te maken met verschillende zorgverleners (zoals verpleegkundigen, arts, fysiotherapeut); één op de zes bewoners ervaart hierbij een gebrekkige onderlinge afstemming.

Bij de zorg rondom een specifieke aandoening zijn verschillende zorgverleners betrokken; een goede afstemming en coördinatie is juist hier van belang. Hier blijkt echter dat minstens één op de vijf patiënten voldoende afstemming mist .

Tenslotte

In dit hoofdstuk is een grote hoeveelheid informatie gepresenteerd. Daaruit komt een gevarieerd beeld naar voren. Conclusies over patiëntervaringen verschillen al naar gelang de setting en het onderwerp waarover zorggebruikers oordelen. Er is veel positiefs te melden, maar natuurlijk is er ruimte voor verbetering. De meeste ruimte voor verbetering lijkt vooral te zitten op een hoger niveau; het organisatorische niveau (meso) en het systeemniveau (macro). Het gaat dan bijvoorbeeld om het functioneren van de organisatie, en de afstemming van zorg binnen, maar ook tussen instellingen. Vooral coördinatie, bijvoorbeeld bij medicijngebruik, vraagt om aandacht.

5.3 De doelmatigheid van de gezondheidszorg

Kernbevindingen

- Een aantal landen met lagere zorguitgaven halen vergelijkbare gezondheidsuitkomsten
- Er zijn landen met wezenlijk lagere zorguitgaven en vergelijkbare niveaus van vermijdbare sterfte
- Er is nog weinig inzicht in de mate waarin en de snelheid waarmee het zorgsysteem in staat is om nieuwe kosteneffectieve methoden toe te passen
- De gemiddelde ligduur voor acute zorg is in Nederland hoger dan het gemiddelde in westerse OECD-landen
- Een vergelijking tussen instellingen binnen Nederland leert dat ongeveer 14 à 15% reductie in verpleegdagen mogelijk is. In 2006 is er aanzienlijke variatie in verpleegduur zowel tussen ziekenhuizen als tussen specialismen
- Ongeveer 3% van de ziekenhuisopnames is vermijdbaar; dit aandeel daalde tussen 1995 en 2005
- In de ziekenhuizen daalde het percentage van de bezette bedden dat wordt bezet door mensen die wachten op vervolgzorg van 6,1% in 2001 naar 2,9% in 2004 en is daarna stabiel
- Het 'tekort' aan uren geleverde zorg in verpleeghuizen kan dalen van gemiddeld 15% (in 2005) naar een kleine 10% als alle instellingen een gemiddelde doelmatigheid weten te halen
- Internationale verschillen in kostprijzen van een aantal specifieke behandelingen worden weinig beïnvloed door efficiëntie verschillen

Na een periode van kostenbeheersing in de gezondheidszorg wint doelmatigheid de afgelopen jaren aan belangstelling. Deze trend is binnen en buiten Nederland zichtbaar (Cutler, 2002). Zo wordt in de VWS Beleidsagenda van 2008 voorgesteld om vanaf 2008 de onderlinge doelmatigheid van AWBZ-instellingen te meten en van doelmatige instellingen de norm te maken. Ook het geneesmiddelengebruik wordt aan een doelmatigheidstoets onderworpen (VWS, 2007a). Verder zijn de recente veranderingen in het zorgstelsel (zie *paragraaf 5.4*) mede ingezet om doelmatigheidsverbetering te bereiken. In meer algemene zin kan worden gezegd dat moet worden gewerkt aan een efficiënte publieke sector, onder andere vanwege de collectieve lastendruk van publieke uitgaven (Blank, 2005).

Wat is doelmatigheid?

Doelmatigheid, of efficiëntie, wordt veelal omschreven als de relatie tussen ingezette middelen en opbrengsten die met de ingezette middelen worden behaald. Het geeft de relatie weer tussen wat de zorg kost en wat het opbrengt. Daarmee onderscheidt het concept zich van kostenbeheersing, dat louter is gericht op het reduceren van de middelen, ook al leidt dit tot een slechtere verhouding tussen middelen en opbrengsten.

Idealiter worden de opbrengsten gemeten in termen van uitkomsten zoals gezondheidsverbetering (Rijksbegroting, 2007). Er bestaan verschillende definities van doelmatigheid die tussen wetenschapsgebieden verschillen. Daarom staan de in dit hoofdstuk gebruikte definities toegelicht in het onderstaande tekstblok.

<i>Technische efficiëntie</i>	Maximale opbrengst bij gegeven gebruik van middelen, of minimale gebruik van middelen bij gegeven opbrengst (Jacobs, 2006). Bijvoorbeeld: zoveel mogelijk gezondheid bij een bepaalde inzet van middelen.
<i>Allocatieve efficiëntie</i>	Optimale mix van middelen gegeven de waarde van de middelen bij een gegeven opbrengst. Of omgekeerd: de optimale mix van opbrengsten gegeven de waarde van de opbrengsten en bij een bepaalde inzet van middelen (Coelli, 2005; Jacobs, 2006). <i>Tabel 5.3.1</i> toont bijvoorbeeld een aantal verschillende opbrengsten op systeemniveau met hun waarde.
<i>Dynamische efficiëntie</i>	Mate waarin het zorgsysteem in staat is om nieuwe kosteneffectieve methoden toe te passen, bijvoorbeeld gemeten met behulp van adoptie-/diffusiesnelheid van innovaties in het zorgstelsel.

Voor het bestuderen van doelmatigheid zijn de volgende vragen essentieel: ‘wat zijn de doelen van zorg’, ‘wat is de prestatie op elk van de doelen’ en ‘wat is de relatieve waarde van elk doel?’ (Jacobs, 2006). Recent onderzoek naar verschillende doelen wordt in het eerste deel van dit hoofdstuk samengevat. Hierbij is gebruik gemaakt van de best bruikbare internationale data in combinatie met ‘state of the art’ analysetechnieken.

Het onderzoek naar de prestaties op doelen zoals gezondheid wordt aangevuld met onderzoek waarin de relatie tussen middelen en opbrengsten mogelijk minder wordt verstoord door achterliggende factoren. Een voordeel van dit type onderzoek is dat het meer inzicht kan geven in waar mogelijke verbeteringen in efficiëntie te halen zijn. Daarnaast zijn de resultaten veelal gemakkelijker te vertalen in beleid. We gaan hierbij in op onderzoeken binnen specifieke sectoren (zoals de ziekenhuissector en de ouderenzorg) en bestuderen daarbij ook verschillende indicatoren, zoals de ligduur. De ligduur in ziekenhuizen wordt soms gebruikt als indicator van efficiëntie in ziekenhuizen (OECD, 2004). Een ander voorbeeld is de vermijdbare opnames in ziekenhuizen (vermijdbaar houdt hier in de behandeling van ziektes in het ziekenhuis terwijl behandeling in de eerstelijns zou moeten plaatsvinden). 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.

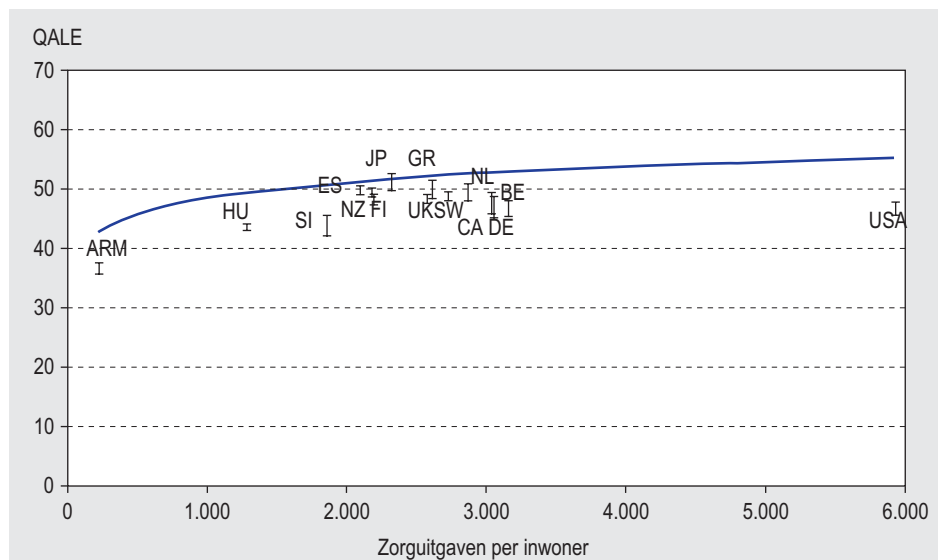
Een betere prestatie op een indicator van doelmatigheid of zelfs verhoging van de doelmatigheid binnen bijvoorbeeld de ziekenhuissector leidt echter niet per definitie tot verhoging van de efficiëntie op macroniveau. Efficiëntie op macroniveau wordt ook beïnvloed door de aansluiting tussen sectoren en keuzes/substitutie van bestedingen tussen sectoren, immers lagere bestedingen in de ene sector kunnen leiden tot hogere bestedingen in een andere sector. Daarom blijven metingen van de doelen op macroniveau onontbeerlijk.

Doelmatigheid op macroniveau

Een aantal landen met lagere zorguitgaven halen vergelijkbare gezondheidsuitkomsten

Het verbeteren van de volksgezondheid is de bestaansreden van ons zorgsysteem. Dit doel kan worden bestudeerd met een samenvattende volksgezondheidsmaat die levensverwachting (sterfte) combineert met kwaliteit van leven gedurende het leven (WHO, 2003). Het doel is daarbij zowel het aantal levensjaren te verhogen als de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven tijdens de levensjaren te verbeteren.

Figuur 5.3.1 geeft voor een aantal landen de levensverwachting, gecorrigeerd voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, ten opzichte van de zorguitgaven weer. De 'grenscurve' geeft daarbij een indicatie van de maximaal haalbare gezondheid afhankelijk van de zorguitgaven per inwoner. De curve kan ook gebruikt worden om te bepalen of hetzelfde gezondheidsniveau bereikt kan worden met een lager zorguitgavenniveau. De curve is gebaseerd op de prestaties van het best presterende zorgstelsel. Omdat de keuze van landen het gevolg is van beperkte beschikbaarheid van data, zou de werkelijke grenscurve hoger of meer naar links kunnen liggen. Ten opzichte van de grenscurve blijkt Nederland met vergelijkbare bestedingen meer gezondheid te kunnen 'produceren' en dezelfde gezondheid te kunnen behalen met lagere uitgaven. Dit geeft een indicatie van de mate van technische efficiëntie.



Figuur 5.3.1: Levensverwachting gecorrigeerd voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (op 20-jarige leeftijd, QALE) en zorguitgaven per inwoner (\$, gecorrigeerd voor prijsverschillen tussen landen), in 2004 (Bron: WHO, 2007b; EuroQoL, 2007; databewerking RIVM).

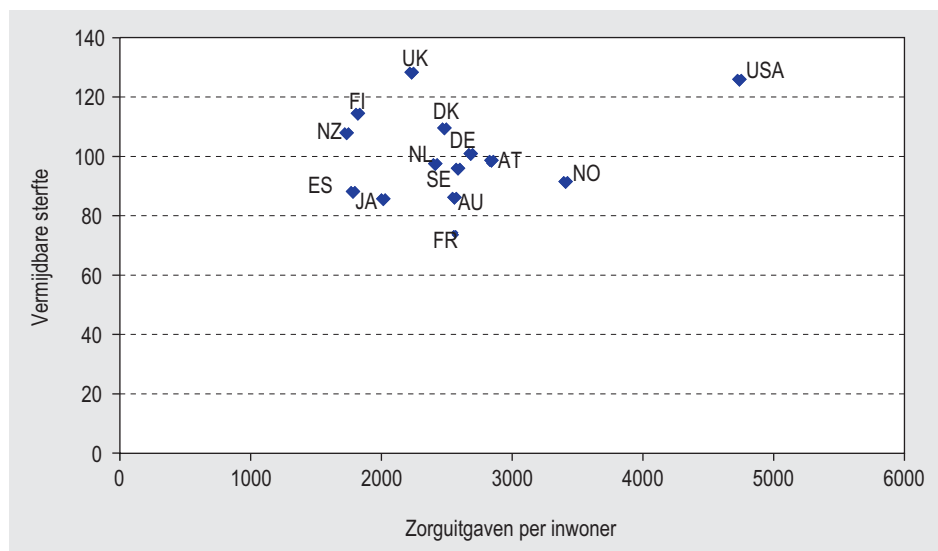
Er zijn landen met wezenlijk lagere zorguitgaven en vergelijkbare niveaus van vermijdbare sterfte

Een nadeel van een algemene gezondheidsmaat als levensverwachting is dat deze mede wordt bepaald door factoren buiten het zorgstelsel, bijvoorbeeld door omgevingsfactoren, genetische kenmerken en leefstijl (Lalonde, 1974). Een maat waar de invloed van zorg directer naar voren komt, is vermijdbare sterfte. In reactie op het World Health rapport uit 2000 waarin gezonde levensverwachting als uitkomstmaat werd gebruikt (WHO, 2000), werd vermijdbare sterfte genoemd als een mogelijk alternatieve maat waarmee de bijdrage van zorg aan de gezondheid beter kan worden gemeten (Nolte, 2003). Vermijdbare sterfte geeft inzicht in de sterfte aan ziektes die binnen de huidige stand van de zorg en de wetenschap effectief behandeld kunnen worden. Binnen de huidige gezondheidszorg zouden aan deze ziektes geen mensen hoeven te overlijden. In deze studie is gebruik gemaakt van een in de literatuur gangbare definitie van vermijdbare sterfte (Nolte, 2004). Voor 14 landen zijn de ontwikkelingen in vermijdbare sterfte gemeten tussen 1996 en 2004 (op basis van WHO, 2007b, databewerking RIVM). Er is hier niet gecorrigeerd voor het vóórkomen van ziektes in een land. Het is overigens de vraag in hoeverre je hiervoor moet corrigeren. Volgens de definitie van vermijdbare sterfte zijn deze ziektes te genezen (en dat is niet afhankelijk van hoe vaak het vóórkomt).

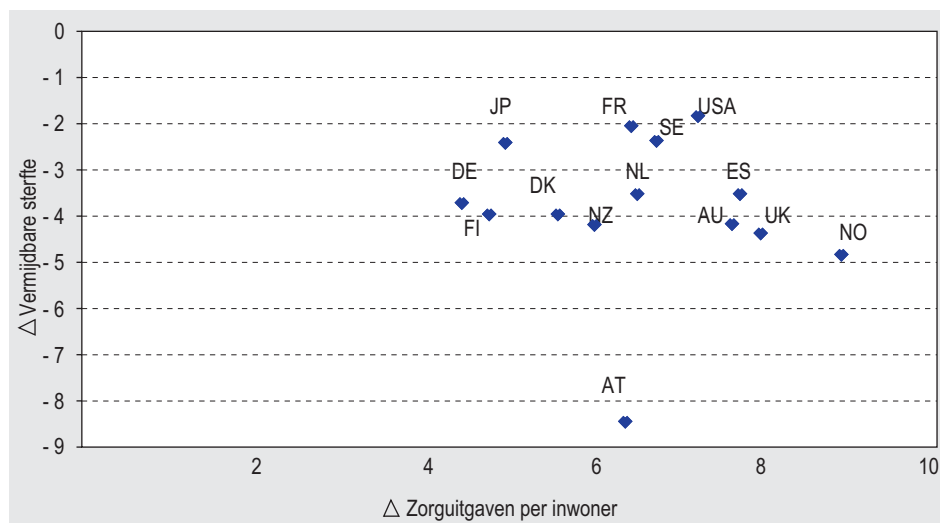
Uiteindelijk kan met deze score een indicatie van de technische efficiëntie worden gegeven. *Figuur 5.3.2* en *5.3.3* laten de scores in vermijdbare sterfte (gestandaardiseerd voor leeftijd) in relatie tot zorguitgaven zien. Uit *figuur 5.3.2* en *5.3.3* blijkt dat landen met hogere zorguitgaven niet altijd een lagere vermijdbare sterfte bereiken. De technische efficiëntie lijkt voor Nederland net als hierboven niet optimaal. *Figuur 5.3.2* laat zien dat er landen zijn die een vergelijkbare vermijdbare sterfte behalen met minder middelen en er ook landen zijn die minder vermijdbare sterfte behalen uit vergelijkbare middelen.

Figuur 5.3.3 laat zien hoe de gemiddelde jaarlijkse afname in vermijdbare sterfte zich verhoudt tot de gemiddelde jaarlijkse groei in zorguitgaven (tussen 1996 en 2004). *Figuur 5.3.3* laat zien dat de vermijdbare sterfte over de tijd in al deze landen afneemt. Wederom lijkt Nederland de gemiddelde groei in zorguitgaven niet optimaal in te zetten voor een daling in de gemiddelde vermijdbare sterfte: de daling in vermijdbare sterfte is iets lager dan gemiddeld. Landen als Duitsland, Finland en Denemarken halen met een lagere stijging in zorguitgaven een vergelijkbare daling in vermijdbare sterfte.

Nog specifiekere uitkomstmaten van zorg zijn te vinden in *paragraaf 2.3*. In *figuur 5.3.4* is hieruit de score per land op 30-dagen ziekenhuissterfte genomen en afgezet tegen de zorguitgaven. Deze score ligt voor elk land tussen nul (laagst mogelijke sterfte) en één (hoogst mogelijke sterfte), en bevat de 30-dagen ziekenhuissterfte voor een aantal veel voorkomende levensbedreigende aandoeningen (myocardinfarct, hersenbloeding en beroerte). In de figuur zijn alleen uitgaven aan ziekenhuiszorg meegenomen. Door deze specifieke groep uitgaven te selecteren kan een betere inschatting worden

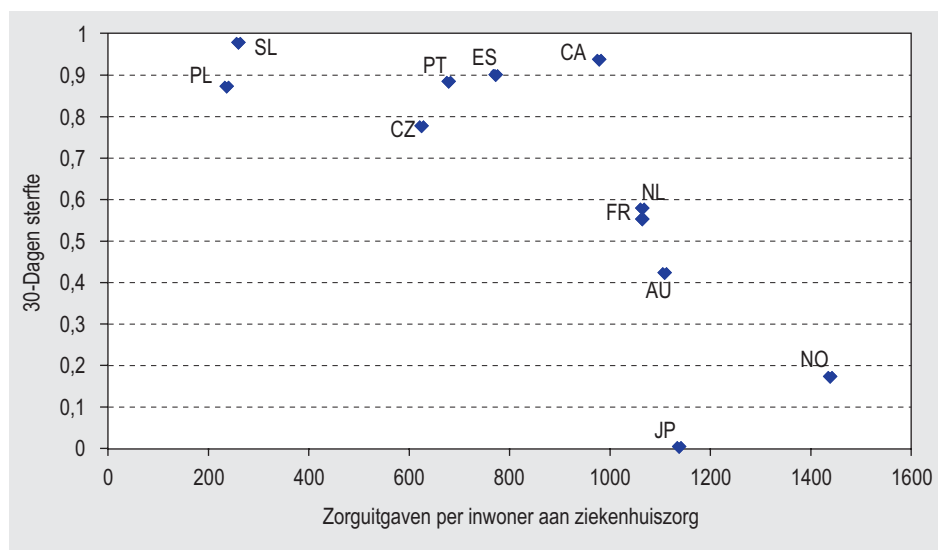


Figuur 5.3.2: Zorguitgaven per inwoner (\$, gecorrigeerd voor prijsverschillen tussen landen) en vermijdbare sterfte (per 100.000 inwoners, onder 75 jaar), 2003 (Bron: WHO, 2007b; OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).



Figuur 5.3.3: Gemiddelde jaarlijkse groei in vermijdbare sterfte en zorguitgaven (%), 1996-2004 (Bron: WHO, 2007; OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

gemaakt van efficiëntie binnen de curatieve zorg. Uit *figuur 5.3.4* blijkt dat Australië, Japan, Noorwegen en in mindere mate Frankrijk betere uitkomsten hebben, terwijl alleen in Noorwegen de uitgaven wezenlijk hoger zijn.



Figuur 5.3.4: 30-dagen sterfte en zorguitgaven per inwoner aan ziekenhuiszorg (\$, gecorrigeerd voor prijsverschillen tussen landen), in 2004 (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

Hoewel het verbeteren van de volksgezondheid de bestaansreden van het zorgstelsel is, is het niet zo dat het zorgstelsel geen andere doelen heeft (WHO, 2003). Naast het gemiddelde gezondheidsniveau is ook een rechtvaardige verdeling van gezondheid een belangrijk doel. Gezondheid vormt voor ieder mens een belangrijke voorwaarde voor het kunnen benutten van zijn capaciteiten en het nastreven van zijn doelen. Een (sociaal) rechtvaardige samenleving moet daarom niet alleen aandacht schenken aan het gemiddelde gezondheidsniveau, maar ook aan de verdeling van gezondheid (Sen, 2002). Naast de gezondheidsdoelen kent het zorgstelsel ook doelen die meer betrekking hebben op het zorgproces. Niet alleen de uitkomst maar ook het zorgproces zelf levert nut op (door het geven van vertrouwen, goede communicatie, waardigheid in behandeling, directe beantwoording van zorgvraag). Goede klantervaringen leveren nut op ook als deze geen positief effect hebben op de gezondheidsuitkomst. Verder kan de financiering van de zorg zelf onrechtvaardige consequenties hebben. Daarbij wordt veelal gesteld dat het onrechtvaardig is als mensen door hun financiële bijdragen aan het zorgstelsel financieel in problemen komen (WHO, 2003).

Zoals in het tekstblok is aangegeven, gaat *allocatieve efficiëntie* over de optimale mix van opbrengsten. De optimale mix is afhankelijk van de waarde die aan verschillende doelen ten opzichte van elkaar wordt gehecht. In een recentelijk uitgevoerde pilot-studie door het RIVM werd respondenten gevraagd de vijf hierboven genoemde doelen tegen elkaar af te wegen.

Tabel 5.3.1 laat zien dat de verdeling van gezondheid het hoogste gewicht krijgt, gevolgd door het niveau van gezondheid en financiële rechtvaardigheid. Klantgerichtheid kreeg een lager gewicht. De respondenten waren in deze studie veelal experts

Tabel 5.3.1: Relatieve waarde van zorgsysteem doelen (%) (Bron: Franken, 2008).

	Niveau	Verdeling
Gezondheid	29	34
Klantervaringen	7	6
Financiële rechtvaardigheid	-	24

Tabel 5.3.2: Uitkomsten voor levensverwachting, ongelijkheid in levensverwachting en klantervaring, in 2002 en 2005 (Bron: WHO, 2002; WHO, 2007b; databewerking RIVM).

	Levensverwachting (2005)		Ongelijkheid (2002)	Klantervaring (2002)
	Vrouw	Man		
Duitsland	82.0	76.5	0.085	0.655
Finland	82.4	75.7	0.090	0.740
Frankrijk	83.9	76.8	0.092	0.711
Griekenland	82.1	76.9	0.082	0.637
Israël	82.2	78.1	0.083	0.620
Italië	83.8	77.9	0.083	0.526
Nederland	81.3	76.9	0.082	0.658
Noorwegen	82.4	77.5	0.082	0.674
Portugal	81.5	74.9	0.091	0.540
Spanje	83.6	76.9	0.085	0.611
Verenigd Koninkrijk	81.1	76.6	0.087	0.679
Zweden	83.0	78.7	0.077	0.696

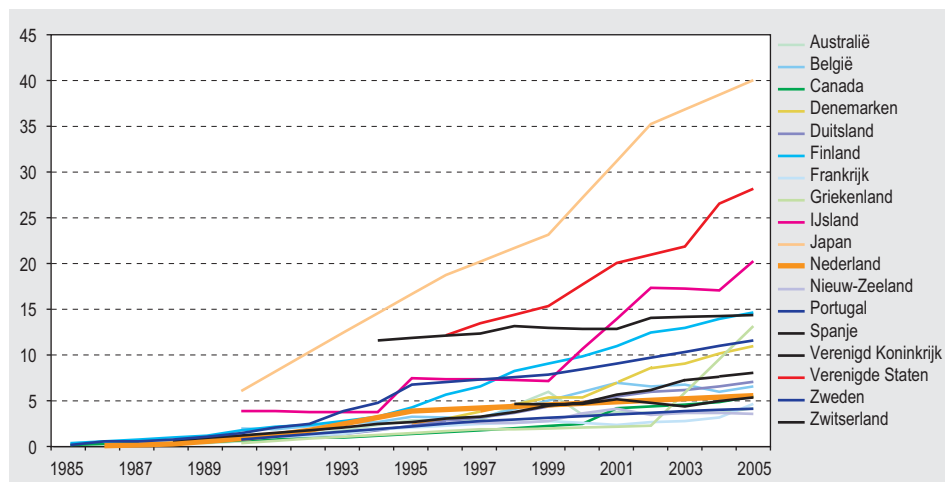
(hoogopgeleide beleidsmedewerkers in de zorgsector). Hoewel deze selectie een vertekening kan geven, blijkt uit andere studies dat de preferenties weinig verschillen tussen de algemene bevolking en een selecte groep 'experts' (Gakidou, 2003). Toekomstig onderzoek kan uitwijzen of de voorkeuren van experts en de algemene bevolking ook overeenkomen in Nederland. In tabel 5.3.2 worden de levensverwachting van mannen en vrouwen, de ongelijkheid in levensverwachting en de gemiddelde klantervaring weergegeven. De levensverwachting voor vrouwen is relatief laag en voor mannen gemiddeld (WHO, 2007b). De verschillen in ongelijkheid zijn relatief klein en de score op het gebied van klantervaring is voor Nederland net bovengemiddeld (WHO, 2002; databewerking RIVM). De scores voor klantervaring zijn gecorrigeerd voor verschillen in referentiekader.

Er is nog weinig inzicht in de mate waarin en de snelheid waarmee het zorgsysteem in staat is om nieuwe kosteneffectieve methoden toe te passen

De voorgaande vormen van efficiëntie waren vooral statisch van aard; ze meten de efficiëntie op één moment in de tijd. Over de tijd kunnen zorgsystemen zich aanpassen aan veranderende technologieën en inzichten. De mate waarin zorgsystemen nieuwe kosteneffectieve technologieën opnemen en toepassen wordt uitgedrukt in de mate

van *dynamische efficiëntie*. De mate van dynamische efficiëntie kan bestudeerd worden aan de hand van investeringen in R&D, maar vooral ook aan de hand van de verspreidingssnelheid van innovaties. In paragraaf 2.7 bleek dat Nederland 0,1% van het bbp uitgeeft aan farmaceutische R&D en dat het gebruik van weinig-invasieve technieken op een gemiddeld EU-15 niveau ligt. Hiermee valt echter nog onvoldoende te zeggen over de algemene verspreidingssnelheid van innovaties. *Figuur 5.3.5* kan als voorbeeld dienen. Het gebruik van MRI scanners over de jaren wordt hierin naar voren gebracht. Een sterke toename in het gebruik van MRI-scanners is een verbetering als MRI-scanners ook een kosteneffectieve toepassing zijn.

Er kan een zekere mate van spanning ontstaan tussen dynamische en statische efficiëntie (Jena, 2007). Op het moment dat investeringen in nieuwe verbeterende technologie leiden tot hogere prijzen (gerelateerd aan hoge R&D kosten) leidt dit tot een verslechtering van de statische efficiëntie. Deze hogere prijzen zijn echter wel nodig om investeringen op gang te brengen en de dynamische efficiëntie op termijn te verbeteren. Zo kunnen maximumprijzen voor nieuwe medicijnen de statische efficiëntie bevorderen, maar prikkels voor innovatie en dynamische efficiëntie worden hiermee wellicht afgeremd. Dergelijk beleid kan ook leiden tot 'liftersgedrag': een land kan profiteren van de ontwikkeling van nieuwe medicijnen maar laat andere landen de ontwikkelingskosten van die nieuwe medicijnen betalen. Er kan ook uitruil ontstaan tussen generaties: huidige investeringen in onderzoek kunnen ten koste gaan van huidige uitgaven aan zorg voor huidige patiënten en iets opleveren voor toekomstige patiënten (Jena, 2007).



Figuur 5.3.5: Gebruik van MRI scanners per miljoen inwoners, 1985-2005 (Bron: OECD Health Data 2007; databewerking RIVM).

Doelmatigheid van zorgaanbieders

De doelmatigheid op stelselniveau kan worden verbeterd door de doelmatigheid op mesoniveau, of zorgaanbiederniveau, te verbeteren. Daarom wordt hieronder een beeld gegeven van verschillen in doelmatigheid tussen zorgaanbieders. Het is daarbij belangrijk op te merken dat een toename van doelmatigheid van zorgaanbieders niet per definitie leidt tot een toename van doelmatigheid op stelselniveau, bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders minder goed samenwerken of bepaalde patiënten weren.

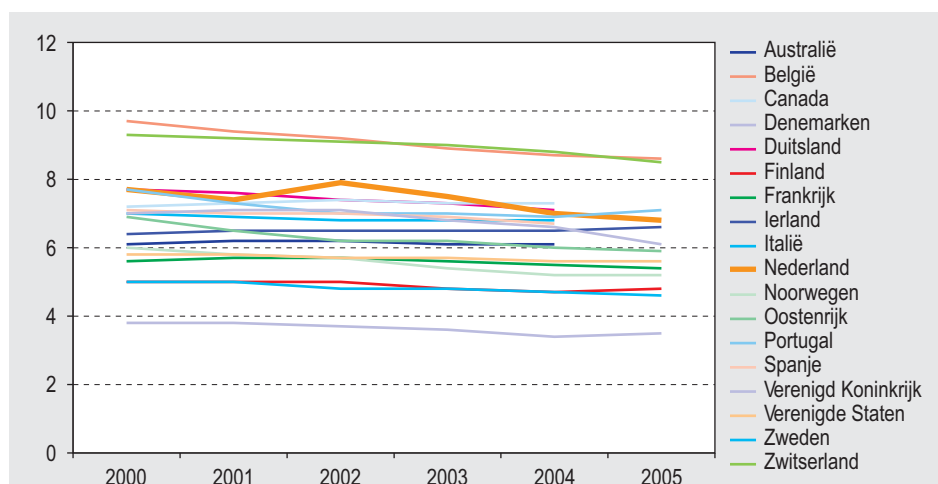
Binnen de ziekenhuissector wordt over het algemeen een gemiddelde inefficiëntie van 10 à 20% gevonden

Er zijn in Nederland verschillende studies uitgevoerd naar de efficiëntie binnen zorgsectoren, zoals de ziekenhuissector (Blank, 1998; Blank, 2004), verpleging- en verzorgingsinstellingen (Eggink en Blank, 2001) en de ambulancezorg (Van der Veen, 2001). Voor ziekenhuizen wordt over het algemeen een gemiddelde inefficiëntie van ongeveer 10 à 20% gevonden. Vaak kan slechts een klein gedeelte van de gevonden inefficiëntie worden verklaard uit kenmerken van ziekenhuizen. Daarnaast wordt de opbrengst in deze studies vaak gemeten in termen van het aantal opnames en/of de hoeveelheden intermediaire producten (zoals aantal verpleegdagen, verrichtingen). Hiermee wordt geen inzicht verkregen in de kwaliteit of uitkomst van zorg. De werkelijke opbrengst van zorg kan zowel hoger als lager zijn indien de kwaliteit en de werkelijke toegevoegde waarde van zorg beter worden benaderd (Atkinson, 2005).

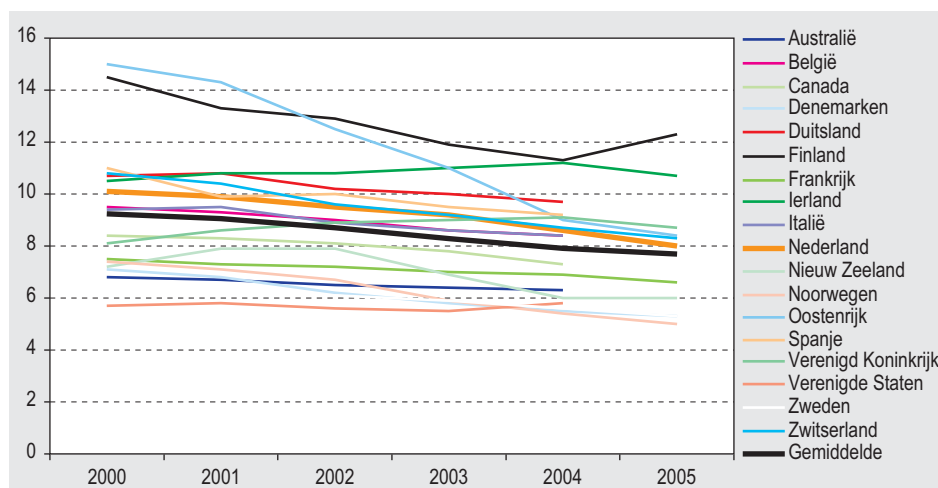
De gemiddelde ligduur voor acute zorg is in Nederland hoger dan het gemiddelde in westerse OECD-landen

Voor de ziekenhuissector wordt in sommige gevallen de ligduur gebruikt als indicator van efficiëntie (OECD, 2004). *Figuur 5.3.6* laat zien dat de ligduur voor acute zorg in ziekenhuizen in de meeste OECD-landen daalt tussen 2000 en 2005. Hierbij scoort Nederland bovengemiddeld. Hierbij vermeldt de OECD wel dat deze internationale vergelijking met enige voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd, vanwege mogelijke verschillen in de definitie van acute zorg. De uiteindelijke invloed van vermindering van ligduur op efficiëntie is afhankelijk van eventuele verhoogde intensiteit van zorg (en kosten) binnen de kortere ligduur, maar ook van de uitkomsten van zorg met kortere ligduur. Op systeemniveau komt hier bij dat het verkorten van de ligduur in ziekenhuizen een grotere druk kan leggen op andere zorgsectoren, vooral als mensen (onnodig) te vroeg uit het ziekenhuis worden ontslagen.

De OECD hanteerde in haar indicatorenlijst ook specifiek de ligduur na opname voor acuut myocard infarct (OECD, 2007b). *Figuur 5.3.7* laat zien dat deze ligduur tussen 2000 en 2005 iets boven het gemiddelde van de OECD-landen ligt, maar dat het verschil wel afneemt.



Figuur 5.3.6: Gemiddelde ligduur in dagen voor acute ziekenhuiszorg, 2000-2005 (Bron: OECD Health Data 2007).



Figuur 5.3.7: Ligduur in dagen na opname voor acuut myocard infarct in ziekenhuizen, 2000-2005 (Bron: OECD Health Data 2007).

Een vergelijking tussen instellingen binnen Nederland leert dat ongeveer 14 à 15% reductie in verpleegdagen mogelijk is. In 2006 is er aanzienlijke variatie in verpleegduur zowel tussen ziekenhuizen als tussen specialismen

Een reductie van de ligduur per patiënt kan leiden tot een verbetering van de doelmatigheid en een vergroting van de behandelcapaciteit van ziekenhuizen. Uit berekeningen van Prismant blijkt dat er binnen Nederland aanzienlijke variatie tussen ziekenhuizen en specialismen bestaat wat betreft verpleegduur van patiënten. In 2006 (2000) ligt de gemiddelde verpleegduur in het ziekenhuis met de langste verpleegduur 1,7 (2,5) keer hoger dan in het ziekenhuis met de kortste verpleegduur (gecorrigeerd voor verschillen in patiëntmix). Het aantal verpleegdagen blijkt met ongeveer 15% te

kunnen worden gereduceerd door: 1) het terugdringen van de verpleegduur in ziekenhuizen tot die van de ziekenhuizen (15^e percentiel ziekenhuis) met de kortste ligduur, en 2) klinische opnames die potentieel in aanmerking hadden kunnen komen voor dagverpleging ook daadwerkelijk in dagopname te behandelen.

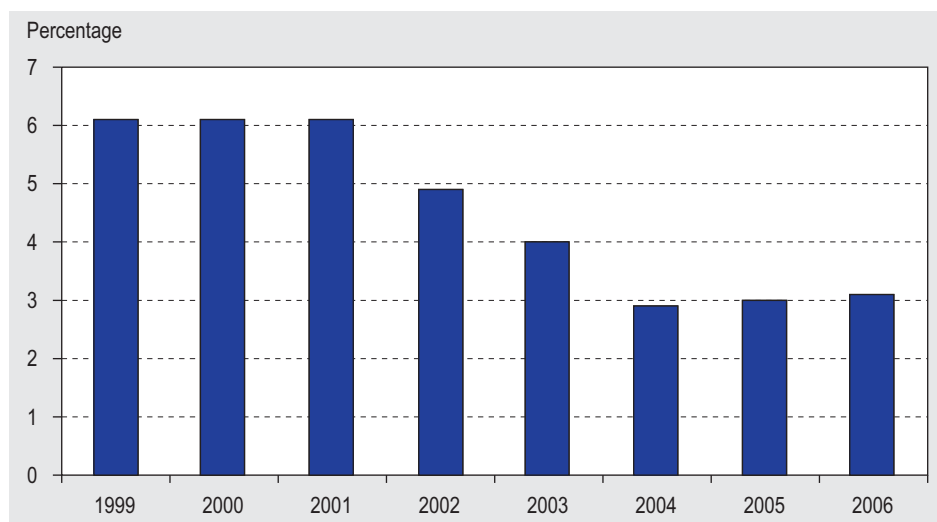
Ongeveer 3% van de ziekenhuisopnames is vermijdbaar; dit aandeel daalde tussen 1995 en 2005

Overbodige ziekenhuisopnames kunnen ook een indicatie zijn van inefficiënte zorg. Een opname is vermijdbaar wanneer voor de bepaalde ziekte, effectieve of toegankelijke eerstelijnszorg een relatief dure ziekenhuisopname had kunnen voorkomen. Ziekenhuisopnames voor een aantal ziektes (twaalf) worden in de literatuur gedefinieerd als 'vermijdbaar' (Weissman, 1992), bijvoorbeeld astma, koudvuur en longontsteking. Tussen 1995 en 2005 daalde het aandeel vermijdbare opnames van 3% tot 2,5% van het totaal aan ziekenhuisopnames (eigen berekening RIVM op basis van LMR). In absolute zin steeg het aantal vermijdbare opnames van 65.000 in 1995 naar ongeveer 83.000 in 2005. Het aandeel in het totaal daalt echter door een sterkere toename van het totale aantal opnames. Studies in Canada en de Verenigde Staten laten een hoger aandeel vermijdbare opnames zien (tussen 5% en 12%) (Kozak, 2001; Cloutier-Fisher, 2006). De verschillen met Nederland kunnen echter beïnvloed zijn door methodische verschillen.

Ook het NIVEL heeft onderzoek gedaan naar verrichtingen die sinds 2006 meer in de eerstelijns zouden moeten worden uitgevoerd. Sinds 2006 is er een module Modernisering en Innovatie (M&I) in de financiering van huisartsen ingevoerd, waarmee huisartsen gestimuleerd worden om bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen zelf uit te voeren. De uitgaven aan deze verrichtingen liggen tussen de €80 en €130 miljoen (Te Brake et al., 2007). Deze substitutie van tweedelijns naar eerstelijns kan een verbetering in efficiëntie opleveren. Uit een eerste evaluatie is gebleken dat de toename van kleine chirurgische ingrepen in de eerstelijns echter niet heeft geleid tot een geringere doorverwijzing naar de tweedelijns (Te Brake et al., 2007).

In de ziekenhuizen daalde het percentage van de bezette bedden dat wordt bezet door mensen die wachten op vervolgzorg van 6,1% in 2001 naar 2,9% in 2004 en is daarna stabiel

Verkeerd bezette bedden zijn ziekenhuisbedden waar patiënten liggen die wachten op vervolgzorg. Deze patiënten zijn medisch-specialistisch uitbehandeld en wachten op vervolgzorg bijvoorbeeld in een verpleeghuis. Een betere doorstroom kan de efficiëntie verhogen, aangezien mensen minder lang 'onnodig' ziekenhuisbedden bezetten. Uit berekeningen van Prismant blijkt dat het deel van de bezette ziekenhuisbedden dat wordt bezet door mensen die wachten op vervolgzorg tussen 2001 en 2004 is gedaald van 6,1% naar 2,9% en in 2006 uitkomt op 3,1% (zie *figuur 5.3.8*). Deze daling is waarschijnlijk beïnvloed door de start van transmurale afdelingen in een aantal ziekenhuizen (in samenwerking met verpleeghuizen) die de doorstroom richting vervolgzorg moeten verbeteren (Borghans en van Hartingsveld, 2007).



Figuur 5.3.8: Verkeerd bezette bedden ten opzichte van alle bezette bedden, 1999-2006 (%) (Bron: Prismant, 2007).

Het ‘tekort’ aan uren geleverde zorg in verpleeghuizen kan dalen van gemiddeld 15% (in 2005) naar een kleine 10% als alle instellingen een gemiddelde doelmatigheid weten te halen

In de langdurige zorg zijn efficiëntieonderzoeken zeldzamer dan in de curatieve zorg. Dit komt mede doordat de werkelijke opbrengst in de langdurige zorg lastiger te bepalen en te benaderen is. De NZa (NZa, 2006b) heeft de efficiëntie van verpleeghuizen in 2005 onderzocht aan de hand van het aantal uren geleverde zorg per cliënt per week. Hierbij is de kwaliteit van de zorg buiten beschouwing gelaten. Het werkelijke aantal uren geleverde zorg lag gemiddeld 15% onder het aantal uren geïndiceerde zorg. Als alle instellingen een gemiddelde doelmatigheid (aantal uren cliëntgebonden zorg per werknemer) zouden halen, zou dit percentage kunnen dalen naar een kleine 10%. In termen van het aantal uren geleverde zorg lijkt efficiëntieverbetering nog mogelijk.

Internationale verschillen in kostprijzen van een aantal specifieke behandelingen worden weinig beïnvloed door efficiëntie verschillen

Ook individuele interventies kunnen worden beoordeeld op hun efficiëntie. Hiervoor worden met regelmaat zogenaamde Kosten Effectiviteit Analyses (KEA's) uitgevoerd. Bij het toelaten van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe medische technologie spelen KEA's echter nog een beperkte rol (CPB, 2007b).

Een andere manier om de efficiëntie van specifieke interventies te beoordelen is het vergelijken van de kostprijs. Internationale verschillen zijn op deze manier onderzocht in het Health Basket project (Busse, 2008). In dit project zijn de kostprijzen van twaalf behandelingen vergeleken in negen EU-landen. Deze verschillen in kostprijzen kunnen aanwijzingen geven van technische en/of allocatieve inefficiëntie (wat betreft ingezette middelen) tussen landen en binnen landen. Hoewel de studie geen uitspra-

Tabel 5.3.3: Gemiddelde kosten per behandeling per aandoening in negen landen (€ gecorrigeerd voor prijsverschillen tussen landen), in 2005 (Bron: Busse, 2008).

	Vervanging heup	Beroerte	AMI	Blindedarm operatie	Staar
Denemarken	4401	2501	-	2011	602
Duitsland	6047	3283	2723	1826	741
Engeland	5274	5674	4647	1888	623
Frankrijk	5680	4038	5508	1887	909
Italië	6795	4465	7251	1589	1087
Nederland	5328	6533	5323	1804	500
Spanje	3965	2128	2050	654	611

ken doet over efficiëntie, zijn de verschillen in kostprijzen wel bruikbaar. Verschillen in kostprijzen werden namelijk vooral veroorzaakt door verschillen in gehanteerde behandeling en/of technologie en verschillen in prijsniveaus. Verschillen werden in mindere mate beïnvloed door al dan niet efficiënte inzet van personeel, bedden of materialen. De invloed op de uiteindelijke efficiëntie kan worden bepaald wanneer we meer weten over de effecten en uitkomsten van deze verschillen in behandelmethoden. Naast internationale verschillen kwamen ook aanzienlijke verschillen binnen landen naar voren.

Conclusie

Het thema doelmatigheid gaat in op de relatie tussen de ingezette middelen en de daarbij behorende opbrengsten in de zorg. Op macroniveau lijkt vooruitgang in technische efficiëntie mogelijk; er zijn landen die met lagere zorguitgaven vergelijkbare gezondheidsuitkomsten halen en er zijn landen die betere gezondheidsuitkomsten halen uit vergelijkbare middelen. Dit geldt bij globale maten, maar ook bij meer ‘zorgspecifieke’ maten als vermijdbare sterfte. Naast een verbetering van de gemiddelde gezondheid zijn er andere doelen die nagestreefd worden. De allocatieve efficiëntie kan worden bevorderd door de middelen op kosteneffectieve wijze te verdelen over de verschillende doelen. Daarbij blijkt niet alleen een hoge gemiddelde gezondheid van waarde, maar ook een gelijke verdeling van gezondheid, goede klantervaringen en een rechtvaardige verdeling van de lasten. Wat betreft de dynamische efficiëntie weten we nog te weinig over hoe snel in Nederland nieuwe methoden en technologieën worden verspreid.

Binnen de Nederlandse zorg zijn op verschillende punten indicaties van inefficiëntie aanwezig. Binnen de ziekenhuissector wordt over het algemeen een gemiddelde inefficiëntie van 10 à 20% gevonden. Verder lijkt de gemiddelde ligduur voor acute zorg in Nederland hoger te liggen dan het gemiddelde in westerse OECD-landen en is er een

aanzienlijke variatie in verpleegduur tussen instellingen en specialismen (gecorrigeerd voor verschillen in patiëntmix). Een vergelijking tussen instellingen binnen Nederland leert dat ongeveer 14 à 15% reductie in verpleegdagen mogelijk is. Dit levert een efficiëntieverbetering op mits gezondheidsuitkomsten hetzelfde (of beter) zijn en de kortere ligduur niet relatief duur is. Verder blijkt ongeveer 3% van de ziekenhuisopnames vermijdbaar op basis van de behandelde ziekte, waarbij het aandeel daalt tussen 1995 en 2005. Ook in de langdurige zorg lijken verschillen in het aantal uren geleverde zorg (gemiddeld 15% onder het aantal uren geïndiceerde zorg) gedeeltelijk samen te hangen met efficiëntie verschillen.

De vele recente veranderingen in het Nederlandse zorgsysteem zijn mede bedoeld om de efficiëntie van het systeem te bevorderen: oftewel meer waarde voor ingezette middelen. Zoals in *paragraaf 5.4* naar voren komt is het nu nog te vroeg om te kunnen zeggen of de veranderingen ook daadwerkelijk hebben geleid tot verbeteringen in uitkomsten, ook op het gebied van doelmatigheid. Wel is bekend dat de veranderingen bijvoorbeeld nog niet hebben geleid tot zorginkoop gericht op doelmatigheid, maar vooral tot zorginkoop gericht op een lage prijs (mogelijk ten koste van doelmatigheid). Daarnaast is er momenteel nog onvoldoende informatie over kwaliteit en uitkomsten van zorg (waar gereguleerde concurrentie plaatsvindt) om uitspraken te kunnen doen over de invloed op doelmatigheid.

5.4 Marktwerving en de effecten van de stelselwijziging

Kernbevindingen

- Zorgverzekeraars concurreren scherp op premie in 2006 en 2007
- Kwaliteit van ziekenhuiszorg speelt bij de zorginkoop nauwelijks een expliciete rol
- Concurrentie op inkoop ziekenhuiszorg wordt gehinderd door de afwezigheid van substantiële financiële risico's
- Het volume van behandelingen in het B-segment is in 2006 toegenomen met ongeveer 10%
- Systematische kwaliteitsinformatie is nog onvoldoende bruikbaar voor het beoordelen van zorgaanbieders
- Prijzen voor gecontracteerde ziekenhuiszorg (B-segment) zijn lager bij de zelfstandige behandelcentra
- Bedrijfsresultaat van zorgverzekeraars en zorginstellingen is negatief in 2006 en 2007
- Het aantal mensen dat in 2007 overstapt naar een andere zorgverzekeraar is hetzelfde als vóór 2006
- Er zijn geen aanwijzingen voor risicoselectie door verzekeraars in de basisverzekering

- Er wordt niet scherp onderhandeld bij de inkoop van huisartsenzorg
- Vijftien procent van de fysiotherapeuten verkoopt nieuwe zorgproducten aan verzekeraars
- De concurrentie tussen aanbieders van AWBZ-zorg is beperkt
- Uitgaven voor persoonsgebonden budget zijn van 2004 tot 2006 toegenomen met bijna 50%
- Nederlanders zijn onveranderd positief over ontvangen gezondheidszorg

Inleiding

Sinds 2005 heeft de overheid een aantal belangrijke maatregelen genomen om de marktwerking in de zorg te stimuleren. Met deze veranderingen wil de overheid zorgen dat de prijs-kwaliteitsverhouding van de zorg verbetert en dat de zorggebruiker kan kiezen welke zorg bij welke aanbieder wordt ontvangen (VWS, 2001).

In deze paragraaf beschrijven we hoe het is gesteld met de marktwerking. Alvorens over te gaan tot deze beschrijving, zal kort worden uitgelegd wat we precies onder marktwerking verstaan en welke beleidsontwikkelingen daarin belangrijk zijn geweest.

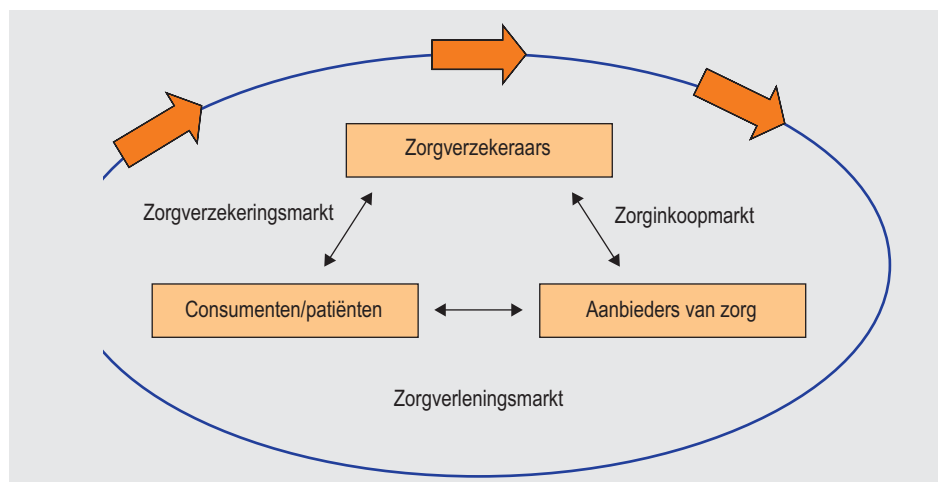
Marktwerking in de gezondheidszorg

In de gezondheidszorg zijn drie ‘marktpartijen’ te onderscheiden: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers. De markt is hiermee te verdelen in drie deelmarkten (zie *figuur 5.4.1*). 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* koopt de zorgverzekeraar zorg in bij zorgaanbieders;
- op de *zorgverzekeringsmarkt* sluiten patiënten verzekeringen af en bieden zorgverzekeraars verzekeringen aan.

Zorgverzekeraars zijn als vrager én als aanbieder op de markt actief.

Een kenmerk van marktwerking is dat *vragers* vrij zijn in de keuze waar zij een product afnemen en *aanbieders* vrij zijn in de aard van het geleverde product en de prijs daarvan. Vragers en aanbieders kunnen met elkaar onderhandelen en aanbieders concurreren met elkaar om de gunst van de afnemer. Als we dit vertalen naar de zorg, dan is er sprake van marktwerking als patiënten vrij zijn om te kiezen waar zij zorg afnemen of een zorgverzekering afsluiten en dat zorgverzekeraars vrij zijn bij wie zij zorg inkoopen. Zorgaanbieders op hun beurt zijn vrij in welke zorg zij aanbieden en tegen welke prijs en zorgverzekeraars zijn vrij in de verzekering die zij aanbieden en tegen welke prijs. Aanbieders (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) concurreren met elkaar door producten te bieden die beter en/of goedkoper zijn dan die van hun concurrent. In de gezondheidszorg is geen sprake van geheel vrije marktwerking maar van *gereguleerde* marktwerking. Dat betekent dat vragers en aanbieders weliswaar wat vrijheid



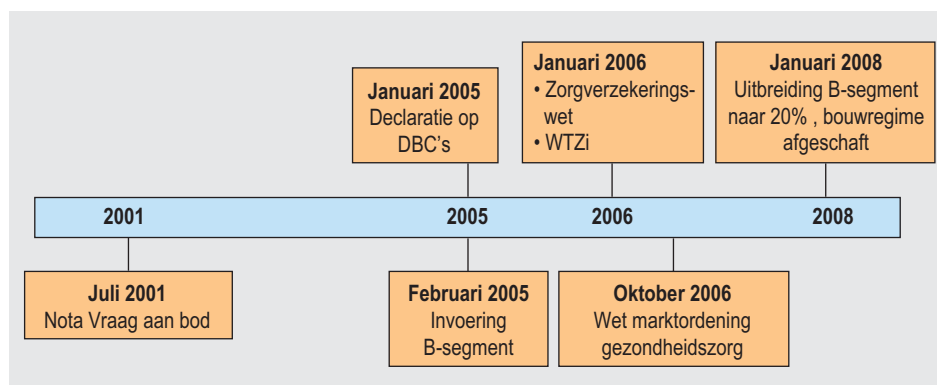
Figuur 5.4.1: Schematische weergave van de deelmarkten in de zorgmarkt.

hebben, maar dat die vrijheid wel is afgebakend door wetten en regels. Deze regulering is er om ongewenste effecten te voorkomen en de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te waarborgen. Voorbeelden daarvan zijn dat iedereen verplicht is een verzekering af te sluiten voor een basispakket en dat zorgverzekeraars verplicht zijn iedereen als klant te accepteren voor het basispakket.

De pijlen in *figuur 5.4.1* geven de richting aan waarin de zorgmarkt zich ontwikkelt. Voortgang hierin is afhankelijk van de rol die kwaliteit zal gaan spelen in de zorgmarkt.

Belangrijke beleidswijzigingen

Na het verschijnen van de nota 'Vraag aan bod' (VWS, 2001) heeft de overheid een aantal beleidswijzigingen doorgevoerd die het doel hadden de marktwerking te stimuleren. We beperken ons tot een aantal mijlpalen. Deze zijn op een tijdslijn weergegeven in *figuur 5.4.2*.



Figuur 5.4.2: Relevante beleidswijzigingen (Bron: EZ, 2008).

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 te declareren op basis van DBC's.

Invoering B-segment

Sinds 2005 is voor ongeveer 7% van de ziekenhuiszorg sprake van vrije prijzen (het zogenoemde B-segment). Verzekeraars onderhandelen in dit segment met zorgaanbieders over zowel prijzen als volume en kwaliteit van DBC's en krijgen in dit segment ruimte voor een sterkere rol als inkoper van zorg. Voor de rest van de ziekenhuiszorg (A-segment) stelt de NZa de hoogte van de prijzen vast; zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen in het A-segment alleen over het volume en de kwaliteit. In 2008 is het B-segment uitgebreid naar 20% van de ziekenhuiszorg.

In 2005 zijn ook de tarieven voor de fysiotherapie vrijgegeven. In de huisartsenzorg is sinds 2006 ook een klein deel van de zorg onderhandelbaar, de zogenaamde M&I-verrichtingen (modernisering en innovatie).

Invoering Zorgverzekeringswet en Wet zorgtoeslag

Met ingang van 1 januari 2006 werden in Nederland de Zorgverzekeringswet en de Wet zorgtoeslag ingevoerd. Met de komst van deze wetten is de manier waarop curatieve zorg wordt gefinancierd, ingrijpend veranderd. Deze wijziging van het ziektekostenstelsel wordt doorgaans aangeduid met de term stelselherziening of stelselwijziging. In dit stuk hanteren we verder de term stelselwijziging.

Wat is er precies veranderd met de stelselwijziging? We zetten de belangrijkste veranderingen op een rij:

- Het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering is verdwenen. In plaats daarvan heeft iedereen één standaard basisverzekering en, indien gewenst, aanvullende verzekeringen.
- Iedereen is vrij om te kiezen bij welke zorgverzekeraar hij of zij zich verzekert voor de basisverzekering.
- Verzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering.
- Een risicoverevening voor verzekeraars compenseert voor verschillen in verwachte zorgconsumptie.
- Burgers hebben een verzekeringsplicht voor de basisverzekering.
- Verzekeraars hebben niet langer een contracteringsplicht. Ze mogen zelf bepalen met welke zorgaanbieders ze contracten afsluiten.
- Verzekerden onder een bepaalde inkomensgrens hebben recht op zorgtoeslag. Deze inkomensgerelateerde toeslag compenseert voor een deel de kosten van de premie voor de zorgverzekering.

Invoering Wet toelating zorginstellingen

De introductie van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) heeft per januari 2006 de toetredingsmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders verruimd. Zo is de toelating

losgekoppeld van de vergunning om te mogen bouwen. Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) kunnen vrijelijk alle zorg in het B-segment aanbieden (naast alle niet-klinische zorg in het A-segment). Deze verruiming zorgt voor meer concurrentie op de zorginkoopmarkt.

Wet marktordening gezondheidszorg

Per 1 oktober 2006 is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) ingevoerd. In de Wmg zijn onder meer opgenomen de prestaties en tarieven die onder de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) vielen, en de taken en bevoegdheden van de nieuw opgerichte Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Opbouw van de paragraaf

De hierboven beschreven veranderingen beïnvloeden de verschillende deelmarkten. In deze paragraaf beschrijven we wat het resultaat is van bovengenoemde maatregelen op kwaliteit, toegankelijkheid en kosten in de zorg. Hiervoor worden elders in de Zorgbalans besproken indicatoren nogmaals in relatie tot de stelselwijziging geëvalueerd. We beschrijven deze zaken per deelmarkt: eerst de zorgverzekeringsmarkt, daarna de zorginkoopmarkt en tot slot de zorgverleningsmarkt. Een goed functionerende markt is een voorwaarde om de resultaten te behalen zoals beoogd in de stelselwijziging. Daarom gaan we ook in op het functioneren van de markt. We sluiten af met een korte conclusie en beschouwing.

De zorgverzekeringsmarkt

Op de ideale zorgverzekeringsmarkt dingen zorgverzekeraars om de gunst van de consument. Zij doen dat door goede service te verlenen en scherpe prijzen te bieden. Doordat iedere zorgverzekeraar probeert dat beter te doen dan zijn concurrent, leidt dit tot betaalbare polissen van goede kwaliteit. De patiënt op zijn beurt, vergelijkt zorgverzekeraars met elkaar en baseert daarop zijn keus.

De zorgverzekeringsmarkt betreft vooral het zogenaamde tweede compartiment (voor iedereen toegankelijke zorg, zoals de huisartsen- en ziekenhuiszorg) en derde compartiment van de zorg (vrijwillige aanvullende verzekeringen). In het eerste compartiment (langdurige zorg en onverzekerbare risico's, zoals in de AWBZ) speelt de keuze door een zorggebruiker voor een zorgverzekeraar geen rol.

Een aantal condities is belangrijk om concurrentie tussen zorgverzekeraars te stimuleren: verzekerden moeten eenvoudig kunnen overstappen, de informatie waarop een keuze kan worden gebaseerd moet eenvoudig toegankelijk zijn en verzekerden moeten deze informatie gebruiken en ook daadwerkelijk kiezen. Dit stimuleert de verzekeraars om de concurrentie aan te gaan.

Het aantal mensen dat in 2007 overstapt naar een andere zorgverzekeraar is hetzelfde als vóór 2006

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. In 2007 was het aantal overstappers weer ongeveer op het oude niveau, toen stapte nog 4,4% over (NZa, 2007c). Hoewel het overstappen weer terug is op het oude niveau in 2007, is er wel beweging wat betreft het aantal verzekerden met een collectief contract. In 2007 was 57% van de verzekerden opgenomen in een collectief contract en geschat op basis van de trend kan dit aantal begin 2008 toenemen tot ongeveer 70% (Vektis, 2007a).

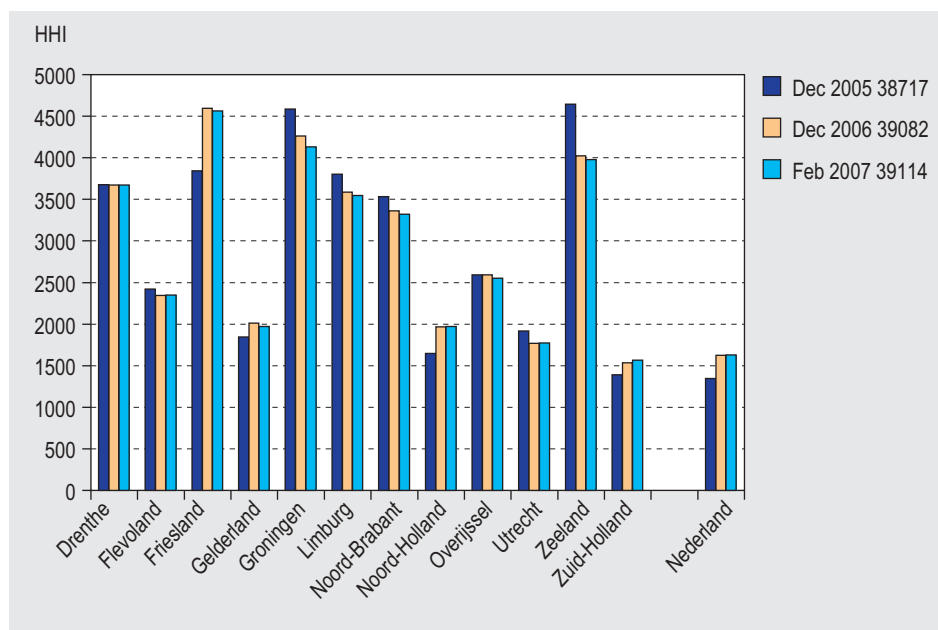
In 2007 is onderzoek gedaan naar overwegingen van mensen om te blijven bij de huidige verzekeraar (De Jong en Groenewegen, 2007). Een ruime meerderheid gaf hiervoor een reden die vanuit het perspectief van marktwerking als 'legitiem' kan worden beschouwd (men is tevreden over de kwaliteit, de prijs, de dekking enz.). Ongeveer 13% van de antwoorden (er waren meer antwoorden mogelijk) betroffen redenen die in het ideale geval niet voor zouden mogen komen: men verwacht (administratieve) problemen of denkt niet geaccepteerd te worden. Ongeveer de helft van de verzekerden gaf aan dat de premieverschillen gering zijn en dat de belangrijkste reden voor overstappen van verzekeraar is het aansluiten bij een collectiviteit (NZa, 2007c). De keuze voor een collectiviteit kan echter ook door premieverschillen zijn ingegeven. Een klein deel van de verzekerden ervaart drempels bij het overstappen. Bijna zes procent van de mensen die minder dan twee jaar is verzekerd bij zijn / haar huidige verzekeraar heeft moeite gehad om zich in te schrijven bij de huidige verzekeraar. Slechts voor 1,7% was dat een 'groot probleem' de rest noemt het een klein probleem. Uitschrijven is iets vaker een probleem: bijna 11% zegt hierbij problemen te hebben ervaren. Ruim een derde daarvan zegt dat er sprake is van een 'groot probleem' (CQ Z&Z) (De Boer et al., 2007a).

Keuze-informatie over de prijs en het aanbod van polissen is beschikbaar via een aantal websites en bij de individuele zorgverzekeraars. KiesBeter.nl en Independer.nl 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. Zorgverzekeraars met een lage premie kregen in 2006 meer klanten (Deloitte, 2006) en ook zorgverzekeraars met een goed rapportcijfer kregen meer verzekerden (CPB, 2007a).

Hoewel men iedere verzekeraar kan kiezen in Nederland, blijven lokale verschillen in marktconcentraties zichtbaar. Dat komt onder andere door de historische verschillen in concentraties, de lokale bekendheid en lokale activiteiten van verzekeraars. In de periode 2005-2007 is de marktconcentratie van zorgverzekeraars in Nederland licht toegenomen van 1349 (HHI¹) naar 1425 (NZa, 2007c). Deze verandering is gering en de

¹ Marktconcentratie wordt hier gemeten door middel van de HHI (Herfindahl-Hirschman Index). Dit is de som van de gekwadrateerde marktaandelen van alle aanbieders. De waarde varieert van 0 tot 10.000, waarbij hogere waarden een hogere concentratie aangeven. Grofweg kan vanaf een waarde van 1800 gesproken worden van een hoge marktconcentratie met verhoogd risico op belemmering van concurrentie.

markt blijft daardoor gematigd geconcentreerd. In de markt zijn in 2006 geen nieuwe verzekeraars toegetreden en heeft een aantal fusies plaatsgevonden. Een aantal grote verzekeraars heeft door fusies haar marktaandeel in 2006 verder vergroot. In *figuur 5.4.3* zijn verschillen in marktconcentratie weergegeven tussen de provincies (NZa, 2007c). Vooral in Friesland, Groningen en Zeeland zijn marktconcentraties hoog.



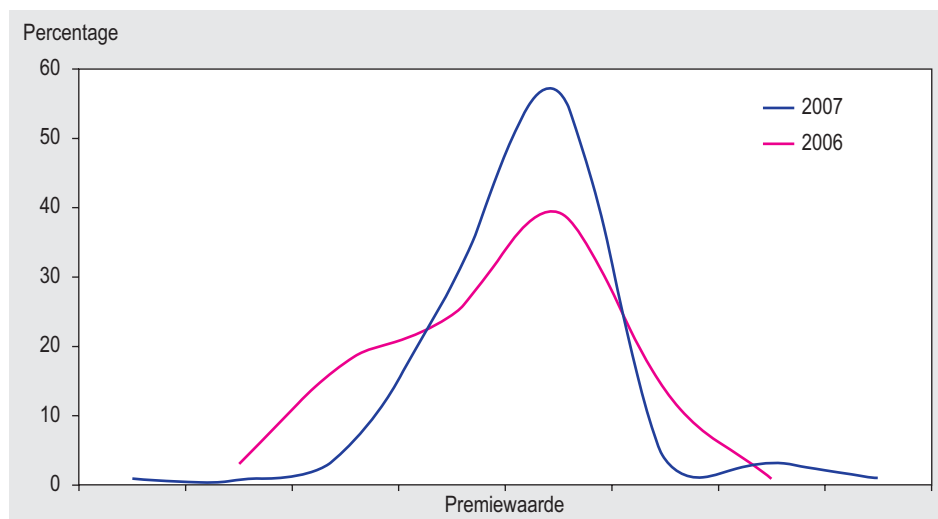
Figuur 5.4.3: Marktconcentratie verzekeraars, per provincie, uitgedrukt in de HHI, 2005-2007 (Bron: NZa, 2007c).

Zorgverzekeraars concurreren scherp op premie in 2006 en 2007

Bij de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 ontstond een felle concurrentiestrijd tussen zorgverzekeraars om verzekerden aan zich te binden. In 2007 is 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.

In 2006 varieerden premies voor het basispakket (exclusief mogelijk collectiviteitskorting) van 990 euro per jaar tot 1.172 euro. Gemiddeld bedroeg de jaarpremie 1.028 euro, terwijl deze geraamd was op 1.106 euro. In 2007 is de gemiddelde jaarpremie gestegen met 75 euro. Van 2006 naar 2007 is de spreiding van de premies kleiner geworden (zie *figuur 5.4.4*) (NZa, 2007c).

Diverse verzekeraars hanteerden in 2006 en 2007 niet-kostendekkende premies voor de basisverzekering (DNB, 2007). Ook op de aanvullende verzekeringen is naar verwachting een gezamenlijk negatief resultaat behaald. De financiële reserves van de verzekeraars waren voldoende om dit verlies op te vangen waardoor de financiële



Figuur 5.4.4: De spreiding van verzekerden over betaalde premies ten opzichte van de gemiddelde betaalde premie, 2006-2007 (Bron: NZa, 2007c).

gezondheid van verzekeraars niet in gevaar is gekomen (DNB, 2007). Ondanks het negatieve financiële resultaat hanteren verzekeraars in 2007 nog steeds niet-kosten-dekkende premies om verzekerden aan zich te binden.

Er zijn geen aanwijzingen voor risicoselectie door verzekeraars in de basisverzekering

Risicoselectie door verzekeraars wordt op verschillende manieren tegengegaan. Er is een acceptatieplicht voor verzekeraars voor de basisverzekering en verzekeraars worden gecompenseerd voor patiënten met een voorspelbaar hogere zorgconsumptie (risicoverevening). Voor aanvullende verzekeringen kunnen verzekeraars acceptatieregels hanteren. Ongeveer 93% van de verzekerden heeft een aanvullende verzekering afgesloten. Verzekeraars geven aan dat er in 2006 ruim geaccepteerd is, wat in overeenstemming is met het geringe aantal klachten over risicoselectie bij de NZa (NZa, 2007c).

Ondanks het risicovereveningssysteem is het voor verzekeraars nog steeds mogelijk om risicogroepen te identificeren (Van de Ven et al., 2005; Stam en van de Ven, 2008). Door het binden van verzekerden met een voorspelbaar laag risico, kunnen verzekeraars voordeel hebben en kan solidariteit en een evenwichtige concurrentie tussen verzekeraars in gevaar komen. Dat kan bijvoorbeeld door specifieke collectieve contracten af te sluiten en door polissen te ontwikkelen voor specifieke doelgroepen met een voorspelbaar lager gezondheidsrisico. In 2006 en 2007 zijn er geen aanwijzingen voor risicoselectie (NZa, 2007c).

Ongeveer 53% van de verzekerden sloot in 2006 een collectief contract af en de gemiddelde korting op de collectieve contracten ten opzichte van een vergelijkbaar product

voor individuele verzekerden was gemiddeld 6,6% in 2006 (NZa, 2007c). In 2007 was 57% collectief verzekerd en als deze trend zich voortzet, kan dit toenemen tot rond de 70% in het begin van 2008 (Vektis, 2007a). Hoewel de markt aanleiding geeft tot risicoselectie via collectieve contracten, is hiervoor tot op heden geen bewijs gevonden (Schut en de Bruijn, 2007). Een belangrijke motivatie voor collectieve contracten ligt waarschijnlijk in doelgroep benadering vanuit het marketing perspectief.

Eind 2007 is de ZEKUR polis op de markt gebracht door Univé. Deze polis is illustratief voor mogelijke ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt omdat een specifieke doelgroep wordt benaderd en er selectieve contractering met ziekenhuizen heeft plaatsgevonden. De ontwikkeling van polissen met selectieve contractering past binnen de ontwikkeling van het zorgstelsel waarin keuzevrijheid wordt gestimuleerd. De ZEKUR polis is met 933 euro per jaar de goedkoopste basispolis. De polis richt zich op een jonge doelgroep die geen problemen heeft met een beperkt aantal toegankelijke ziekenhuizen (13 gecontracteerde ziekenhuizen). Daarnaast wordt het verzekeren met kinderen in de communicatie ontmoedigd (Douven en Mannaerts, 2008). Er is bijvoorbeeld geen kinderziekenhuis gecontracteerd. Ondanks de acceptatieplicht, stimuleert deze polis een *zelfselectie* van verzekerden door een lage prijs, ontmoediging van kinderen en een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen. Een ander fenomeen is dat deze polis tussentijds kan worden opgezegd door de verzekerden met een opzeggingstermijn van een tot twee maanden, afhankelijk van het moment van opzeggen. Dit kan betekenen dat bij een veranderde zorgbehoefte of een voorziene verandering van zorgbehoefte (bijvoorbeeld door ziekte) een verzekerde kan switchen van polis, maar ook kan switchen naar een andere verzekeraar.

Tekortkomingen in het risicovereveningssysteem en het tussentijds opzeggen van een verzekering, zoals in de ZEKUR polis, zijn potentiële mogelijkheden voor risicoselectie (Douven en Mannaerts, 2008).

De toekomst zal uitwijzen hoe polissen met selectieve contractering en doelgroepbenadering zich ontwikkelen. Voor verzekeraars zal blijken of dergelijke polissen rendabel zijn. De NZa bewaakt deze ontwikkeling door onderzoek naar de randvoorwaarden en de dreiging van risicoselectie.

De zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt kopen zorgverzekeraars zorg in bij zorgaanbieders. Dit is de cruciale stap in de zorgmarkt. Op deze plaats moet een gunstige prijs-kwaliteitsverhouding worden gecontracteerd. Door het afsluiten van goede contracten kan een zorgverzekeraar meer klanten trekken die betere zorg krijgen tegen een scherpe prijs. Belangrijke vraag is of deze zorginkoopmarkt zich inmiddels ontwikkeld heeft. Zonder een goed functionerende zorginkoopmarkt zal een gunstiger prijs-kwaliteitsverhouding immers niet gehaald worden.

Vrije onderhandelingen op prijs en kwaliteit beperken zich tot een klein deel van de ziekenhuiszorg (B-segment), de fysiotherapeutische zorg en in geringe mate de

huisartsenzorg. In overige sectoren is veelal sprake van maximumprijzen en kunnen afspraken gemaakt worden over de kwaliteit. Een andere vorm van zorginkoop is het veilen van zorg. In toenemende mate wordt in de kraamzorg gebruik gemaakt van een zorgveiling, waarbij zorgaanbieders bieden op een zorgvraag (meestal gesteld door de zorgverzekeraar). Medio 2006 betrof dit ongeveer 20% van de zorgvragen in de kraamzorg (NZa, 2006c). Een goed functionerende zorginkoopmarkt zou kunnen bijdragen aan kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Daarvoor moet dan wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De zorgverzekeraars dienen zich actief in te zetten om de best mogelijk zorg in te kopen voor hun klanten en alleen zorg te contracteren die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet. Hiermee worden zorgaanbieders geprikkeld om te werken aan kwaliteit en om dat zichtbaar te maken.

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen bijdragen aan meer doelmatigheid. Zo kunnen zorgverzekeraars bijvoorbeeld substitutie van de tweede naar de eerste lijn stimuleren. Het is goedkoper om bijvoorbeeld een allergietest of de begeleiding van diabetespatiënten in de eerste lijn te laten plaats vinden dan in de tweedelij. Door afspraken bij de zorginkoop kunnen aanbieders in de eerste lijn gestimuleerd worden om deze behandelingen uit te voeren om hogere kosten voor dezelfde behandeling in de tweedelij te voorkomen.

Concurrentie op inkoop ziekenhuiszorg wordt gehinderd door de afwezigheid van substantiële financiële risico's

Sinds februari 2005 is door de invoering van vrije prijsonderhandelingen en de afschaffing van de contracteerplicht ruimte voor marktwerking in het B-segment van de ziekenhuiszorg gecreëerd. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken afspraken over prijs, kwaliteit en kwantiteit van geleverde productie in termen van DBC's in het B-segment.

De onderhandelingen in het B-segment zijn nog niet "heel scherp", concludeert de NZa (NZa, 2007b). Omdat het B-segment maar een klein deel uitmaakt van de totale zorg, is het belang van scherp onderhandelen beperkt. In 2005 was het B-segment goed voor 7,3% van de totale omzet van de ziekenhuizen (variërend van 5-30%). Per 1 januari 2008 heeft het kabinet het aandeel DBC's in het B-segment te vergroot naar 20% van de omzet.

De financiële risico's voor de zorgverzekeraars bij de inkoop van ziekenhuiszorg worden deels opgevangen door compensatiemechanismen. Deze compensatiemechanismen verkleinen het risico van zorgverzekeraars voor de ziekenhuiskosten. In 2007 waren de volgende compensatiemechanismen van kracht: de nacalculatie ziekenhuiskosten, de generieke verevening, de bandbreedteregeling ziekenhuiskosten en de hogekosten-verevening (HKV). In de komende jaren bouwt de overheid deze compensatiemechanismen af, waardoor verzekeraars meer prikkels krijgen om doelmatig ziekenhuiszorg in te kopen.

Aan de kant van de ziekenhuizen wordt het verschil tussen het beschikbare budget en de inkomsten uit de DBC's in het A-segment (meer dan 90% van de zorg in 2006 en 2007) gecompenseerd in het *verrekentarief*. Deze toeslag op het DBC tarief tast de relatie tussen kosten en prijs voor ziekenhuisbehandelingen aan en kan dus de prikkel om doelmatig te werken in de weg staan. Door de toename van het vrije onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg (B-segment) in de komende jaren zal naar verwachting de prikkel voor scherp onderhandelen met de zorgverzekeraars toenemen.

Kwaliteit van ziekenhuiszorg speelt bij de zorginkoop nauwelijks een expliciete rol

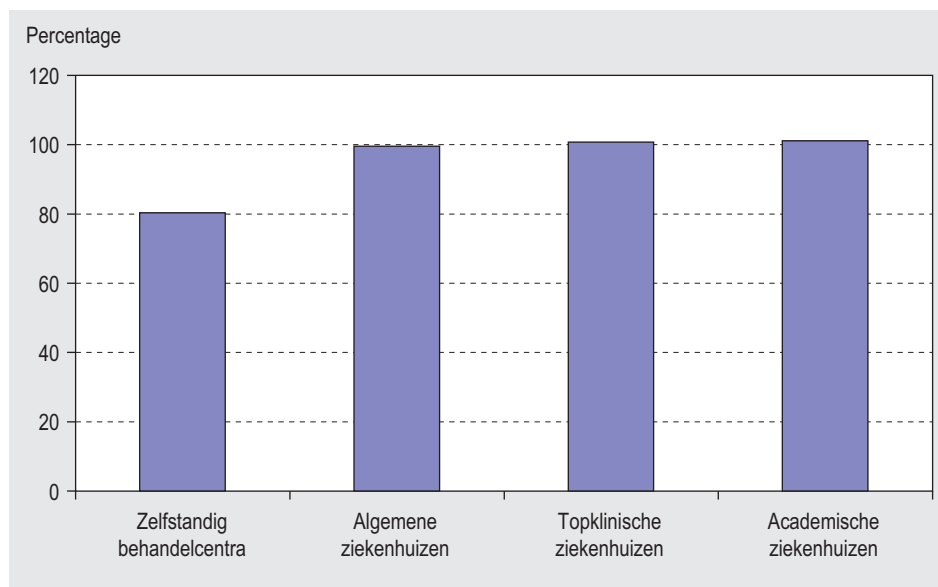
Voor kwalitatief goede zorg en een goede prijs-kwaliteitsverhouding is sturing op de kwaliteit van de zorg essentieel. In de vorige Zorgbalans werd al geconcludeerd dat de kwaliteit van de zorg nauwelijks een rol speelt bij de inkoop van zorg door verzekeraars. Het toenmalige College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) kwam in 2003 al met deze bevinding. Op basis van interviews concludeert de NZa dat er in 2006 weinig veranderd is wat betreft de beschikbaarheid en het gebruik van kwaliteitsgegevens voor zorginkoop (NZa, 2007d).

Voor zorginkoop is een zorginkoopgids beschikbaar van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) waarin indicatoren zijn opgenomen voor het B-segment. Hoewel kwantitatieve gegevens ontbreken, lijkt op basis van interviews dat verzekeraars nauwelijks doelen stellen of evalueren op het vlak van kwaliteit (NZa, 2007d). Hierdoor is het mogelijk dat de prijsverlaging in het B-segment samen is gegaan met een kwaliteitsdaling of dat de prijsdaling gepaard is gegaan met een verminderde doelmatigheid, of prijs-kwaliteitsverhouding.

Prijzen voor gecontracteerde ziekenhuiszorg (B-segment) zijn lager bij de zelfstandige behandelcentra

De prijzen voor de DBC's in het B-segment verschillen aanzienlijk tussen ziekenhuizen (NZa, 2007d). De prijsniveaus zijn in de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) beduidend lager dan in andere ziekenhuizen. Dit verschil bedraagt gemiddeld ongeveer 20% (zie *figuur 5.4.5*). Dit kan het gevolg zijn van toegenomen efficiëntie van de zorgverlening. De functiegerichte budgettering (FB) in ziekenhuizen wordt niet toegepast in de ZBC's. Daar waar de ziekenhuizen het budget dekkend kunnen maken door compensatiemechanismen, moeten ZBC's dus kostendekkend werken. Er is hierdoor geen sprake van een gelijk speelveld tussen ziekenhuizen en ZBC's, wat invloed heeft op de concurrentieposities.

ZBC's hebben waarschijnlijk een andere patiëntenpopulatie, wat mogelijk van invloed is op de kosten. In ZBC's worden patiënten behandeld die geen substantiële ligduur hebben, met een laag risico op complicaties en weinig vraag naar andere specialistische zorg. Hoewel systematische informatie niet direct voor handen is, zijn er signalen dat patiënten aan specifieke medische criteria moeten voldoen om voor behandeling in een ZBC in aanmerking te komen in verband met de beperkte medische achtervang bij complicaties. Het is niet duidelijk of een dergelijke selectie kan bijdragen aan lagere kosten bij ZBC's.



Figuur 5.4.5: Prijsniveau in B-segment in de verschillende typen ziekenhuizen, in 2007 (Bron: NZa, 2007b).

De marktconcentraties van de ziekenhuizen op de zorginkoopmarkt (B-segment) werd beïnvloed door een aantal fusies en vooral door het groeiende aantal ZBC's, van 49 in 2004 tot 130 in 2006 (NZa, 2007a). Deze ZBC's zijn echter in een klein deel van de zorg actief. Momenteel ontbreekt het aan een recent overzicht van de marktconcentratie in de zorginkoopmarkt. De concentratie van de ziekenhuizen in de zorginkoopmarkt lijkt weinig veranderd in de afgelopen jaren. Zoals ook in de vorige Zorgbalans is beschreven, zijn er hoge marktconcentraties ($HHI > 1800$) in een belangrijk deel van de gezondheidsregio's. Marktconcentraties van verzekeraars en van aanbieders lijken een effect te hebben op het onderhandelingsresultaat bij zorginkoop (Halbersma, 2007). Een meer geconcentreerde ziekenhuismarkt gaat samen met hogere prijzen en een hogere concentratie van verzekeraars gaat samen met lagere prijzen.

Bedrijfsresultaat van zorgverzekeraars en zorginstellingen is negatief in 2006 en 2007

In *paragraaf 4.3* staat de financiële positie van zorginstellingen en verzekeraars beschreven. Van 2005 naar 2006 is de winstgevendheid van zorginstellingen achteruit gegaan. Ook de beschikbaarheid van financiële reserves bij zorginstellingen is nog onvoldoende om tegemoet te komen aan de gangbare opvattingen over de benodigde reserves voor een gezonde marktpositie waarin risico's genomen kunnen worden in de onderhandelingen. De verzekeraars hebben gemiddeld een negatief bedrijfsresultaat. Dit kan in de toekomst een rol gaan spelen bij de onderhandelingen over zorginkoop.

Er wordt niet scherp onderhandeld bij de inkoop van huisartsenzorg

De financieringsystematiek voor de huisartsenzorg zoals vastgelegd in het Vogelaarakkoord heeft tot doel om onder meer de multidisciplinaire samenwerking in de eerste

lijn te stimuleren, de zorg te innoveren en minder te verwijzen naar de tweede lijn. De financiering is te onderscheiden in een deel *verrichtingen* en een deel *per ingeschrevene*. Aan de tarieven is over het algemeen een maximum verbonden. Een onderdeel van het tarief voor *verrichtingen* wordt gevormd door de module Modernisering en Innovatie (M&I). Dit deel is vrij onderhandelbaar en is bedoeld voor verrichtingen in de eerste lijn om de tweedelijnszorg te ontlasten. Zorgverzekeraars kunnen onderhandelen binnen de maximaal gestelde tarieven en kunnen de inhoud en prijs afspreken voor het deel dat valt onder M&I. Hoewel er slechts beperkt onderzoek is verricht, concludeert de NZa in haar monitor (NZa, 2007f) dat de zorginkoopmacht bij de huisartsen ligt en dat de kwaliteit van de zorg nog weinig transparant is voor het onderhandelen op producten en kwaliteit. Ten aanzien van de M&I tarieven geeft 49% van de huisartsen aan hierover te onderhandelen (NZa, 2007f). De kosten voor het onderdeel M&I zijn hoger dan door het ministerie van VWS begroot. De totale kosten voor deze post in 2006 bedroeg 101 miljoen euro (ongeveer 6% van de kosten voor de huisartsenzorg) (Vektis, 2007b). Er zijn geen aanwijzingen dat er een besparing optreedt ten aanzien van de tweedelijnszorg.

Vijftien procent van de fysiotherapeuten verkoopt nieuwe zorgproducten aan verzekeraars

Sinds 2005 zijn vrije prijsafspraken mogelijk tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten. In toenemende mate wordt kwaliteit in de contractering opgenomen. Over het algemeen worden geen afspraken gemaakt met individuele fysiotherapeuten. Middels basiscontracten worden prijzen en producten afgesproken waarbij nauwelijks ruimte is voor onderhandelingen (NZa, 2007e). In de basiscontracten zijn kwaliteitsaspecten opgenomen en bestaat enige differentiatie van zorgproducten naar prijs en kwaliteit. Ondernemerschap is het meest zichtbaar bij 15% van de fysiotherapeuten die nieuwe producten en zorgprogramma's contracteren met zorgverzekeraars (NZa, 2007e). Met deze nieuwe zorgproducten wordt gestreefd naar bijvoorbeeld meer doelmatigheid en innovatie in ketenzorg. De maatregel om de fysiotherapiemarkt te liberaliseren, liet een toename van de prijzen zien vanaf 2004. De contractprijzen zijn van 2004 naar 2005 gestegen met 13% en naar 2006 weer met 8%. Van 2006 naar 2007 is deze stijging 2%, welke wegvalt na inflatiecorrectie (NZa, 2007e). Het lijkt dat de prijzen zich na een aantal jaren van stijging stabiliseren naar een kostendekkend niveau.

De concurrentie tussen aanbieders van AWBZ-zorg is beperkt

Vanuit de zorgkantoren wordt onderhandeld met AWBZ zorgaanbieders. Het aantal nieuwe zorgaanbieders in de AWBZ is weinig veranderd ten opzichte van 2005 (7,2%), met 6,1% in 2006 en 6,2% in 2007 (NZa, 2007b). Ten opzichte van 2005 is de omzet door nieuwe aanbieders gedaald van 1,1% naar 0,5%. De dynamiek in de markt lijkt gering, mogelijk door onder meer de budgetgaranties door zorgkantoren. Een budgetgarantie betekent dat er geen financieel risico is voor de AWBZ zorgaanbieder. In 2006 lag de budgetgarantie tussen de 90% en de 100% (NZa, 2007b). In 2006 gaven 14 zorgkantoren 100% budgetgarantie, in 2007 zijn dit twee kantoren. Uit interviews is gebleken dat de budgetgaranties steeds vaker worden gekoppeld aan de prestaties van de aanbieder (NZa, 2007b).

Ten aanzien van de zorginkoop in de AWBZ, zijn in 2006 en 2007 richtlijnen opgesteld voor het contracteerbeleid door zorgkantoren. Slechts 2 van de 32 zorgkantoren heeft de zorg niet ingekocht op basis van onderhandeling of openbare aanbesteding (NZa, 2007b).

Het aantal zorginstellingen voor extramurale AWBZ-zorg is in sommige regio's beperkt. Hier zijn één of twee dominante aanbieders die hun onderhandelingsmacht zouden kunnen gebruiken. In de periode 2004-2006 is aangetoond dat instellingen met een groot marktaandeel inderdaad hogere prijzen weten te realiseren (Mosca, 2007).

De zorgverleningsmarkt

Op de zorgverleningsmarkt dienen de resultaten zichtbaar te worden van de veranderingen in het zorgstelsel in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Elders in de Zorgbalans wordt de zorg beschreven in deze domeinen. Voor deze paragraaf wordt ingegaan op enkele bevindingen die een algemene indruk geven van de door patiënten ervaren zorg en van de keuzes voor zorgaanbieders.

Nederlanders zijn onveranderd positief over ontvangen gezondheidszorg

Door de stelselwijziging en andere maatregelen om de marktwerking te bevorderen, kan het niveau van de gezondheidszorg veranderen. Het is te vroeg om deze veranderingen in de gezondheidszorg te relateren aan de gezondheidstoestand van burgers. Een aantal maatregelen zal in groeiende mate effect krijgen op de organisatie van de zorg, zoals een toename van het B-segment, de dynamiek bij zorginkoop etc. Wel is het mogelijk om op basis van de ervaringen van burgers een eerste indruk te krijgen van de invloed die de maatregelen hebben op de ervaring van burgers. Op een aantal plaatsen in de Zorgbalans worden de ervaringen met de gezondheidszorg afgezet in de tijd en internationaal. Hierbij ontstaat het beeld dat Nederlanders onveranderd positief zijn over de gezondheidszorg. Ruim negen op de tien mensen (92%) geeft de gezondheidszorg die zij in de laatste 12 maanden ontvingen een waarderingscijfer van 7 of hoger op een schaal van 0 tot en met 10 (zie *paragraaf 2.3, figuur 2.3.3*). Ook over de huisarts en de specialist is men doorgaans zeer positief: in beide gevallen gaf 87% een waarderingscijfer van 7 of meer. In de enquête van het CMWF blijkt dat Nederlanders positiever zijn over de gezondheidszorg in vergelijking tot zes andere ontwikkelde landen (zie *paragraaf 5.2, figuur 5.2.1*). Deze algemene maten voor een oordeel over de gezondheidszorg laten zien dat er geen sterke verandering heeft plaatsgevonden in de perceptie van de ontvangen gezondheidszorg in de jaren rond de stelselwijziging en dat Nederlanders doorgaans nog steeds tevreden zijn.

Systematische kwaliteitsinformatie is in 2006 nog onvoldoende bruikbaar voor het beoordelen van zorgaanbieders

Een belangrijke voorwaarde voor marktwerking is dat zorggebruikers kiezen op basis van de aard en de kwaliteit van zorgproducten. De voorkeur van zorgvragers voor zorgaanbieders heeft ook betrekking op de voorkeur voor zorgverzekeraars. De wen-

sen voor zorg worden in het ideale geval immers door de zorgverzekeraar onderhandeld bij de zorginkoop. Kwaliteitsinformatie is nodig voor verzekeraars om te kunnen onderhandelen over prijs en kwaliteit bij zorgaanbieders en om voor haar verzekerden contracten af te sluiten met kwalitatief goede aanbieders. In *paragraaf 3.8* is beschreven dat 18% van de Nederlanders in 2007 in een periode van twee jaar ooit gezocht heeft naar kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen (zie *tabel 3.8.3*). Dit is aanzienlijk minder dan in de Verenigde Staten en in Duitsland, maar een aantal procenten hoger dan in bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk (12%) en Australië (15%). *Paragraaf 3.8* vermeldt ook dat 13% van de Nederlanders in die periode heeft gezocht naar informatie over individuele artsen. Dit percentage is lager dan in een aantal andere landen (zie *tabel 3.8.3*). Nederland wijkt in het zoeken naar kwaliteitsinformatie niet sterk af van een aantal andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk. De beoogde marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel heeft een actieve participatie van zorgvragers nodig, mogelijk meer dan in de zorgstelsels in een aantal andere landen. Op basis hiervan zou een grotere mate van informatiegebruik door zorgvragers in Nederland wenselijk zijn. Systematische kwaliteitsinformatie over de zorgaanbieders voor de consument is echter nog slechts beperkt beschikbaar. Er is weinig verandering opgetreden in de beschikbaarheid van deze informatie sinds de vorige Zorgbalans (peiljaar 2004-2005) tot 2006.

Kwaliteitsinformatie over de zorg kan grofweg worden ingedeeld in inhoudelijke zorginformatie en patiëntervaringen. In Nederland wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van beide informatiebronnen. In 2007 is het centrum Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit van start gegaan. De doelstelling van het centrum is om samen met de betrokken partijen vast te stellen welke kwaliteitsaspecten dienen te worden gemeten en om toe te zien op een valide presentatie van kwaliteitsinformatie (www.zichtbarezorg.nl). Deze kwaliteitsinformatie is voor de ziekenhuizen voor een aantal aandoeningen vastgesteld en wordt in de komende periode uitgebreid naar andere ziekenhuiszorg en andere zorgsectoren.

In 2006 werd het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) opgericht met als doel consumentenervaringen met de zorg systematisch in kaart te brengen aan de hand van de CQ-index. CKZ meet niet zelf, maar coördineert de ontwikkeling van vragenlijsten en stelt deze vast. Daarnaast houdt de organisatie toezicht op het meetproces en zorgt zij ervoor dat de meetresultaten vergelijkbaar zijn.

Kwaliteitsinformatie voor zorgaanbieders wordt onder meer gepresenteerd op de website kiesBeter.nl en Independer.nl. In 2007 was op kiesBeter.nl informatie te vinden over de ziekenhuisindicatoren van de IGZ en kwaliteitsinformatie over de ziekenhuisbehandeling van zes aandoeningen. Daarnaast is onder meer informatie gepresenteerd over klantervaringen met zorgverzekeraars. Na 2007 wordt een uitbreiding van de beschikbare informatie verwacht door de ontwikkeling van zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie en klantervaringen voor de verschillende aandoeningen en zorgsectoren.

Het volume van behandelingen in het B-segment is in 2006 toegenomen met ongeveer 10%

De hoeveelheid zorg (volume) in het B-segment is in 2006 toegenomen met ongeveer 10% (De Boo, 2008). Door het vrijgeven van de prijzen en het volume in het B-segment van de ziekenhuiszorg, wordt in dit deel van de ziekenhuiszorg meer vraaggestuurd gewerkt. Afhankelijk van de vraag van patiënten worden meer behandelingen uitgevoerd. Het aantal behandelingen in het B-segment is niet gelimiteerd, in tegenstelling tot het aantal behandelingen in het A-segment. Door meer behandelingen in het B-segment uit te voeren, kunnen de inkomsten van ziekenhuizen dus worden vergroot. In 2006 zijn de kosten in het B-segment met 12% toegenomen. Het grootste deel (10%) is toe te schrijven aan een toename van het aantal behandelingen (De Boo, 2008). Belangrijke vraag is waarom het aantal behandelingen gestegen is, en wat de verwachting is als het B-segment wordt verruimd. De sterkste toename van de kosten in het B-segment ligt bij orthopedische behandelingen bij knieslijtage en heupslijtage, en oogheelkundige behandelingen rond cataract (staar) (De Boo, 2008). Deze toename kan veroorzaakt zijn door meer behandelingen en meer diagnostiek. Mogelijk was er voor 2006 sprake van onderbehandeling, maar de toename kan ook komen door een lage drempel voor de ziekenhuizen om tot behandelen over te gaan. Er is meer onderzoek nodig om de achtergronden van deze stijging inzichtelijk te maken. De volumestijging kan mogelijk door zorgverzekeraars worden gestuurd met afspraken over diagnostiek, indicaties voor behandelingen en volumeafspraken.

Uitgaven voor persoonsgebonden budget zijn van 2004 tot 2006 toegenomen met bijna 50%

De relatie tussen de patiënt en de zorgaanbieder is voor een deel afhankelijk van de afspraken tussen de zorgverzekeraar en de aanbieders. Contracten met ziekenhuizen en AWBZ-zorgaanbieders nemen een belangrijk deel van de keuzeverantwoordelijkheid weg bij de patiënt. Het gebruik van een persoonsgebonden budget (pgb) legt de verantwoordelijkheid bij de patiënt om de juiste zorg te kiezen. Het gebruik van pgb's is sterk toegenomen. De uitgaven voor pgb's zijn van 2004 tot 2006 met bijna 50% gestegen van 764 naar 1.136 miljoen euro en het aantal pgb-houders met 30.000 tot bijna 95.000. Een toenemend aantal pgb's betekent dat er een toenemende markt kan ontstaan tussen patiënten en zorgaanbieders. De kwaliteit van de zorg is een aandachtspunt. In een ideale markt weet de consument wat haar wensen zijn, dit is in de gezondheidszorg niet gemakkelijk. Het is hierbij noodzakelijk dat er transparantie is op kwaliteit van zorgaanbieders. Er zijn momenteel geen signalen dat de kwaliteit van de ingekochte zorg met een pgb onvoldoende is (Dragt, 2006; Ramakers, 2007).

Conclusie en beschouwing

De stelselwijziging heeft in 2006 veel beweging gegeven bij verzekerden. Één op de vijf verzekerden veranderde van verzekeraar en de concurrentie tussen zorgverzekeraars was direct vanaf de invoering van het zorgstelsel hevig. Premies zaten onder het kostendekkende niveau en de marges in de premies waren beperkt. Ook in 2007 was dit

beeld op de zorgverzekeringsmarkt zichtbaar. In een korte tijd is een scherp concurrerende markt ontstaan om de gunst van de verzekerde. In de beoogde doelstellingen in het zorgstelsel draagt deze concurrentie bij aan efficiënte bedrijfsvoering bij verzekeraars, maar dient het vooral ook om zorgproducten met een gunstige prijs-kwaliteitsverhouding te stimuleren. De keuze van een verzekerde voor een zorgpolis is in de beoogde marktwerking afhankelijk van prijs en kwaliteit. Een voorwaarde voor deze keuze is dat de verzekeraar inkoopt op prijs en kwaliteit bij de zorgaanbieders, en dat dit zichtbaar is voor de klant. Het accent van de marktwerking in de zorg ligt daarmee bij het functioneren van de zorginkoopmarkt. Via zorginkoop moet een scherpe balans gevonden worden tussen kwaliteit en prijs. Bij het inkopen van zorg is in 2006 en 2007 echter nog nauwelijks gebruik gemaakt van kwaliteitscriteria voor de ziekenhuiszorg. In het B-segment is er gelegenheid om deze kwaliteitsafspraken te koppelen aan de prijsafspraken. Dit is nog niet goed zichtbaar. Mogelijke verklaringen daarvoor zijn financiële compensatiemechanismen (beperkt financieel risico) en het relatief kleine aandeel van het B-segment in de ziekenhuiszorg. In de AWBZ-zorg wordt de kwaliteit van de zorg in toenemende mate gebruikt bij de zorginkoop door zorgkantoren maar budgetgaranties lijken een echte concurrentie in de weg te staan. Bij inkoop van fysiotherapeutische zorg kan sinds 2005 vrij onderhandeld worden over prijs en zorgproduct. De ontwikkeling van de fysiotherapiemarkt kent een aantal opvallende ontwikkelingen: in basiscontracten wordt gedifferentieerd naar kwaliteit en prijs; een klein deel (15%) van de fysiotherapeuten krijgt contracten voor nieuwe zorgproducten; en de prijzen lijken zich te stabiliseren. Dit suggereert een markt waarin kwaliteit een rol speelt bij de zorginkoop en waarin een balans is gevonden in de prijs. In het algemeen kan echter geconcludeerd worden dat de concurrentie op de zorginkoopmarkt op prijs-kwaliteitsverhouding nog beperkt is.

Informatie over de kwaliteit van de zorg moet een louter op prijs gedreven marktwerking tegengaan. Informatie over de kwaliteit van de zorg is nodig voor zorggebruikers en voor zorgverzekeraars. Zonder kwaliteitsinformatie kunnen scherpe prijzen ten koste gaan van kwaliteit. In de Britse National Health Service (NHS) is een relatie gelegd tussen de concurrentie tussen ziekenhuizen en een toename van de sterfte als gevolg van hartfalen (Propper et al., 2004). Goede kwaliteitsinformatie blijkt essentieel om de kwaliteit van de zorg te waarborgen (Gaynor, 2006). Zorg is echter een ingewikkeld product. De zorggebruiker kan deels zelf inzicht krijgen in de kwaliteit van de zorg, maar zal geholpen moeten worden door de zorgverzekeraar die kritisch zorg inkoopt. Op dit moment is de transparantie op de kwaliteit van de zorg onvoldoende ontwikkeld. De komst van het centrum *Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit* en het *Centrum Klantervaring Zorg* zullen bijdragen om voor zowel zorgconsumenten als voor verzekeraars inzicht te geven in de kwaliteit.

Een aantal nieuwe ontwikkelingen geeft aan dat de markt in ontwikkeling is. De marktwerking wordt gestimuleerd door de opkomst van de ZBC's. De ZBC's zorgen bij relatief ongecompliceerde patiënten voor een passend zorgaanbod. Door het op maat aanbieden van de zorg is het mogelijk om tegen lagere kosten te werken dan de traditionele ziekenhuizen. Hoewel het momenteel een zeer beperkt deel van de zorg

betreft, geven de ZBC's een impuls aan de concurrentie op de ziekenhuismarkt. Een andere ontwikkeling is het ontstaan van polissen voor specifieke doelgroepen. Met de zogenaamde 'jongerenpolis' van Univé wordt duidelijk dat er ook binnen de wet manieren zijn om bepaalde groepen aan te trekken en andere juist sterk te ontmoedigen een bepaalde basisverzekering af te sluiten. Het is nog onduidelijk of dergelijke polissen binnen het risicovereveningssysteem financieel aantrekkelijk zijn voor de verzekeraar of dat er mogelijk winst gehaald kan worden uit doelmatigheid door een doelgroep benadering.

Uiteindelijk gaat het om toegankelijke en kwalitatief goede zorg. In welke mate de stelselwijziging hieraan bijdraagt, zal in de loop van de komende jaren duidelijk worden. Vooralsnog lijkt de overgang naar een nieuw zorgstelsel voor de zorggebruiker soepel te verlopen. Er was geen toename van het aantal onverzekerden en het oordeel van zorggebruikers over de gezondheidszorg is sinds 2005 niet wezenlijk veranderd.

Een aantal ontwikkelingen zal in de nabije toekomst de marktwerking verder stimuleren: transparantie op de kwaliteit, het afbouwen van financiële zekerheden en garanties voor zorgaanbieders en de uitbreiding van onderhandelbare zorg. Het is een grote uitdaging om de kwaliteit van de zorg een rol te laten spelen in de zorgmarkt.

6 OP WEG NAAR DE ZORGBALANS 2010

6.1 Inleiding

De Zorgbalans is een nationale monitor waarin Nederland internationaal vergeleken wordt

De Zorgbalans beoogt met behulp van 110 indicatoren op hoofdlijnen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg te monitoren. De Zorgbalans heeft tot stand kunnen komen dankzij het bestaan van een grote hoeveelheid gegevensbronnen (zie *Bijlage 3*). Met deze tweede Zorgbalans is een verbeterstap gemaakt, maar verdere ontwikkelingsstappen zijn wenselijk. In dit hoofdstuk kijken we vooruit naar de volgende Zorgbalans en beantwoorden twee vragen:

1. Wat zijn de belangrijkste verbeteringen in de gegevensset die in deze tweede Zorgbalans is gebruikt en welke wensen ter verbetering zijn er op het gebied van de informatievoorziening voor de volgende Zorgbalans? (6.2)
2. Hoe kan de bruikbaarheid van de Zorgbalans voor het strategisch beleid van de landelijke overheid en alle andere betrokken partijen worden vergroot? (6.3)

In *paragraaf 6.4* blikken we vooruit naar de volgende Zorgbalans.

6.2 Ambities, verbeteringen en beperkingen

Evenals de vorige keer kan deze tweede Zorgbalans gescoord worden in relatie tot zijn ambities. Dat levert plussen en minnen op:

1 ^e ZB	2 ^e ZB	
+	+	Het ontwikkelende raamwerk voor indicatoren is internationaal goed verankerd en ontvangen
+	+	De gekozen systeemdoelen en indicator domeinen sluiten aan bij het VWS-beleid
+/-	+/-	De empirische resultaten over 2006 tonen ten opzichte van 2004 wel al een breder beeld
-	+/-	De vergelijkbaarheid van de gegevens naar tijd, plaats en beleidsnormen is verbeterd
-	+/-	De interpreteerbaarheid van indicatoren in termen van relevantie en zeggingskracht voor beleid en veld is toegenomen.

Ten opzichte van de eerste Zorgbalans is deze tweede editie op drie punten beter:

- Er wordt een breder beeld van de zorg gegeven, vooral door de uitbreiding met indicatoren die de ervaringen van burgers, patiënten en cliënten met de zorg weer geven; dit heeft geleid tot een (beperkte) uitbreiding van het aantal indicatoren.
- De vergelijkbaarheid is verbeterd doordat en meer trendgegevens, internationale vergelijkingen en benchmarks gepresenteerd zijn.

- De interpreteerbaarheid voor het beleid is toegenomen door deze twee verbeteringen, door de presentatie van drie verbindende thema's waarin aspecten van de zorg met elkaar in verband zijn gebracht, en door de scorecard voor het onderdeel kwaliteit op de website van de Zorgbalans.

Hieronder gaan we in op de resterende minnen omdat deze aanzetten voor de verbeteragenda voor de volgende Zorgbalans geven.

1 Niet alle gewenste indicatoren konden worden gemeten

De indicatoren geven tezamen een breed beeld van de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem, maar we 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 wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Vervolgens is een verdiepingsslag nodig om de (waarschuwing)signalen op hun echte waarde te schatten. In opdracht van het ministerie van VWS is de sector maatschappelijke ondersteuning buiten beschouwing gelaten. *Tabel 6.1* geeft op hoofdlijnen weer in welke mate de gebruikte indicatoren met (min of meer) adequate gegevens gevuld zijn.

Tabel 6.1: Kwaliteit van de empirische vulling van de indicatoren.

Zorgbehoefte/sector	Kwaliteit			Toegang	Kosten
	Effectiviteit	Veiligheid	Vraag-gerichtheid		
Gezond blijven/preventie					
Beter worden/curatieve zorg		X	X		
Leven met ziekte of handicap /langdurige zorg					
Zorg in de laatste levensfase					

Groen: goed; Oranje: matig; Rood: niet ingevuld; X: verbeterd in tweede Zorgbalans

Er zijn in deze tweede Zorgbalans dus verschillende lege plekken gevuld, al betreft het vaak eerste metingen en blijven er meerdere lege plekken over. De volgende Zorgbalans zal in ieder geval meer aandacht moeten besteden aan indicatoren voor de zorg in de eindfase van het leven (terminale fase, palliatieve zorg). In *tekstblok 6.1* is weergegeven in welke indicatordomeinen verbeteringen prioriteit hebben. Deze lijst is korter dan die in de eerste Zorgbalans.

2 De vergelijkbaarheid van gegevens is nog niet optimaal

Het ideaal is dat elke indicator in de Zorgbalans niet alleen trendgegevens, maar ook een internationale vergelijking én een vergelijking met een benchmark bevat. Dit is op alle drie onderdelen wel verbeterd, maar verdere verbetering is wenselijk (zie *tabel 6.2*).

Tekstblok 6.1: Prioriteiten in indicator-domeinen 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:

Algemeen

1) terminale en palliatieve zorg, 2) ervaringen en wensen van burgers, 3) zorg voor kwetsbare burgers (o.a. doelgroepen Openbare Geestelijke Gezondheidszorg)

Kwaliteit

4) preventie in de zorg, 5) volgen van richtlijnen en protocollen, 6) GGZ, 7) langdurige zorg

Toegankelijkheid

8) het bereik van zorg voor verschillende patiëntengroepen

Kosten

9) arbeidsproductiviteit in relatie tot kwaliteit

Onderlinge samenhang

10) relatie met gezondheid (VTV), 11) afstemming en samenwerking tussen sectoren, ketenzorg

Tabel 6.2: *Vergelijkbaarheid van gegevens in de Zorgbalans.*

Kenmerk	Percentage indicatoren dat aan kenmerk voldoet		Verbeteringen tweede Zorgbalans
	1 ^e ZB	2 ^e ZB	
Trend in de tijd	50%	61%	Veel indicatoren zijn bovendien over een langere periode gevolgd
Internationale vergelijking	20%	26%	De OECD heeft in <i>Health at a glance</i> nu ook indicatoren voor kwaliteit van zorg opgenomen; Nederland nam deel aan de Commonwealth Fund enquête
Vergelijking met (beleids)norm	<5%	21%	

Trendgegevens

Er is een aantal oorzaken waardoor het aantal trendgegevens niet hoger dan 61% ligt:

- De continuïteit van registraties is niet gewaarborgd. In de eerste Zorgbalans is hiervoor gewaarschuwd en op sommige punten is er meer zicht op continuïteit (POLS), maar op andere punten niet. Zo is de deelname van ziekenhuizen aan de diagnose- en verrichtingenregistratie van ziekenhuispatiënten (LMR) de afgelopen jaren verminderd en de kwaliteit van de gegevens is verslechterd. Daardoor dreigt ook het inzicht in de landelijke verspreiding van infectieziekten, oorzaken van ziekenhuissterfte en kosten van ziekten te verminderen. Juist nu het de bedoeling is om meer op de *resultaten* van de zorg te monitoren is deze achteruitgang fnuikend. Voor de volgende Zorgbalans en VTV is deze situatie zorgelijk.
- Verder hebben een aantal cruciale registraties ten onrechte de status van eenmalig en discontinu. Zo zou de Nationale Studie naar Ziekten en Zorg in de eerste lijn spoedig gestart moeten worden als het vervolg op de twee Nationale Studies naar

ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk die werden uitgevoerd in 1987 en in 2001. In 2007 is hiervoor een plan ontwikkeld door NIVEL en RIVM, waarbij voor het eerst de focus is verlegd van de huisartsenzorg naar de brede eerste lijn (Meuwissen et al., 2007). Voor veel thema's en indicatoren in de Zorgbalans en de VTV bepaalt wat we nu meten wat we straks weten over de geïntegreerde eerste lijn, inclusief de poortwachtersfunctie van de huisarts in het Nederlandse zorgsysteem. Een positieve ontwikkeling is de tweede ronde van het NEMESIS-project naar de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg in Nederland die zal gaan plaatsvinden.

- De nieuwe toegevoegde indicatoren bevatten vaak alleen de eerste meting. Indicatorontwikkeling is immers een langdurig proces. Het duurt vaak enkele jaren voordat voor een bepaald onderdeel van de zorg een set van indicatoren is vastgesteld op basis van doelstellingen, concepten en beschikbare indicatoren in de literatuur, waarover vervolgens overeenstemming is bereikt, een pilot is uitgevoerd in een deel van de betreffende sector, en ten slotte de eerste volledige meting in de hele sector is uitgevoerd. Dat is bijvoorbeeld merkbaar in de palliatieve en de acute zorg, waar men nog in de eerste fase van de indicatorontwikkeling zit, en in de langdurige zorg, waar nu net de eerste landelijke peiling van de normen verantwoorde zorg wordt uitgevoerd en binnenkort door de Stuurgroep Normen Verantwoorde Zorg zal worden gepresenteerd.
- Registraties veranderen regelmatig op onderdelen van karakter, zowel ten aanzien van inhoudelijke vraagstellingen als van de methode van gegevensverzameling of analyse. Dit bemoeilijkt trendvergelijkingen. Deze veranderingen worden deels geïnitieerd door de registratiehouders zelf om zo aan te sluiten bij maatschappelijke ontwikkelingen of de efficiency te verhogen, zoals de Eurobarometer (OECD).
- Ook beleidsveranderingen leiden vaak tot veranderingen in registraties, vooral in de (operationele) definities die gebruikt worden. Om de onderliggende trends te kunnen opsporen, moeten gegevens in dat geval zowel volgens de oude als de nieuwe definitie verzameld worden. Deze administratieve correcties kosten veel tijd en analytische inspanning, als ze al mogelijk zijn. Voorbeelden van door beleidsveranderingen geïnitieerde veranderingen in registraties zijn: 1: de verandering in de ziekenhuisfinanciering heeft tot de opbouw van de DBC-registratie geleid maar deze geeft nog niet het beoogde inzicht in de werkelijke kosten van behandelingen; en 2: de overgang van een aanbod- naar een functiegerichte financiering in de langdurige zorg heeft geleid tot de opbouw van de AWBZ-brede zorgregistratie, maar deze is nog niet helemaal voltooid en levert bijvoorbeeld nog geen betrouwbare en valide wachtlijstcijfers.
- Een bijkomend probleem is dat *andere* registraties die zich hadden afgestemd op de 'oude' definities, nu minder goed aansluiten bij de 'vernieuwde' registraties. De houders van deze registraties komen voor de keuze te staan om hun definities ook aan te passen. Als ze dat niet doen is het gevaar dat de samenhang van onderdelen in de zorg minder goed onderzocht kan worden. Voorbeelden hiervan zijn: 1. de overheveling van onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ-financiering naar de Zorgverzekeringswet brengt niet alleen met zich mee dat de financiële tijdreeksen voor curatieve en langdurige zorg daarvoor gecorrigeerd

moeten worden, maar heeft ook gevolgen voor de zorginhoudelijke registraties in de geestelijke gezondheidszorg zelf; en 2. de overgang van de huishoudelijke zorg van de AWBZ naar de Wmo maakt het niet alleen noodzakelijk de AWBZ- en pgb-gegevens uit eerdere jaren te corrigeren voor het aandeel huishoudelijke zorg, maar levert ook de vraag op hoe het samenspel tussen AWBZ- en Wmo-zorg op dit punt verloopt en onderzocht moet worden.

Al deze veranderingen samen verhullen het zicht op trendmatige ontwikkelingen, met als gevolg dat het beleid bij het nemen van beslissingen regelmatig meer op indrukken of onzekere en moeilijk te interpreteren cijfers over recente ontwikkelingen moet afgaan dan op goed onderbouwde trendgegevens. Veranderingen in registraties brengen daarnaast extra kosten met zich mee. Ze verhogen gedurende de soms lange overgangsperiode de administratieve lastendruk en daarmee de kosten van registraties. Ook de kosten van rapportages waarin deze overgangen geanalyseerd en verwerkt moeten worden, worden hoger.

Vergelijkingen met het buitenland

Het is in deze Zorgbalans gelukt om op meer punten een internationale vergelijking te maken. Naast vergelijkingen met OECD-landen (*Health at a glance*), zijn nu ook gegevens van de Commonwealth Fund survey gebruikt, waarin Nederland voor het eerst participeerde, en waarin de Verenigde Staten, Canada, Australië, Groot-Brittannië en Duitsland op het gebied van patiëntenervaringen met elkaar worden vergeleken. Ook zijn gegevens van de WHO-Silc gebruikt. De landen die zijn opgenomen in internationale vergelijkingen verschillen echter nogal eens en op het gebied van de langdurige zorg zijn nog nauwelijks internationale vergelijkingen beschikbaar. De internationale vergelijkbaarheid kan worden vergroot door een betere en tijdige data-aanlevering vanuit Nederland aan internationale organisaties en een intensieve deelname van Nederland aan internationale programma's voor harmonisatie van meetinstrumenten en -analyses.

Vergelijking met (beleids)norm

In deze Zorgbalans is een poging ondernomen om bij zoveel mogelijk indicatoren een zinvolle benchmarknorm op te sporen. Voor een aantal indicatoren bleek dat mogelijk. Dat betreft vooral indicatoren voor kwaliteit en indicatoren voor de bereikbaarheid van de acute zorg. Voor kostenindicatoren is deze exercitie niet uitgevoerd, omdat de beoordeling of een niveau als gunstig of ongunstig beschouwd kan worden vaak context-afhankelijk is en pas in samenhang met andere indicatoren plaats kan vinden. De introductie van marktwerking zet bovendien veel oude benchmarkniveaus van indicatoren in een ander licht (bijvoorbeeld de solvabiliteit van instellingen). Op de website wordt daarom aan de beleidsmatige gebruikers van de Zorgbalans alleen voor de kwaliteit van de zorg een instrument aangeboden om de bevindingen op beleidsrelevantie te beoordelen.

Conclusie

Met de tweede Zorgbalans is een steviger fundament gelegd voor een monitor op hoofdlijnen van de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de gezondheidszorg

die bij kan dragen aan de strategische beleidsvoering ten aanzien van de zorg in de komende jaren. Daarmee zijn we er echter nog niet. Om werkelijk de ambities van de Zorgbalans in de toekomst waar te maken, is een aantal belangrijke verbeteringen nodig en zal een aantal bedreigingen het hoofd moeten worden geboden

Omdat de Zorgbalans primair een monitor-instrument is, vormt de gebrekkige continuïteit van registraties het grootste zorgenkind. Als de Landelijke Medische Registratie 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 Landelijke Medische Registratie in ziekenhuizen (LMR),
- het starten van de Nationale Studie naar Ziekten en Zorg in de Eerste Lijn,
- de continueren van de deelname aan de internationale vergelijkende survey van het Commonwealth Fund,
- een goede aanlevering van gegevens aan internationale instanties.

6.3 De bruikbaarheid van de Zorgbalans

Het belangrijkste ijkpunt van de Zorgbalans is de bruikbaarheid voor de strategische beleidsvorming.

De zeggingskracht voor beleid is toegenomen

Het belangrijkste doel van de Zorgbalans is het scheppen van een samenhangend beeld. De mate waarin dit lukt, is vooral afhankelijk van een goede aansluiting tussen indicatoren en het referentiekader van waaruit de beoordeling gebeurt. De bruikbaarheid voor beleid is verbeterd door de uitgevoerde benchmark-exercitie en het behandelen van drie thema's die de bevindingen in samenhang presenteren. Een verdere verbetering is noodzakelijk om het uiteindelijke doel te bereiken en het niveau van een encyclopedisch naslagwerk, hoe zinvol dat ook is, te ontstijgen. Direct na het uitkomen van deze tweede Zorgbalans zal samen met het ministerie van VWS en veldpartijen aan de beleidsmatige beoordeling en interpretatie van de (kern)bevindingen voor de strategische besluitvorming gewerkt worden.

De belangrijkste beleidsmatige vragen die met de Zorgbalans verband houden en waarvoor de Zorgbalans gegevens en een (gedeeltelijke) interpretatie kan aanleveren, zijn:

- Hoe en waar kan de kwaliteit van zorg het meest verbeterd worden?
- Hoe en waar kan de toegankelijkheid van de zorg het meest verbeterd worden?
- Hoe en waar kunnen kosten(stijgingen) binnen aanvaardbare perken gehouden worden?
- Hoe en waar kan de doelmatigheid het best verbeterd worden?
- Wat is de optimale afweging tussen 'oplossingen' binnen en tussen deze maatschappelijke doelen?

Deze achterliggende beleidsvragen spelen ook op een lager niveau, bijvoorbeeld:

- Is er – bij een bepaald kostenniveau – meer gezondheid te winnen door het verbeteren van de acute zorg of curatieve zorg voor chronisch zieke patiënten?
- Is meer gezondheid en kwaliteit van leven te winnen door het verbeteren van de zorg voor mensen met diabetes, of voor mensen met depressiviteit of voor mensen met dementie?
- Is het belangrijker en wenselijker om de wachttijden te verkorten of de reistijden?
- Is meer gezondheid voor zoveel mogelijk mensen beter te bereiken door de zorg voor lager opgeleiden, dan wel voor migranten of marginale groepen zoals dak- en thuislozen te verbeteren?

Er is nu voor gekozen om in de benchmark-exercitie elke indicator een gelijk gewicht te geven, alsof ze allemaal even belangrijk zijn. Een belangrijke verbetering kan gemaakt worden door de afzonderlijke indicatoren niet langer allemaal als onderling gelijkwaardig naast elkaar te presenteren. Niet alle indicatoren hebben immers een gelijk gewicht. De ernst van te lang wachten in de wachtkamer is van veel minder gewicht dan de ernst van te lang wachten op spoedhulp in het geval van levensbedreiging. De volgende stap kan zijn om het belang van de afzonderlijke indicatoren van een weegfactor te voorzien. Die weegfactoren zijn afhankelijk van het referentiekader. Het WHO-referentiekader dat in *paragraaf 5.3* is toegelicht, kan hierbij behulpzaam zijn. Dat referentiekader onderscheidt vijf maatschappelijke doelen van het zorgsysteem: het verbeteren van gezondheid en kwaliteit van leven, het verbeteren van patiëntgerichtheid, en een rechtvaardige verdeling van gezondheid, patiëntgerichtheid en kosten (WHO, 2000).

6.4 Hoe gaat de zorgbalans verder?

Zorgbalans 2010 en 2014

Bij de opzet van de Zorgbalans is gekozen voor een tweejaarlijkse verschijningsfrequentie. Met name in de ontwikkelingsfase werd dat wenselijk geacht. Deze tweede Zorgbalans laat zien dat er een verdere ontwikkelstap is gezet, maar dat de Zorgbalans nog niet uitontwikkeld is. Verwacht wordt dat de volgende Zorgbalans wel in grote mate uitontwikkeld zal zijn, en dat daarna de periodiciteit verlaagd kan worden tot eens in de vier jaar. Het is dan wel van belang dat tussentijds informatie wordt geactualiseerd op een website. Een vierjaarlijkse frequentie na 2010 heeft twee voordelen: 1. het versterkt de verdieping van de reflectie op de veranderingen in de afgelopen jaren en geeft daarmee een betere basis voor de beleidsontwikkeling in de jaren daarna en voor de middellange termijn; en 2. de Zorgbalans kan tezamen met de VTV uitkomen. Daarmee kunnen de ontwikkelingen in de gezondheid en de zorgbehoeften van de Nederlandse bevolking aan de ene kant, en de ontwikkelingen in de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van het zorgsysteem (preventie in brede zin, curatieve zorg en langdurige zorg) aan de andere kant in hun totaal en in onderlinge samenhang worden gezien.

De website

De website van de Zorgbalans (www.gezondheidszorgbalans.nl) bevat voor alle indicatoren naast de gegevens uit het rapport nu ook een wetenschappelijke onderbouwing, 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. Door gebruik te maken van verbindingen met de websites van Nationaal Kompas Volksgezondheid, Nationale Atlas Volksgezondheid en Kosten van Ziekten in Nederland gebeurt dit op een zo efficiënt mogelijke manier en wordt de consistentie bewaakt. Net zoals bij het Nationaal Kompas en de Nationale Atlas Volksgezondheid zal in de periode tussen twee Zorgbalansrapportages gegevens op de website van de Zorgbalans periodiek geactualiseerd worden. Dat biedt ook de mogelijkheid om voor sommige indicatoren meer achtergrondgegevens op te nemen, zoals uitsplitsingen van gegevens naar bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, zorgsectoren, regio of diagnoses.

REFERENTIES

- Abbink FPJ, Oomen SLN, Zwakhals HE, et al. Vaccinatietoestand Nederland; per 1 januari 2005. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Actiz. Locaties verpleeg- en verzorgingshuizen, 2007. Databewerking RIVM.
- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Disparities Report 2003. Rockville, MD: AHRQ, 2004.
- AND. Matrix, 2007.
- 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. Persbericht. Utrecht: Arcares, 2005a.
- Arcares, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Sting, Z-Org. Toetsingskader voor verantwoorde zorg. Een operationalisatie van het visiedocument normen voor verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V. Utrecht: Arcares, 2005b.
- Atkinson T. Atkinson Review: Final Report. Measurement of Government Output and Productivity for the National Accounts. Norwich: Palgrave Macmillan, 2005.
- AZN, AmbulanceZorg Nederland. Ambulances in-zicht, 2006. Zwolle: AZN, 2007.
- Bemt PMLA van den, Egberts TCG. Hospital admissions related to medication. Utrecht: Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Division of Pharmacoeconomics & Pharmacotherapy, 2006.
- Blank J. Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares? *ESB* 2005;4452:D30-D31.
- Blank JLT, Eggink E. The Decomposition of Cost Efficiency: An Empirical Application of the Shadow Cost Function Model to Dutch General Hospitals. *Health Care Manag Sci* 2004;7:79-88.
- Blank JLT, Eggink E, Merckies AHQM. Tussen bed en budget: een empirisch onderzoek naar de doelmatigheid van algemene en academische ziekenhuizen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998.
- Bloor K, Maynard A. The productivity of health care. *Health Economics* 2006;15:1257-1259.
- Boer D de, Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Meting 2007 voor www.kiesBeter.nl. Utrecht: NIVEL, 2007a.
- Boer D de, Hendriks M, Damman OC, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ, van der Meulen-Arts S. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007. Utrecht: NIVEL, 2007b.
- Boo A de, Kuenen JW. Liberalisatie en groei. Eerste indicatie van kostengroei in de ziekenhuiszorg binnen het geliberaliseerde B-segment. Zeist/Amsterdam: Vektis/The Boston Consulting Group, 2008.
- Boel M, Blekman J, de Jong S, Ruiter M, Vordouw I. Verminderen van suïcidaliteit.

- Beleidsadvies Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Borghans I, Van Hartingsveld C. Transmurale afdelingen. Onderzoek naar het functioneren van transmurale afdelingen in Nederland 2006. Utrecht: Prismant, 2007.
- Both JC, Halfens RJG. Decubitusprevalentie als indicator van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. http://www.medisch-contact.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_138_TICH_R2073971026353158.
- Brake H te, Verheij R, Abrahamse H, de Bakker D. Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging. Monitor 2006. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Brink-Muinen A van den, Spreeuwenberg P, Rijken PM. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Brouwer W, Sixma H, Triemstra M, Delnoij D. Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten. Meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Bruijne MC de, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam/Utrecht: EMGO/NIVEL, 2007.
- Busse R, Schreyögg J, Smith PC. Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – results from the *Healthbasket* project. Health Econ 2008;17:S1-S8.
- Busse R, Wörz M, Foubister Th, Mossialos E, Berman P. Mapping Health Service Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCES). In voorbereiding.
- Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgopleidingen. Advies 2008 over de initiële opleiding geneeskunde beide vanaf 2009. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2008.
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Preventie van valincidenten bij ouderen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications BV, 2004.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Leefstijl Nederlander niet verbeterd. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-021-pb.htm>. 2007a. Geraadpleegd 19-01-2008.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-2304-wm.htm>. 2007b. Geraadpleegd 29-01-2008.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2007. Voorburg/Heerlen: CBS, 2007c.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Conjunctuurbericht 27 maart 2007. 2007d. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/conjunctuur/publicaties/conjunctuurbericht/inhoud/kwartaal/archief/2007/2007-03-27-k-03.htm>.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2006. Voorburg/Heerlen: CBS, 2006a.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Working paper Zorgrekeningen 1998-2005. Voorburg/Heerlen: CBS, 2006b.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Budgetonderzoek. Voorburg: CBS, 2004.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Budgetonderzoek. Voorburg: CBS, 2003.
- CBS Statline. Gezondheid en welzijn, gezondheidstoestand, gerapporteerde gezondheid en leefstijl. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLN1&lp=Search%2FSearch>. Geraadpleegd 04-04-2008a.
- CBS Statline. Gezondheid en welzijn, zorggebruik, gebruik medische voorzieningen,

- tandarts. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search%2FSearch>, Geraadpleegd 04-04-2008b.
- CBS Statline. Aantal geboortes. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search%2FSearch/>Bevolking>maandcijfers>bevolkingpermaand, kwartaal, jaar>. 2007a. Geraadpleegd 01-11-2007a.
- CBS Statline. Aantal geboortes. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search%2FSearch/>Bevolking>sterfte>. Geraadpleegd 01-11-2007b.
- CBS Statline. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search%2FSearchGezondheidenwelzijn,zorggebruik,gebruikmedischevoorzieningen,consultatiebureau>. Geraadpleegd 15-10-2007c.
- CBS Statline. <http://www.statline.nl>. Geraadpleegd 2-10-2007d.
- CBS Statline. Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten 2006, mei 2007. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71434NED&D1=a&D2=l&HDR=T&STB=G1&VW=T>. Geraadpleegd 2-10-2007e.
- CBS, Statline. Vacatures; vacaturegraad per kwartaal. http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?TT=2&LA=nl&DM=SLNL&PA=70788ned&D1=a&D2=a,!2,!7,!13&D3=a_. Geraadpleegd 08-08-2007f.
- CBS, Statline. Ziekteverzuim. [http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=70812ned&D1=a&D2=0&D3=\(l-11\)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=70812ned&D1=a&D2=0&D3=(l-11)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2). Geraadpleegd 27-08-2007g.
- CBS, Statline. Personeel verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. <http://statline.cbs.nl/statweb/>. Geraadpleegd 12-11-2007h.
- CIBG. Archief Jaardocumenten. <http://www.desan.nl/net/DoSearch/Search.aspx>. Geraadpleegd 10-12-2007.
- Cloutier-Fisher D, Penning MJ, Zheng C, Druyts EF. The devil is in the details: trends in avoidable hospitalization rates by geography in British Columbia, 1990-2000. *BMC Health Serv Res* 2006;6:104.
- Coelli TJ, Prasada Rao DS, O'Donnell CJ, Battese GE. *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis*. New York: Springer, 2005.
- Colsen PJA, Casparie AF. Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Med Contact* 1995;50:297-299.
- Consumentenbond. <http://www.consumentenbond.nl>. Geraadpleegd 30-05-2005.
- CPB, Centraal Planbureau. Centraal Economisch Plan 2007: eerste ervaringen met stelselherziening zorg. Den Haag: CPB, 2007a. <http://www.cpb.nl/nl/pub/cep-mev/cep/>. Geraadpleegd 15-02-2008.
- CPB, Centraal Planbureau. QALY-tijd. Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen. Den Haag: CPB, 2007b. CPB Document, No. 152.
- CPB, Centraal Planbureau. Actualisatie Economische Verkenning 2008-2011. Den Haag: CPB, 2007c. CPB Document, No. 151.
- Cuijpers P. Hoe goed is de zorg voor mensen met angst-, stemmings- of middelstenstoornissen in Nederland? *MGv* 2008;63:138-140.
- Cutler DM. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *J Econ Literature* 2002;40:881-906.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Zorgcijfers kwartaalbericht 3^e kwartaal 2007. Financiële ontwikkelingen ZvW en AWBZ. Diemen: CVZ, 2008.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Lan-delijke wachtlijstrapportage AWBZ: peildatum 1 januari 2007. Diemen: CVZ, 2007a.

- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Pakket-advies 2007. Diemen: CVZ, 2007b.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Treek-normen V&V en GZ, bron AZR peildatum 01-01-2007. Brief 27080834. Diemen: CVZ, 2007c.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Wachtlijsten in de verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg in 2005 en achtergronden. Diemen: CVZ, 2006.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005. Diemen: CVZ, 2005.
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Sixma HJ. CQ-index Mammacare: meet-instrumentontwikkeling Kwaliteit van zorg rondom een borstafwijking vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P. Ervaringen van verzekeren met de zorg en de zorgverzekeraars. Meting 2006 voor www.kiesBeter.nl. Utrecht: NIVEL, 2006.
- De huisartsenpost, 2007. www.dehuisartsenpost.org. Geraadpleegd 24-09-2007.
- Deckers JW, Merry AHH, Feskens EJM, Eysink PED. Coronaire hartziekten. De ziekte, de determinanten en de zorg voor de patiënt. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2006. www.nationaalkompas.nl. Geraadpleegd 20-02-2008.
- 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: VWS, 2002.
- Deloitte. Collectieve afhankelijkheid. Onderzoek naar de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt. Amstelveen: Deloitte Consultancy, 2006.
- DGV, Instituut voor verantwoord medicijngebruik. FTO-peiling 2006. Kwaliteit van farmacotherapieoverleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV, 2007.
- DGV, Instituut voor verantwoord medicijngebruik. FTO-peiling 2005. Kwaliteit van farmacotherapieoverleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV, 2006.
- DGV, Instituut voor verantwoord medicijngebruik. FTO-peiling 2004. Kwaliteit van farmacotherapieoverleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV, 2005.
- Dieperink C, van Dijk R, de Vries S. Allochtonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit. MGv 2007;62:710-720.
- Dijk L van, Volkers A, Wolters I, de Bakker D. Het gebruik van elektronische formularia in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2008. In druk.
- Dijs-Halfwerk MGC. Evaluatie Richtlijn Contactmomenten. Basispakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Platform Jeugdgezondheidszorg en TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
- DNB, De Nederlandsche Bank. Kwartaalbericht maart 2008. Amsterdam: DNB, 2008.
- DNB, De Nederlandsche Bank. Het nieuwe zorgstel: een positieve tussenstand. Amsterdam: DNB, 2007.
- DNB, De Nederlandsche Bank. Kwartaalbericht juni 2007. Amsterdam: DNB, 2007a.
- DNB, De Nederlandsche Bank. Solvabiliteit en winst- en verliesrekening van de ziektekostenverzekeraars. <http://www.statistics.dnb.nl/index.cgi?lang=nl&odo=Verzekeraars>. Amsterdam: DNB, 2007b. Geraadpleegd 10-03-2008.
- Dorselaer S van, Zeijl E, van den Eeckhout S, ter Bogt T, Vollebergh W. HBSC 2005. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Douven R, Mannaerts H. Doelmatige zorg versus risicoselectie. ESb 2008;93(4530):132-135.
- Dragt W, Hoeksma BH, Pansier-Mast ML. Kwaliteit van zorg ingekocht met een

- persoonsgebonden budget. Enschede: HHM, 2006.
- Dückers M, Wagner C. Evaluatie Sneller Beter pijler 3: het interne vliegwiel. De stand van zaken in de eerste acht ziekenhuizen na twee jaar deelname. Utrecht: NIVEL, 2007.
- EC, European Commission. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272. EC, 2007.
- Eggink E, Blank J. Verstandig verzorgd. Een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2001.
- Erasmus MC. Kritische Kengetallen 2005; baarmoederhalskankerscreening. In druk.
- EU, Richtlijn 2002/98/EG van het Europees parlement en de Raad van 27 januari 2003 tot vaststelling van kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het inzamelen, testen, bewerken, opslaan en distribueren van bloed en bloedbestanddelen van menselijke oorsprong en tot wijziging van Richtlijn 2001/83/EG van de Raad. Publicatieblad Europese Unie 2003.8.2 http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2002_98/dir_2002_98_nl.pdf.
- Eurostat. Handbook on price and volume measures in national accounts. Luxembourg: Eurostat, 2001.
- Eurotransplant. Yearly statistics. www.eurotransplant.nl.
- EZ, Ministerie van Economische Zaken. Onderzoek marktwerkingsbeleid. Den Haag: EZ, 2008.
- Franken M. Health System Goals. What are the relative social preferences in the Netherlands? Bilthoven: RIVM, 2008.
- 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):160-1.
- Gakidou E, Murray CJL, Evans DB. Quality and Equity: Preferences for Health System Outcomes. In: WHO, World Health Organization. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: WHO, 2003:667-675.
- Gelsema T, Delnoij D, Tiemstra M. Kwaliteit van zorg rondom een heup- of knieoperatie vanuit het perspectief van patiënten. Meetinstrumentontwikkeling en validatie. Utrecht: NIVEL, 2006.
- GGZ Nederland. Wachtlijsten in ggz-instellingen op januari 2007. Amersfoort: GGZ Nederland, 2007.
- GGZ Nederland. Wachtlijsten in ggz-instellingen op januari 2005. Amersfoort: GGZ Nederland, 2005.
- Ginneken P van, Schoemaker C. GGZ in tabellen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Goudriaan G, Vaalburg AM. De vraag als maat. Vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief. Utrecht: NP/CF, 1998.
- 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.
- Grol R, Faber M. Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Onderzoek onder consumenten en patiënten in 7 landen. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), 2007.
- Gupta, Gupta Strategists. 'The Odyssey'. Study of Dutch hospitals 2006. Ophemert: Gupta, 2007.
- Halbersma RS, Mikkers MC, Motchenkova E, Seinen I. Market structure and hospital bargain in the Netherlands. Tilburg: Tilburg University, 2007.
- Halfens RJG, Meijers JMM, Neyens JCL, Offermans MPW. Landelijke Prevalentieme-

- ting 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):748-757.
- Halkes R. Het gebruik van ziekenhuisranglijsten door de consument. Zaltbommel: Van Spaendonck Management Consultants BV, 2007.
- Ham M van, Luijsterburg J, Brouwers E. Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg verslagjaar 2006. Tilburg: Tranzo, 2007.
- Health economics. Special issue: Analysing the variation in health care treatment costs in Europe. *Health Econ* 2005;17(S1):1-103.
- 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 Research*. In druk.
- Heijmans M, Rijken M, van Dijk L, Dijkers F. Chronisch zieken vertrouwen op behandelaren. Ervaringen en verwachtingen van chronisch zieken rond polyfarmacie en herhalingsreceptuur. *Pharmaceutisch Weekblad* 2004;139(20):690-694.
- Hendriks M, Delnoij D, van der Meulen-Arts S, Brouwer W, Spreeuwenberg P. Ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraars. Consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Herten LM van, Oudshoorn K, Perenboom RJM, Mulder YM, Hoeymans N, Deeg DJH. Gezonde levensverwachting naar sociaaleconomische status. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
- HHM, Hoeksma, Homans & Menting. Verdiepend onderzoek naar de problematische wachtlijsten in de AWBZ. Enschede: HHM, 2007.
- Hilten O van, Kleima F, Langenberg H, Warns P. Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector. *ESB* 2005;90(4452):D3-D5.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Polder JJ (red.). Zorg voor Gezondheid; Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Hollestelle ML, Hilbers ESM, van Tienhoven EAE, Geertsma RE. Geavanceerde medische technologie in de thuissituatie: inventarisatie, gebruikersaantallen en risico's. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Houwelingen M van, Lambooij M. Verantwoordingsdocument indicator Telecare. Toepassingen in de thuissituatie. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Universiteit Utrecht, 2007.
- Hulsbosch L, Nicholas S, Wolf J. Dakloos in Leiden. Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- IGZ. Patiëntveiligheid. <http://www.igz.nl/dossiers/patientveilighe/>. Geraadpleegd 06-02-2008.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk. Toets op risico's in de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking 2006-2007. Den Haag: IGZ, 2007a.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2006. Den Haag: IGZ, 2007b.

- IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg. Werkplan 2007. Risico's eerst. Den Haag: IGZ, 2006.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Drie jaar inspectieformulier: een verzameling van kwaliteitsinformatie. Den Haag: IGZ, 2006a.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg Basisset. Den Haag: IGZ, 2006b.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2005. Den Haag: IGZ, 2006c.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003. Den Haag: IGZ, 2006d.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteit Medische Opvang Asielzoekers. Den Haag, IGZ, 2006e.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2004. Den Haag: IGZ, 2005.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Locaties apotheken, 2004. Databewerking RIVM.
- IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality chasm: A New Health System for the 21st century. Washington DC: National Academies Press, 2001.
- IPCI, Integrated Primary Care Information. Ziekenhuisopnames door bijwerkingen van geneesmiddelen. Een inventarisatie. Rotterdam: IPCI, 2006.
- Isken LD. Wat is het bereik en de effectiviteit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Van ziekten en aandoeningen\ Infectieziekten\ Rijksvaccinatieprogramma, 8 december 2005.
- Jacobs R, Smith PC, Street A. Measuring Efficiency in Health Care. Analytic Techniques and Health Policy. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, Hurwitz B, Iezzoni LI. Explaining differences in Hospital death rates using routinely collected data. Br Med J 1999;318:1515-20.
- Jedeloo S, Schrijvers G. Landelijk klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgaanvragers. Utrecht: UMC/Julius Centrum, 2007.
- Jena AB, Philipson T. Cost-Effectiveness As A Price Control. Health Affairs (Millwood) 2007;26(3):696-703.
- Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance. Harvard Business Review 1992;71-79.
- KCWZ, KennisCentrum Wonen-Zorg, 2007. <http://www.kcwz.nl/kleinschaligwonen/dementie.html>. Geraadpleegd 18-10-2007.
- Kerkhof AFJM, Mulder S, Draisma JA. Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen. TSG 2007;85:37-42.
- Kiesbeter. <http://www.kiesbeter.nl/verpleging-verzorging/Kwaliteit>. Geraadpleegd 10-10-2007.
- Kok R. Health Care System Proces Utility Compared: Using a Hierarchical Ordered Probit Regression Analysis. Rotterdam: Erasmus University, 2008.
- Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends In Avoidable Hospitalizations, 1980-1998. A national indicator of gaps and improvements in access to care. Health Affairs (Millwood) 2001;20(2):225-232.
- Kwaliteitswet zorginstellingen (wet van 18 januari betreffende de kwaliteit van zorginstellingen). Staatsblad 1996, nr. 80.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1974.
- Lambooi MS, Westert GP. Diffusion of innovations in health care: Comparing

- OECD countries on a composite score of innovations in health care. www.gezondheidszorgbalans.nl, 2008.
- Lanting CI, Galindo Garre F, Breuning-Boers JM, Verkerk PH. Evaluatie van de screening op AGS/CH/PKU bij kinderen geboren in 2006. In druk.
- Lanting CI, Verkerk PH. Evaluatie van de screening AGS/CHT/PKU bij kinderen geboren in 2003. Leiden: TNO Kwaliteit van leven, 2005.
- Laske-Aldershof T, Schut FT. Monitor verzekerdenmobiliteit. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS. Rotterdam: EUR/ibmg, 2005.
- Leerdaam FJM van, van der Ploeg CBP.Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen door de Jeugdgezondheidszorg. Opbrengst en belang van screenen. *Bijblijven* 2004;20:22-32.
- LETB. LETB tussen rapportage 2006. Rotterdam/Nijmegen: Erasmus MC/UMC St Radboud, 2006.
- Lugtenberg M, Westert GP. Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers. Een internationale verkenning van initiatieven. Tilburg: Tranzo, 2007.
- Maat M van der, de Jong J. Mensen waarderen hun vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg met een ruime voldoende. Factsheet. Utrecht: NIVEL, 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):63-84.2007.
- Meuwissen LE, de Bakker DH. CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van patiënten: de ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 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.
- Middelbeek L, Blokdijk L, Schuit AJ, Buijs G, Rutz SI, Schilthuis HJ, Bemelmans WJE. Overgewichtpreventie in het voortgezet onderwijs. Bilthoven: RIVM, 2007. Rapport 260412001/2007.
- Milder IEJ, Blokstra A, de Groot J, van Dulmen S, Bemelmans WJE. Lifestyle counseling in hypertension-related visits; analysis of video taped general practice visits. Aangeboden.
- Monshouwer K, van Dorsselaer S, Gorter A, Verdurmen J, Vollebergh W. Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek 2003. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Mosca I, Pomp M, Shestalova V. Market share and price in Dutch home care: market power or quality? Den Haag: CPB, 2007. CPB discussion paper, No. 95.
- Murray CL, Evans DB, Health System Performance Assessment, Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization, 2003.
- Murray CJL, Lopez AD. Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray CJL, Lopez AD (eds). *The global burden of disease*. Boston: Harvard University Press, 1996:201-46.
- Newhouse, JP. Medical care costs: how much welfare loss? *J Econ Perspect* 1992;6(3):3-23.
- NIVEL. Registratie van Beroepen in de Gezondheidszorg, 2007. <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=1483>. Geraadpleegd 05-09-2007a.

- NIVEL. Registratie van Beroepen in de Gezondheidszorg; huisarten naar functie en geslacht. <http://www.nivel.nl/beroepen-indezorg>. Geraadpleegd 12-12-2007b.
- NIVEL. Locaties fysiotherapeuten en huisartsen, 2006. Databewerking RIVM.
- NIVEL. Locaties huisartsen, 1998. Databewerking RIVM.
- Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.
- Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129-1133.
- NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Jaarverslag. Leiden: NTS, 2004 – 2007.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitorspecial: de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg. Utrecht: NZa, 2007a.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Extramurale AWBZ-zorg: analyse van de marktontwikkelingen in 2006 en 2007. Utrecht: NZa, 2007b.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor zorgverzekeringsmarkt. Utrecht: NZa, 2007c.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor ziekenhuiszorg 2007: analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007. Utrecht: NZa, 2007d.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor fysiotherapie 2007. Is de markt voor fysiotherapie definitief klaar voor vrije prijzen? Utrecht: NZa, 2007e.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Oriënterende monitor huisartsenzorg. Utrecht: NZa, 2007f.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Vermogens Zorgaanbieders: kengetallen in beeld: 2005-2006. Utrecht: NZa, 2007g.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Dataset RAK. Utrecht: NZa, 2007h. Databewerking RIVM.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006. Utrecht: NZa, 2006a.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht. Utrecht: NZa, 2006b.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Rapport zorgveiling, een onderzoek naar het veiligen van kraamzorg. Utrecht: NZa, 2006c.
- Octrooicentrum Nederland, 2007. Data op aanvraag aan RIVM geleverd.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2007. OECD Indicators. Paris: OECD, 2007a.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Care Quality Indicators Project 2006. Data collection update report. Paris: OECD, 2007b.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. HCQI Conceptual Framework Paper. Paris: OECD, 2005.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Technology and Decision Making. Paris: OECD, 2005a.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Eurobarometer 2003, Public's satisfaction with health care system, EU countries, 2002. Paris: OECD, 2005b.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Towards High-Performing Health Systems. The OECD Health Project. Paris: OECD, 2004.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. A System of Health Accounts Version 1.0. Paris: OECD, 2000.
- OECD Health Data 2007. Paris: OECD, 2007.
- Pannekeet-Helsen, MJE, Rijken M, Kok L, Hop P. Aftrek buitengewone uitgaven 2005 door chronisch zieken en gehandicap-

- ten. Utrecht/Rotterdam: NIVEL/ISEO, 2006.
- Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. (red.) European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. European Communities. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
- Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn contactmomenten; basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Den Haag: Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003.
- Poortvliet MC, Gerritsen DL, van Beek APA, Spreeuwenberg PPM, de Leeuw JRJ, Wagner C. Kwaliteit van leven in de V&V sector de samenhang tussen kwaliteit van leven van cliënten en kenmerken van de instelling. Utrecht: NIVEL 2007.
- PREZIES, 2007. http://www.prezies.nl/prev/ref_cijfers/Referentiecijfers%20Prevalentie%20mrt%202007.pdf.
- Prismant. Verkeerde-bed-problematiek. http://www.prismant.nl/prismant/Nieuws/Lichte_daling_verkeerde_bed_patinten_. Utrecht: Prismant, 2007.
- PWC, PriceWaterhouseCoopers. Top-100 grootste zorgaanbieders. Amsterdam: PWC, 2007.
- PWC, PriceWaterhouseCoopers. Weten voor beter. Brancherapport benchmark gehandicaptenzorg. Amsterdam: PWC, 2007.
- Ramakers C, de Graauw K, Sombekke E, Vierke H, Doesborgh J, Woldringh C. Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006. Eindrapport. Nijmegen: ITS, 2007.
- Renine, Stichting Registratie Nierfunctie Nederland. 2007. Data op aanvraag aan RIVM geleverd.
- Rijksbegroting 2008. Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS, 2007.
- Rijksbegroting 2007. Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS, 2006.
- Rijksbegroting 2004. Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS, 2003.
- Riper H, Smit F, van der Zanden R, Conijn B, Kramer J, Mutsaers K. E-mental health, high tech, high touch, high trust. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Pilotstudie arbeidsinzet in de zorg. Arbeidsinzet gedifferentieerd naar diagnose, een verkenning. Bilthoven: RIVM, 2008. Verwacht.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationale Atlas Volksgezondheid. www.zorgatlas.nl.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid. www.nationaalkompas.nl.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Locaties ziekenhuizen, 2007, 2006, 2001.
- Roland Berger, Roland Berger Strategy Consultants. Trends in European health care. How to create value in a dynamic environment. Amsterdam: Roland Berger, 2007.
- Rupp I, Smulders A, Klazinga NS, Delnoij D, Spreeuwenberg P. Ervaringslijst diabetes – Onderzoek naar het discriminerend vermogen. Amsterdam: UvA/AMC/Afdeling Sociale geneeskunde, 2006.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Kwaliteit zorg verslechtert snel door enorme personeelstekorten. Den Haag: RVZ, 2006a. Persbericht 14 september 2006.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Arbeidsmarkt en Zorgvraag. Den Haag: RVZ, 2006b.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. De Staat van het Stelsel. Zoetermeer: RVZ, 2004.

- Schaub RMH. Zijn vraag en aanbod voldoende op elkaar afgestemd? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Eerstelijnszorg\ Mondzorg, 24 september 2007.
- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs* 2007;26:w717-w734.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the frontlines of care: Primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs* 2006;25(6):555-571.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs* 2005;(W5):509.
- Schut E. Pas op de plaats nodig voor nieuwe stap voorwaarts. *Christen Democratische Verkenningen* 2007;28(Herfst):128-137.
- Schut FT, de Bruijn D. Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie. Rotterdam: EUR/iBMG, 2007.
- SCK, Stichting Client & Kwaliteit. Alles naar wens? Utrecht: SCK, 2006.
- SCP, Sociaal Cultureel Planbureau. Publieke prestaties in perspectief. Memorandum quartaire sector 2006-2011. Den Haag: SCP, 2007.
- Selten J-P, Wierdsma A, Mulder N, Burger H. Treatment seeking for alcohol and drug use disorders by immigrants to the Netherlands. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2007;42:301-306.
- Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002;11(8):659-66.
- SIVZ, Stichting Informatievoorziening Zorg. Allochtonen in de ambulante verslavingszorg in Nederland (1996-2004). *Ladis bulletin* 2005;(december).
- Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2002.
- Soara de Freitas C. Health has no borders. Cape Verdean immigrants in the Netherlands and the transnational quest for health across Europe. *Migration Health Social Care* 2005;1:19-37.
- Stam P, van de Ven WPMM. De harde kern in de risicoverevening. *ESB* 2008;93:104-107.
- Stivoro. http://www.stivoro.nl/Voor_professionals/Feiten___Cijfers/Actuele_gegevens_over_roken/Index.aspx?mId=9929&rId=299. Geraadpleegd 04-04-2008.
- Stüssgen RAJ. De nieuwe patiënt op weg naar autonomie. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997. Proefschrift.
- Tamsma N. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: HealthQuest. The Netherlands Country Study. Bilthoven: RIVM, 2008. Intern rapport.
- Tannen A, Bours G, Halfens R, Dassen T. A comparison of pressure ulcer prevalence rates in nursing homes in the Netherlands and Germany, adjusted for population characteristics. *Research Nursing Health* 2006;29(6):588-96.
- Tongeren P van, Bal C. Blijven vragen wat kwaliteit is. Filosofische bijdrage aan de kwaliteitszorgdiscussie in de gezondheidszorg. *Ethische perspectieven* 1998;8(4):311
- Trimbos-instituut: <http://www.trimbos.nl/default20068.html>>laatste feiten en cijfers. Geraadpleegd 08-01-2008.
- TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. TRIP rapport 2006. Den Haag: TRIP, 2007.
- TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. TRIP rapport 2005. Den Haag: TRIP, 2006.

- TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. TRIP rapport 2004. Den Haag: TRIP, 2005.
- TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. TRIP rapport 2003. Den Haag: TRIP, 2004.
- Vandermeulen L. Zorg rond arbeidsproductiviteit. ESB 2005;90(4452):D6-D8.
- Vandermeulen LJR, van den Berg MM, van Eijk W, et al. Geneesmiddelen geteld. Utrecht: NZi, 1999.
- Veen A van der, Zwakhals SLN, Hazelzet-Crans B, van Manen JW. Niet zonder zorg; een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Veer AJE de, Poortvliet EP, Vogel B, Francke A. De aantrekkelijkheid van het beroep 2007. Een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: NIVEL, V&VN, LEVV, 2007.
- Vektis. Vooruitblik 2008. Zorgthermometer, najaar 2007. Zeist: Vektis, 2007a.
- Vektis. Monitoring Vogelaarakkoord 2006. Zeist: Vektis, 2007b.
- Vektis. Zorgmonitor - Jaarboek 2006. Financiering van de zorg in 2005. Zeist: Vektis, 2006.
- Vektis. Zorgmonitor - Jaarboek 2005. Financiering van de zorg in 2004. Zeist: Vektis, 2005.
- Vektis. Zorgmonitor - Jaarboek 2004. Financiering van de zorg in 2003. Zeist: Vektis, 2004.
- Vektis. Zorgmonitor - Jaarboek 2003. Financiering van de zorg in 2002. Zeist: Vektis, 2003.
- Ven WPMM van de, Prinsze FJ, de Bruijn D, Schut FT. Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening. ESB 2005;90:223-225.
- Vernet. <http://www.vernet.nl>. 2007. Geraadpleegd 27-08-2007.
- Verschoor H, Stolker DHMC, Franke CL. Stroke Services anno 2003. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.
- Verweij G, de Bruin A, de Ree J, Kardaun J. Ziekenhuisopnamen naar herkomst-groepering en diagnose, 1995-2001. Bevolkingstrends 2004;3:97-121.
- Verwey B. Don't forget. Contributions to the assesment and management of suicide attempters in the general hospital. Leiden: Universiteit Leiden, 2007. Proefschrift.
- Vollebergh W, de Graaf R, ten Have M, Schoemaker C, van Dorsselaer S, Spijker J, Beekman A. Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2007. Den Haag: VWS, 2008. Verwacht.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota Kiezen voor gezond leven. Den Haag: VWS, 2007a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven; een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: VWS, 2007b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteit van zorg: hoog op de agenda. Brief aan de Tweede Kamer. MC-2653714. Den Haag: VWS, 2007c.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <http://www.minvws.nl/dossiers/elektronisch-patienten-dossier/invoering-epd/voortgang/default.asp>. 2007d. Geraadpleegd 05-09-2007.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bussemaker start proef tegen dreigend personeelstekort. Nieuwsbericht, 30 augustus 2007e. <http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/meva/2007/bussem-proef-personeelstekort.asp>. Geraadpleegd 03-09-2007.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Pgb in perspectief. Brief aan de Tweede Kamer (DLZ/ZI-U-2811809). Den Haag: Sdu Uitgeverij, 2007f.

- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met zorg ondernemen. Brief aan de Tweede Kamer (MC-U-2783995). Den Haag: VWS, 2007g.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2006. Den Haag: VWS, 2007h.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2008. Zorg voor de toekomst. Den Haag: VWS, 2007i.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007. Den Haag: VWS, 2006a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2005. Den Haag: VWS, 2006b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. Den Haag: VWS, 2005a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2004. Den Haag: VWS, 2005b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het pgb gewogen. Brief aan de Tweede Kamer (DVVO/ZV-U-2537831). Den Haag: VWS, 2005c.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota 'Vraag aan Bod' Hoofddijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Tweede kamer 2000-2001, 27855, nrs. 1-2. Den Haag: VWS, 2001.
- Waelput AJM, Achterberg PW, Poos MJJC. Zijn er internationale verschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Sterfte rond de geboorte, 16 juni 2006a.
- Waelput AJM, Achterberg PW. Sterfte rond de geboorte samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Sterfte rond de geboorte, 16 juni 2006b.
- Wagner C, Struben V. Op weg naar een veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand. Utrecht/Den Haag: NIVEL/ ZonMw, 2007.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007;370:841-850.
- Weissman JS, Gatsonis C, Epstein MD. Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992;268(17):2388-2394.
- Westert GP, Verkleij H (red.). Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM, 2006.
- WfZ, Waarborgfonds voor de Zorgsector. Resultaten herbeoordeling WfZ-deelnemers 2007. Utrecht: WfZ, 2007.
- 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. WHO Mortality Database. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html>. Geneva: WHO, 2007.
- WHO, World Health Organization. World Health Statistics 2007. Geneva; WHO, 2007.
- WHO, World Health Organization. Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods, Empiricism. Geneva: WHO, 2003.
- WHO, World Health Organization. The World health report 2000. Health Systems:

- Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.
- Wiegers TA, Stubbe JH, Triemstra AHM. Ontwikkeling van een CQ-index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Wieren S van, Schoemaker C, Spijker J. Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2007.
- Wilk EA van der, Mels JM, den Broeder JM, Achterberg PW. Leren van de burens; beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Windt W van der, Arnold EJE, Keulen RF. RegioMarge 2007. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011. Utrecht: Prismant, 2007.
- Wit J de. Monitor hulpmiddelen 2007. Dieren, CVZ, 2007.
- Wit J de. Monitor hulpmiddelen 2006. Dieren, CVZ, 2006.
- Wit J de. Monitor hulpmiddelen 2005. Dieren, CVZ, 2005.
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland. DBC-Inkoopgids 2008. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Streefnormstelling wachttijden curatieve zorg. Zeist: ZN, 2000.
- Zuidgeest M, Hendriks M, Triemstra AHM, Sixma HJ. CQ-index Reumatoïde Artritis: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van reumazorg vanuit het perspectief van patiënten met reumatoïde artritis. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Zwakhals SLN, Kommer GJ, Kostalova B. Spoed bij nacht en ontij, vraag en aanbod van Mobiele Medische Teams in het donker. Bilthoven: RIVM, 2008.

BIJLAGE 1: AUTEURS EN LEDEN PROJECTGROEP

LEDEN PROJECTGROEP EN MEELEESGROEP VWS

LEDEN WETENSCHAPPELIJKE ADVIESGROEP

LEDEN EXPERTGROEP

Auteurs en leden projectgroep

Drs. M.J. van den Berg
NIVEL (detachering bij RIVM)

Drs. C. Deuning
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen / RIVM

Dr. A. Dotinga
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM
(lid redactieteam tot 1-12-2007)

Dr. W.C. Graafmans
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM

Drs. R. Heijink
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM

Dr. A.H.E. Koolman
instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg / Erasmus
Universiteit Rotterdam

Dr. M.S. Lambooi
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM

Drs. L.C.M. Limburg
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM

Dr. C.G. Schoemaker
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen / RIVM

Dr. R.A.J. Stüssgen
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM

J. Zwaal, MSc
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM
(tot 1-12-2007)

Dr. H. Verkleij
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen / RIVM

Prof.dr. G.P. Westert
Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek / RIVM

Drs. S. van Wieren
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen / RIVM

Ir. K.E. Witte
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen / RIVM

Drs. S.L.N. Zwakhals
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen / RIVM

Leden projectgroep VWS

Projectleiding

Drs. P.E. Gouw, projectleider
Markt en consument / VWS

Mr. G.J. Buijs, plv. projectleider
Markt en consument / VWS

Ing. W.W.D. Soede, projectsecretaris
Markt en consument / VWS

Leden projectgroep VWS

T.H. Halbertsma
Voeding, gezondheidsbescherming en
preventie / VWS

Dr. J.W. Hartgerink
Internationale zaken / VWS

Drs. L.J. van der Heiden
Publieke gezondheid / VWS

Drs. M. Holling
Langdurige zorg / VWS

Drs. M.J. van Iwaarden
Voeding, gezondheidsbescherming en
preventie / VWS

Drs. P.H.C. Jansen
Financieel-economische zaken / VWS

G.C.C. Molenaar
Markt en consument / VWS

Drs. G.A. van Pruissen

Macro-economische vraagstukken en
arbeidsvoorwaarden / VWS

Drs. R.A.G. van Puijenbroek Macro-
economische vraagstukken en
arbeidsvoorwaarden / VWS

Drs. M.R.Th.W. Sanders
Geneesmiddelen en medische
technologie / VWS

Drs. R. Wouters
Zorgverzekeringen / VWS

Drs. A.J.M. Zengerink
Curatieve zorg / VWS

Leden projectgroep, niet VWS

J. Haeck, arts
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Dr. E.E.A. de Laat
Nederlandse Zorgautoriteit

Agendaleden projectgroep

D.G. Ebbeling
Maatschappelijke ondersteuning /
VWS

Drs. J.M.J.M. Maas
Markt en consument / VWS

Drs. J.J. van Zorge
Jeugd en gezin / VWS

Leden meeleeesgroep VWS

Drs. P.G.J.M. de Bekker
Macro-economische vraagstukken en
arbeidsvoorwaarden / VWS

Dr. J.B.F. Hutten
Curatieve zorg / VWS

Drs. P.J.A. Idenburg
Voorlichting en communicatie / VWS

Dr. P.B.M. Robben
Inspectie voor de Gezondheidszorg

F. Vels
Bestuursondersteuning / VWS

Mr. I.J. Vossenaar
Langdurige zorg / VWS

Leden wetenschappelijke adviesgroep

Dr. M. Faber
WOK Afdeling Kwaliteit en Zorg /
Universitair Medisch Centrum
St Radboud

Prof.dr. T.E.D. van der Grinten
instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg / Erasmus
Universiteit Rotterdam

Prof.dr. P.P. Groenewegen
NIVEL

Prof.dr. R.T.J.M. Janssen
Faculteit Sociale Wetenschappen /
Universiteit van Tilburg

Prof.dr. F.T. Schut
instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg / Erasmus
Universiteit Rotterdam

Prof.dr. K. Stronks
Afdeling Sociale Geneeskunde /
Universitair Medisch Centrum /
Universiteit van Amsterdam

Leden expertgroep

Dr. D. de Bakker
NIVEL

Drs. J.M.J. van den Berg
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Dr. A. de Boo
Vektis

J.A.I. Coolen
Zorgverzekeraars Nederland

Dr. J. Geelhoed
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Dr. B.P. Geerdes
Zorgverzekeraars Nederland

Prof.dr. T. van der Grinten
instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg / Erasmus
Universiteit Rotterdam

Dr. O. van Hilten
Centraal Bureau voor de Statistiek

Mw. J. van den Hoek
GGZ Nederland

Dr. E.E.A. de Laat

Nederlandse Zorgautoriteit

Drs. I.P. Leistikow, arts

Universitair Medisch Centrum Utrecht

Dr. G. Molleman

Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie

Drs. E. Mulder

GGZ Nederland/ Inspectie voor de
gezondheidszorg

Drs. M. Sluiter

Prismant

Drs. H.C. Strikker

College voor zorgverzekeringen

Dr. B. van Wijngaarden

Trimbos-instituut

Drs. E.G.J. Winkel

Prismant

BIJLAGE 2: INDICATOREN

Hoofdstuk 2. Hoe is de kwaliteit van de gezondheidszorg?

2.2 Hoe effectief is preventie?

- Deelname bevolkingsonderzoeken borstkanker, baarmoederhalskanker en de hiel-prik
- Vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma
- Trend in leefstijl
- Jaarlijkse periodieke controles bij de tandarts
- Bereik van de jeugdgezondheidszorg
- Leefstijladvies door de huisarts
- Zuigelingensterfte
- Gezondheidsbeleid op scholen

2.3 Hoe effectief is de curatieve zorg?

- Percentage voorschriften in de huisartspraktijk volgens NHG-formularium
- Aantal verwijzingen naar de tweede lijn
- Algemeen oordeel bevolking over curatieve zorg
- Ervaren coördinatie bij medicijngebruik
- Aantal mensen dat binnen 30 dagen na opname in het ziekenhuis overlijdt aan de gevolgen van een acuut myocardinfarct, herseninfarct of hersenbloeding
- Sterfte aan borstkanker, darmkanker of baarmoederhalskanker
- Sterfte aan astma
- Aantal heupfracturen dat binnen 48 uur wordt geopereerd

2.4 Hoe effectief is de langdurige zorg?

- Cliëntenoordeel over verzorgingshuizen en verpleeghuizen
- Oordeel AWBZ-zorgaanvragers over het Centrum Indicatiestelling Zorg
- Kwaliteit van leven van cliënten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen
- Cliëntenoordeel over zorg voor lichamelijk gehandicapten
- Cliëntenoordeel over de thuiszorg
- Tevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden met de kwaliteit van zorg
- De effectiviteit van medische hulpmiddelen
- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in verpleeg en verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg (decubitus, ondervoeding, valincidenten)
- Het aantal plaatsen in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie
- Het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van de langdurige zorg

2.5 Hoe effectief zijn de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg?

- Het aandeel volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis dat daarvoor zorg ontvangt
- Het aandeel volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings of verslavingsstoornis in zorg dat tenminste één vervolcontact ontvangt

- Het aandeel volwassenen met een *ernstige* angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg dat daarvoor een adequate vorm van zorg ontvangt
- Het aandeel van de GGZ-behandelingen dat wordt beëindigd in onderling overleg tussen behandelaar en cliënt/patiënt
- Het aandeel mensen dat na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp terechtkomt en daar wordt gezien door een psychiater

2.6 Hoe staat het met de patiëntveiligheid?

- Percentage mensen dat fouten heeft ervaren, zoals:
 - fouten bij medicijnverstrekking
 - medische fout bij behandeling/ verzorging
 - fout bij verstrekking onderzoeksuitslagen
- Gestandaardiseerde sterfte tijdens ziekenhuisopname, gecorrigeerd voor samenstelling van de populatie
- Percentage patiënten dat in het ziekenhuis onbedoelde schade oploopt
- Percentage patiënten dat decubitus krijgt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Percentage patiënten dat een ziekenhuisinfectie oploopt tijdens het verblijf in een ziekenhuis
- Aantal bloedproducten waarbij na bloedtransfusie ernstige reacties optreedt
- Percentage ziekenhuizen waarbij informatie over in ziekenhuis en elders voorgescreven medicatie op ziekenhuisafdelingen en elders elektronisch toegankelijk is
- Percentage ziekenhuizen dat minder dan het minimale aantal vereiste AAA- en OCR-ingrepen uitvoert
- Percentage medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames
- Het percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 en 4 functioneert

2.7 Hoe innovatief is de gezondheidszorg?

- Internationale score beschikbaarheid minimaal invasieve technieken
- Aantal dagbehandelingen als aandeel van alle chirurgische ingrepen
- Toepassing thuiszorgtechnologie en aandeel nierdialysepatiënten met thuisdialyse
- Toepassing telecare
- Aanbod e-health in de GGZ
- Evaluatie van Doorbraakprojecten
- ICT toepassingen als procesondersteuning: toepassing van het Elektronisch Patiëntendossier, Medicatiedossier en Huisarts Waarneem Dossier
- Aantal patentaanvragen door Nederlanders samen met buitenlanders, als aandeel van het aantal patentaanvragen door Nederlanders
- Aantal patentaanvragen door Nederlandse samenwerkingsverbanden, als aandeel van het aantal Nederlandse patentaanvragen
- Uitgaven van de farmaceutische industrie in een land aan gezondheidszorggerelateerde *Research & Development* als aandeel van het bruto binnenlands product

Hoofdstuk 3. Hoe toegankelijk is de gezondheidszorg?

3.2 Hoe is de financiële toegankelijkheid van zorg?

- Percentage mensen dat onverzekerd is tegen ziektekosten
- Percentage mensen dat vertrouwen heeft in de betaalbaarheid van benodigde gezondheidszorg
- Percentage mensen dat afziet van benodigde gezondheidszorg
- Extra uitgaven van chronisch zieken en gehandicapten in verband met hun gezondheid
- Spreiding in eigen bijdragen door huishoudens
- Aandeel eigen bijdragen in besteedbaar inkomen in verschillende inkomensgroepen

3.3 Hoe is de geografische toegankelijkheid van zorg?

- Gemiddelde afstand van elke inwoner van Nederland naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening van een bepaald soort
- Draagvlakprofiel per zorgvoorziening
- Trend van gemiddelde afstand en draagvlakprofiel voor huisartsen en ziekenhuizen
- Patiëntenervaringen: was het een probleem dat u moest reizen voor verzorging, onderzoek of behandeling?
- Het percentage mensen dat meer dan 20 minuten moet reizen naar een ziekenhuis, vergeleken met andere EU-landen

3.4 Hoe tijdig is de acute zorg?

- Het aantal spoedeisende ambulanceritten dat de normtijd van 15 minuten overschrijdt
- Het aantal mensen dat binnen 30 minuten door een mobiel medisch team bereikt kan worden
- Het aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst binnen 30 minuten kan bereiken
- Het aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken
- Het aantal spoedopbellers naar huisartsenposten dat binnen één minuut te woord wordt gestaan door een deskundige
- Percentage mensen met een acute hulpvraag dat niet de hulp kreeg die ze nodig hadden en wel wilden

3.5 Hoe lang wordt er gewacht op reguliere zorg?

- Percentage burgers dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn
- Het aantal mensen dat wacht op gezondheidszorg naar soort (de omvang van de wachtlijst)
- De (verwachte) tijdsduur tot behandeling (de wachttijd)

- Het aantal mensen dat langer moet wachten op zorg dan de afgesproken Treenorm
- Het aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg
- Het aantal mensen dat wacht op een donororgaan

3.6 Is de zorg voor iedereen goed toegankelijk en naar behoefte?

- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen
- Verschil in ziekenhuisopname en gebruik van GGZ en verslavingszorg tussen allochtonen en autochtonen
- Verschil in sterfte na ziekenhuisopname voor hartinfarct tussen allochtonen en autochtonen
- Behoeftte aan zorg van dak- en thuislozen
- Kwaliteit van de Medische Opvang Asielzoekers

3.7 Is er voldoende personeel?

- Aantal vacatures per 1000 banen in de gezondheidszorg
- Aandeel van de vacatures dat moeilijk vervulbaar is
- Percentage werknemers in verpleging en verzorging dat de zorg verlaat (nettoverloop)
- Percentage verzuimde arbeidsuren (arbeidsverzuim)
- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Percentage zorggebruikers dat vindt dat er voldoende personeel beschikbaar is tijdens verblijf in het ziekenhuis / verpleeghuis
- Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat er voldoende personeel aanwezig is om de veiligheid van de cliënten te waarborgen
- Onvervulde vraag naar medisch specialistische zorg
- Aantal artsen / verpleegkundigen per 1000 inwoners
- Kwalificatieniveaus verzorgend en verplegend personeel

3.8 Hoe staat het met de keuzevrijheid?

- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Aantal personen met een persoonsgebonden budget
- Aandeel verzekerden dat verandert van zorgverzekeraar
- Aandeel verzekerden dat geen beperkingen heeft ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeringen
- Aandeel van de Nederlanders dat naar kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen en huisartsen heeft gezocht

Hoofdstuk 4. Hoeveel kost de gezondheidszorg?

4.2 Hoe ontwikkelen de zorguitgaven zich?

- Zorguitgaven volgens het Budgettair Kader Zorg (VWS)
- Zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen (CBS)
- Zorguitgaven volgens System of Health Accounts per inwoner (OECD)

- Publieke zorguitgaven per werkende volgens het System of Health Accounts (OECD)
- Zorguitgaven volgens het BKZ per zorgsector
- Zorguitgaven per financieringsbron
- Aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product
- Prijs- en volumeontwikkeling in zorguitgaven

4.3 Hoe is de financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars?

Zorgaanbieders

- Rentabiliteit
- Solvabiliteit
- Reserve aanvaardbare kosten

Zorgverzekeraars

- Resultaat
- Solvabiliteit

4.4 Hoe is het gesteld met de arbeidsproductiviteit in de zorg?

- Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen
- Arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg
- Kwaliteit en arbeidsproductiviteit in verzorgingshuizen

BIJLAGE 3: BRONNEN

Actiz, organisatie van zorgondernemers. Utrecht

- Locaties verpleeg- en verzorgingshuizen, 2007

Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg. Utrecht

- Databank Wonen-Zorg. www.kcwz.nl

AHRQ, Agency of Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. USA

- www.ahrq.gov

AND. Rotterdam

- Matrix, 2007

CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. Utrecht

- PREZIES, PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance (samen met RIVM / Ziekenhuizen)

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg/Heerlen

- Budgetonderzoek
- Bevolkingsstatistiek
- CBS Statline
- Doodsoorzakenstatistiek
- Enquête personeelsgegevens intramurale gezondheidszorg
- Gezondheid en zorg in cijfers
- Onverzekerden en wanbetalers
- POLS, Permanent Onderzoek LeefSituatie, gezondheid en arbeid
- Vacatures en ziekteverzuim in de gezondheidszorg
- Zorgrekeningen

CIBG, zorg voor gegevens, gegevens voor de zorg. Den Haag

- Archief jaardocumenten

CKZ, Centrum Klantervaring Zorg. Utrecht

- CQI Zorg en Zorgverzekeringen
- CQI Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
- CQI Staaroperaties
- CQI Heup-/Knieoperaties
- CQI Gehandicaptenzorg

CMWF, Commonwealth Fund. New York, NY. USA

- Commonwealth Fund International Health Policy Survey

CVZ, College voor zorgverzekeringen. Diemen

- Landelijke wachtlijstmeting
- Monitor hulpmiddelen
- Zorgcijfers

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. Utrecht

- Deelname FTO-groepen

DBC-Onderhoud. Utrecht

- DIS, DBC Informatie Systeem

EUR/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Rotterdam

- Monitor verzekerdenmobiliteit

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

EuroQol. Rotterdam

- EuroQol dataset on self-reported health.

Eurotransplant, Eurotransplant International Foundation. Leiden

- Yearly statistics

GGZ-Nederland. Amersfoort

- Wachtlijsten in ggz-instellingen

HHM, Hoeksma, Homans & Menting. Enschede

- Wachtlijstinventarisatie sector verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg
- Wachtlijstinventarisatie geestelijke gezondheidszorg

HKZ, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Gezondheidszorg. Utrecht

- www.hkz.nl.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag

- Het resultaat telt
- Jaarbericht
- Locaties apotheken
- Onderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen, in ziekenhuizen, en naar bereikbaarheid van huisartsenposten en van huisartsenzorg voor asielzoekers

ITS. Nijmegen

- Evaluatie persoonsgebonden budget

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht

- Beroepen in de gezondheidszorg
- Eerste nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
- LINH, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
- Locaties fysiotherapeuten
- Locaties huisartsen
- Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten
- Panel Verpleegkundigen & Verzorgenden
- Patiëntenpanel Chronisch Ziekten
- Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

NPPV, Nationaal Platform Patiëntveiligheid

- www.platformpatientveiligheid.nl

NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Leiden

- Donororganen, donoren, transplantaties, wachtlijsten www.transplantatiestichting.nl

NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht

- Monitor Fysiotherapie
- Monitor Vermogens Zorgaanbieders
- Monitor Ziekenhuiszorg
- Monitor Zorverzekeringsmarkt
- Dataset reserve aanvaardbare kosten (RAK)

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris

- Compendium of Patent Statistics
- Eurobarometer 2003, Public's satisfaction with health care system
- Health Data 2005, 2007
- System of Health Accounts

Prismant. Utrecht

- Arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen in de zorgsector
- Landelijke benchmark voor het meten van patiënttevredenheid in algemene ziekenhuizen
- LMR, Landelijke Medische Registratie

PWC, PriceWaterhouseCoopers. Utrecht

- Benchmark gehandicaptenzorg

Renine, Stichting Registratie Nierfunctie Nederland. Rotterdam

- Aantal thuisdialyse patiënten

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven

- Ambulances binnen bereik
- Kosten van ziekten
- Landelijke neonatale screeningsprogramma's (samen met TNO Kwaliteit van leven)
- Locaties ziekenhuizen
- Mogelijke bijwerkingen van vaccinatie
- Nationaal Kompas Volksgezondheid
- Nationale Atlas Volksgezondheid
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning

RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Den Haag

- Arbeidsmarktonderzoek

SCK, Stichting Cliënt & Kwaliteit. Utrecht

- Alles naar wens? (Bewoners of contactpersonen over de zorg en dienstverlening in verzorgings- en verpleeghuizen)

SCP, Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag

- Kwaliteit van de Quartaire Sector 2002 en 2006

SIVZ, Stichting Informatievoorziening Zorg. Houten

- LADIS, Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem

STIVORO, Stichting Volksgezondheid en Roken. Den Haag

- Actuele gegevens over roken

TNO Kwaliteit van leven. Leiden

- Registratie AGS/CHT Screening

Trimbos-instituut. Utrecht

- GGZ in tabellen
- Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland.
- Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek

TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. Den Haag

- TRIP Rapport (over hemovigilantiemeldingen)

Universiteit Maastricht, Cluster Zorgwetenschappen, Sectie Verplegingswetenschap. Maastricht

- Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

Vektis. Zeist

- Zorgmonitor. Jaarboek met de belangrijkste cijfers voor de zorgverzekeraars, zoals verzekerdenaantallen, schadecijfers en marktontwikkeling

Vernet verzuimnetwerk BV. Amsterdam

- <http://www.vernet.nl>

VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Utrecht

- Benchmarking gehandicaptensector

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag

- Begroting
- Budgettaire Kader Zorg
- Jaarverslag

WfZ, Waarborgfonds voor de Zorgsector. Utrecht

- Jaarverslagen

WHO, World Health Organization. Geneva

- WHO Mortality Database
- WHO World Health Survey Data

WOK Afdeling Kwaliteit van Zorg, UMC St Radboud. Nijmegen

- Commonwealth Fund survey

BIJLAGE 4: AFKORTINGEN

AAA	aneurysma van de aorta abdominalis
AGS	adrenogenitaal syndroom
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
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
BU-regeling	buitengewone uitgaven regeling
CBO	CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHT	congenitale hypothyreoïdie
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
CMWF	Commonwealth Fund
copd	chronic obstructive pulmonary disease
CPB	Centraal Planbureau
CQ-index	Consumer Quality Index
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
CVA	cardiovasculair accident
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DALY	Disability adjusted life years
DBC	diagnose behandeling combinatie
DGV	DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
DIS	DBC-informatiesysteem
DKTP	Difterie, Kinkhoest, Tetanus, Polio
DNB	De Nederlandsche Bank
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th edition)
EC	European Commission
EMGO	Extramuraal geneeskundig onderzoek
EPD	electronisch patiënten dossier
EU	Europese Unie
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
EUR/iMTA	EUR/institute for Medical Technology Assessment
EUR/MGZ	EUR/Maatschappelijke GezondheidsZorg
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FB	functiegerichte budgettering
FONA/VIM	Fouten, Ongevallen en Near Accidents/Veilig Incident Melden

fte	full-time equivalent
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HAP	huisartsenpost
HARM	Hospital Admissions Related to Medication
hbo	hoger beroepsonderwijs
HCQI	Health Care Quality Indicators
HepB	Hepatitis B
HHI	Herfindahl-Hirschman Index
Hib	Haemophilus influenzae type b
HKZ	stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HSMR	Hospital Standardised Mortality Rate
ICT	informatie en communicatie technologie
IF	Inspectie Formulier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
IPCI	Integrated Primary Care Information
ivf	in vitro fertilisatie
IVZ	stichting Informatievoorziening Zorg
JGZ	jeugdgezondheidszorg
KCWZ	Kenniscentrum Wonen-Zorg
KEA	Kosten Effectiviteit Analyse
KQS	Kwaliteit van de Quartaire Sector (SCP)
Kzi	Kwaliteitswet zorginstellingen
LETB	Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (NIVEL)
LMR	Landelijke Medische Registratie (Prismant)
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
M&I	Modernisering & Innovatie
MenC	Meningokokken C
mln	miljoen
MMT	Mobiel Medisch Team
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
MRI	magnetic resonance imaging
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Trimbos-instituut)
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Service
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NIVEL	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie
NPCG	Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NIVEL)
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting

NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCR	oesophaguscardia resectie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OGGZ	openbare geestelijke gezondheidszorg
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
pgb	persoonsgebonden budget
PKU	phenylketonuria
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie (CBS)
POWI	postoperatieve wondinfectie
PPCZ	Patiëntenpanel Chronisch Zieken (NIVEL)
PPP	Purchasing Power Parities
PREZIES	Preventie Ziekenhuisinfecties door Surveillance (CBO/RIVM)
PWC	PriceWaterhouseCoopers
QALY	quality adjusted life years
R&D	Research & Development
rak	reserve voor aanvaardbare kosten
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
Riagg	Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SCK	Stichting Cliënt & Kwaliteit
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
segv	sociaal-economische gezondheidsverschillen
SEH	spoedeisende hulpdiensten
ses	sociaal-economische status
SHA	System of Health Accounts (OECD)
SIVZ	Stichting Informatie Voorziening Zorg
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
TRIP	Transfusie reacties in patiënten (Landelijk Hemovigilantie Bureau)
UMC	Universitair Medisch Centrum
V&V	verpleging en verzorging
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
WGBO	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOK	Afdeling Kwaliteit van Zorg (UMC St Radboud)
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZBC	zelfstandig behandelcentrum

Zfw	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

De Zorgbalans beschrijft met behulp van ruim honderd indicatoren de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2006 (en deels 2007). De Zorgbalans schetst een breed beeld van de toegankelijkheid, het kostenniveau en de kwaliteit van de Nederlandse zorg. Waar mogelijk wordt dat gedaan met behulp van tijdreeksen en internationale vergelijkingen. In deze tweede Zorgbalans besteden we speciale aandacht aan drie thema's: de doelmatigheid van de zorg, het oordeel van de burgers over de zorg en de effecten van de ingezette stelselwijziging. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport brengt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu tot op heden de Zorgbalans iedere twee jaar uit.

Op hoofdlijnen concludeert de tweede Zorgbalans:

Toegankelijk, kostenstijging gemiddeld, kwaliteit kan beter.

Nederland heeft een toegankelijk zorgsysteem. De zorguitgaven stegen sinds 2004 jaarlijks met 5%. Dit groeitempo is vergelijkbaar met de ons omringende landen. De kwaliteit van zorg is hoog op veel onderdelen, maar internationaal excelleert Nederland niet. De burgers en de zorggebruikers zijn positief over de geboden zorg, maar er zijn verschillen tussen de onderdelen. Een punt van zorg is de beschikbaarheid van verplegend en verzorgend personeel. De coördinatie en afstemming in de zorg en de patiëntveiligheid scoren relatief laag. De doelmatigheid van de zorg in Nederland is nog niet optimaal. Kwaliteit is (nog) geen sturende factor in de zorgmarkt.



Bohn
Stafleu
Van Loghum

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum voor Preventie- en
Zorgonderzoek

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl/gezondheidszorgbalans