

ZORGBALANS

De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004



ZORGBALANS

DE PRESTATIES VAN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG IN 2004

Redactie: G.P. Westert en H. Verkleij

rivm

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

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
© 2006 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: nog niet bekend
ISBN: 9031348309

VOORWOORD

Met gepaste trots presenteren wij de Zorgbalans, het eerste nationale rapport over de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. Het RIVM heeft dit rapport ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De Zorgbalans betreft de implementatie van het Nederlandse raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg, zoals dat door het Ministerie in samenwerking met de onderzoeksgroep van prof.dr. N.S. Klazinga van de Universiteit van Amsterdam is ontwikkeld en vastgelegd in het rapport Bakens zetten (Delnoij et al, 2002).

In deze eerste Zorgbalans wordt een breed beeld geschetst van de situatie in 2004 op basis van een beperkte set van 125 indicatoren. Waar mogelijk wordt de Nederlandse zorg 'in de tijd' geplaatst en vergeleken met andere landen. Een dergelijk uitgebreide monitor op dit vlak is nog nooit eerder gepresenteerd. Dat de Minister het aangedurfd heeft de gegevens zo systematisch in kaart te laten brengen, getuigt van moed. Tegelijkertijd heeft het Ministerie als eindverantwoordelijke met de Zorgbalans een prachtig middel in handen om de vinger aan de pols te houden. In de periode waarin het zorgstelsel wordt gewijzigd, biedt de eerste Zorgbalans een beschrijving van de Ausgangssituatie in 2004.

Bij de opdrachtverlening heeft VWS benadrukt dat de uitgave van de Zorgbalans een doorlopend proces is. Afstemming tussen RIVM, VWS en het veld is cruciaal voor een compleet en bruikbaar eindresultaat. Het projectteam Zorgbalans heeft deze punten enthousiast en succesvol opgepakt. Het voorliggende product getuigt hiervan. In december 2005 heeft een conceptversie van deze Zorgbalans de toets van een brede externe expertgroep doorstaan in een gezamenlijke bijeenkomst onder voorzitterschap van prof.dr. T.E.D. van der Grinten.

Voor het RIVM is de ontwikkeling van de Zorgbalans een belangrijke activiteit voor het onderdeel gezondheidszorg binnen de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Dit rapport zal ertoe bijdragen dat de relatie tussen gezondheidszorg en de effecten op de volksgezondheid steeds beter in kaart gebracht kunnen worden.

Het RIVM wil evenals bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning – waarvan binnenkort de vierde editie verschijnt – de verdere ontwikkeling van de Zorgbalans als een nationale onderneming zien met brede inbreng van alle betrokken partijen.

Dr. M.J.W. Sprenger,
Directeur-generaal RIVM

Mei 2006



INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 00

DE ZORGBALANS OP HOOFDLIJNEN 00

1 ACHTERGROND EN AANPAK 00

2 HOE IS DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG? 00

2.1 Wat is kwaliteit van zorg? 00

2.2 Hoe effectief is preventie? 00

2.3 Hoe effectief is de curatieve zorg? 00

2.4 Hoe effectief is de langdurige zorg? 00

2.5 Hoe effectief zijn de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg? 00

2.6 Hoe ervaren consumenten de gezondheidszorg? 00

2.7 Hoe staat het met de patiëntveiligheid? 00

2.8 Hoe ver zijn zorginstellingen met hun kwaliteitssysteem? 00

2.9 Hoe innovatief is de gezondheidszorg? 00

3 HOE TOEGANKELIJK IS DE GEZONDHEIDSZORG? 00

3.1 Wat is toegankelijkheid? 00

3.2 Hoe staat het met de keuzevrijheid in de toegang tot zorg? 00

3.3 Hoe bereikbaar is acute en levensreddende zorg? 00

3.4 Hoe lang wordt er gewacht op reguliere zorg? 00

3.5 Is de toegankelijkheid voor iedereen naar behoefte? 00

3.6 Hoe is de financiële toegankelijkheid van zorg? 00

3.7 Hoe is de geografische bereikbaarheid en regionale spreiding van zorg? 00

3.8 Is er voldoende personeel? 00

3.9 Hoe ontwikkelt de beroepen- en opleidingsstructuur zich? 00

4 HOE VEEL KOST DE GEZONDHEIDSZORG? 00

4.1 Wat is betaalbare zorg? 00

4.2 Hoe ontwikkelen de macrokosten zich? 00

4.3 Werkt de zorgmarkt? 00

4.4 Hoe is het gesteld met de arbeidsproductiviteit in de zorg? 00

4.5 Hoe is de financiële positie van zorginstellingen? 00

5 OP WEG NAAR DE VOLGENDE ZORGBALANS 00

LITERATUUR 00

BIJLAGEN 00



DE ZORGBALANS OP HOOFDLIJNEN

De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004.

“Nederland heeft anno 2004 een toegankelijk zorgsysteem. Wel zijn de kosten van zorg tussen 2000 en 2004 sterk gestegen. In vergelijking met andere landen in de Europese Unie heeft Nederland wat betreft kostenontwikkeling niet een sterk afwijkende positie: iets boven het EU-15 gemiddelde. Internationaal gezien is de kwaliteit van zorg op meerdere onderdelen bovengemiddeld. Wat betreft de effectiviteit van preventie en zorg, patiëntveiligheid en ketenzorg is nog veel winst te boeken.”

De prestaties van de Nederlandse zorg in beeld gebracht

Dit is de eerste Zorgbalans. Hierin worden de kwaliteit, de toegankelijkheid en de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004 gepresenteerd. De Zorgbalans schetst een breed beeld op basis van ongeveer 125 indicatoren. Waar mogelijk wordt dat gedaan met behulp van tijdreeksen en internationale vergelijkingen. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport brengt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu de Zorgbalans iedere twee jaar uit.

Hoe presteert de Nederlandse gezondheidszorg vanuit een internationaal perspectief

De Zorgbalans geeft op basis van circa 125 indicatoren signalen af over de Nederlandse gezondheidszorg. Om tot een samenhangend beeld van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg te komen, is er voor het internationale perspectief gekozen. Omdat normen – waaraan prestaties kunnen worden afgemeten - veelal ontbreken, kijken we hoe andere, vergelijkbare landen presteren en zoeken we een antwoord op de vraag: hoe doet Nederland het internationaal?

Als referentiepunt gebruiken we hierbij het OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) rapport *‘Towards high-performing health systems’* (2004c). Dit geeft een vergelijkend overzicht tussen landen. Het OECD-rapport geeft daarnaast ook waarschuwingen en aandachtspunten voor de toekomst voor de bestudeerde landen (waaronder Nederland). De OECD onderscheidt grofweg vijf speerpunten: kwaliteit, toegankelijkheid, vraaggerichtheid, duurzaamheid en doelmatigheid. De Zorgbalans geeft de mogelijkheid om de aanbevelingen van de OECD specifiek op Nederland te betrekken en zo een meer afgewogen oordeel over het Nederlandse zorgsysteem te geven. We lopen de vijf speerpunten één voor één langs. De titels verwoorden de speerpunten van de OECD.

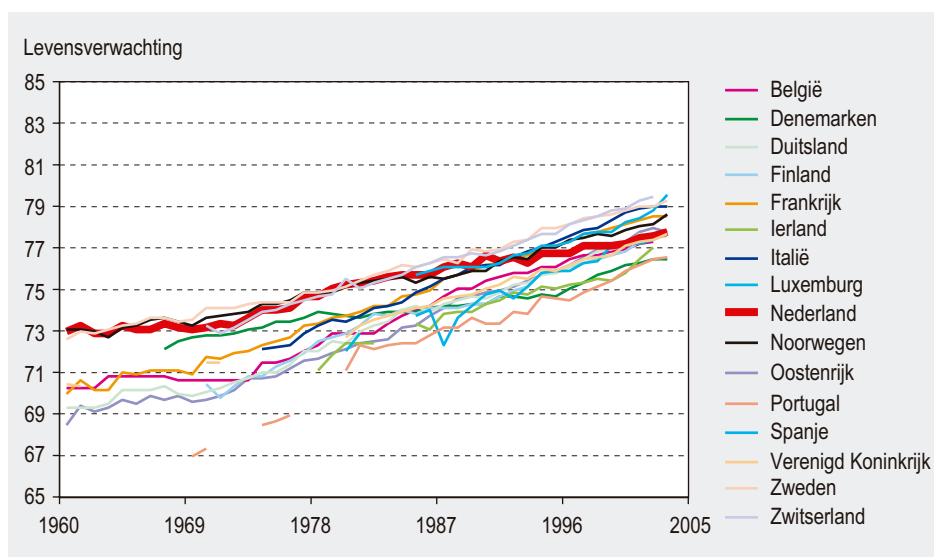
Kwaliteit: gezondheidswinst door betere zorg

De hoofdpunten uit de kernbevindingen van de Zorgbalans over kwaliteit in 2004 zijn:

- De curatieve gezondheidszorg is gemiddeld genomen effectief, maar op onderdelen is de effectiviteit vergeleken met andere landen lager
- De kwaliteit van de langdurige zorg is 'werk in uitvoering'. Op onderdelen zijn er grote verschillen tussen instellingen voor verzorging en verpleging
- De Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt effectieve preventieve programma's aan (depressie, angststoornissen), maar het bereik en feitelijk gebruik zijn beperkt
- Eén derde van de mensen met psychische problemen zoekt hulp binnen de GGZ
- De vaccinatiegraad en deelname aan bevolkingsonderzoek in Nederland is hoog
- Over de werkzaamheid en doeltreffendheid van gezondheidsbevorderende interventies is weinig bekend
- Op onderdelen is de patiëntveiligheid verbeterd. Echter, een totaalbeeld van de vermijdbare schade door de gezondheidszorg in Nederland ontbreekt
- Nederlandse patiënten beoordelen de zorg over het algemeen als positief. De toekomstige gezondheidszorg ziet ruim een derde met minder vertrouwen tegemoet
- Ruim 40% van de Nederlanders is tevreden met het zorgsysteem (2002). Dat is een gemiddelde positie in de EU-15
- Niet alle zorginstellingen hebben een kwaliteitscertificaat. De certificatiegraad is het hoogst in de dialysecentra (76%) en daarna in de centrale posten ambulancevervoer (50%)
- Afgemeten aan de investeringen in onderzoek en ontwikkeling doet Nederland mee met de groten, maar in absolute termen is ons land een kleine speler
- Wat betreft behandelinnovaties (bijvoorbeeld niet-invasieve chirurgische technieken) en procesinnovaties (behandelstraten) worden in Nederland goede resultaten behaald, maar bij het aanbod ervan bestaan aanzienlijke regionale verschillen

De levensverwachting bij geboorte nam in de OECD landen tussen 1960 en 2000 met 8,6 jaar toe. Toch zijn er aanzienlijke verschillen tussen de landen. Nederland scoort wat betreft toename onder het gemiddelde (4,5 jaar) (OECD, 2004c). Onze directe burenen Duitsland en België bereiken respectievelijk een toename van 8,1 en 7,1 jaar. Daar tegenover staat dat ingezetenen van Duitsland en België in 1960 een lagere gemiddelde levensverwachting hadden ten opzichte van Nederland. De laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (van Oers, 2002) meldde als kernboodschap dat Nederland afzakt naar de middenmoot van Europa (zie *figuur 1*).

De OECD vindt ook aanzienlijke verschillen tussen regio's binnen de landen. Dat geldt ook voor Nederland. Groenewegen et al. (2003) vonden substantiële regionale verschillen voor de (gezonde) levensverwachting *binnen* Nederland. Tussen de 27 gezondheids-



Figuur 1: De levensverwachting bij geboorte voor zestien Europese landen, 1960-2004 (OECD, 2005d)

regio's varieert de levensverwachting voor mannen bij de geboorte van 72,5 tot 76,1 jaar. Voor vrouwen is dat 78,9 tot 81,9.

Kwaliteit van preventie en zorg is zeker niet de meest doorslaggevende factor als het gaat om levensverwachting (RIVM, 2006a). Maar de OECD-bevinding roept wel de vraag op of de zorg beter kan. Het beeld over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg (zie *hoofdstuk 2*) sluit in ieder geval aan bij de door de OECD gevraagde aandacht voor kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg. Voor de indicatoren betreffende effectiviteit van gezondheidszorg en patiëntveiligheid laat Nederland op onderdelen een (boven)gemiddeld beeld zien. Echter, in *hoofdstuk 2* wordt ook aangegeven dat op de volgende onderdelen winst te behalen is:

- Effectiviteit en bereik van preventieve gezondheidsbevorderende interventies
- Variatie in sterftcijfers tussen ziekenhuizen
- Ziektespecifieke vijfjaarsoverleving
- Coördinatie van zorg en ketenzorg
- Zicht op vermijdbare schade en patiëntveiligheid
- Verschillen in verantwoorde zorg tussen instellingen voor verpleging en verzorging

Kwaliteit: meer vraaggerichte zorg

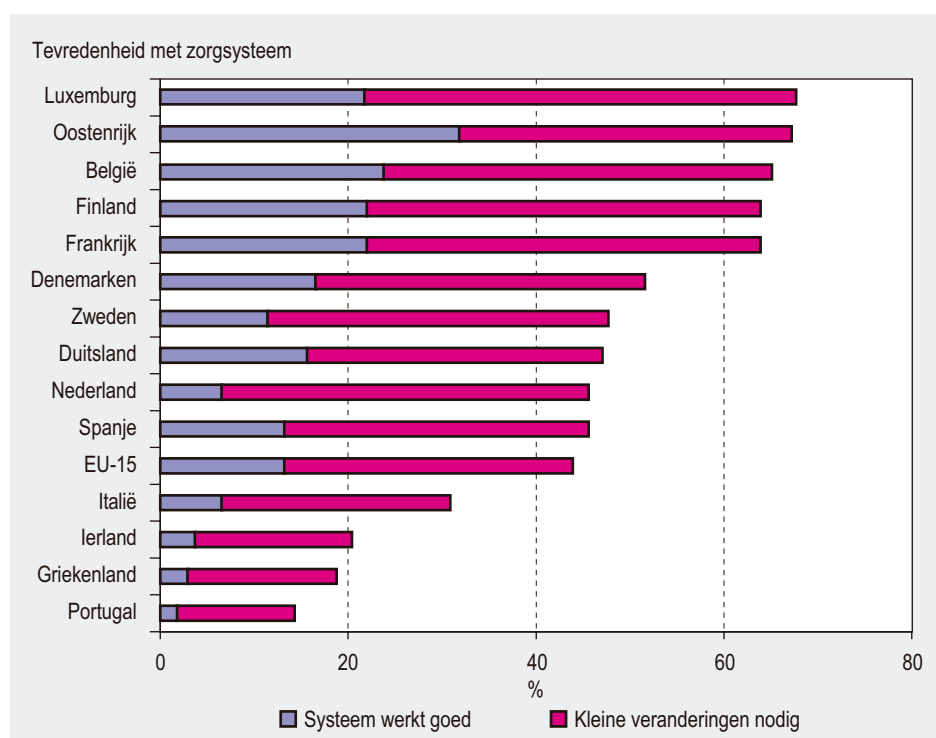
In *paragraaf 2.6* is het oordeel van de Nederlanders in 2004 over de (gebruikte) zorgvoorzieningen uitgewerkt. In het algemeen is de Nederlander tevreden over de gezondheidszorg. Nederlanders waarderen de Nederlandse gezondheidszorg met een ruime voldoende en ruim 90% heeft vertrouwen in huisarts en specialist. De thuiszorg scoort een 8,3 als rapportcijfer. De Nederlandse consument waardeert de zorgverzekeraars

gemiddeld met een 7,6. Meer specifieke informatie over ervaringen van patiënten en cliënten ontbreekt nu nog veelal. Dit is voor vraagsturing in de zorg (Schoen et al., 2005b) wel van belang.

In 2002 werd in de vijftien EU-landen aan consumenten gevraagd hoe tevreden zij zijn met het gezondheidszorgsysteem in hun land. Omdat de uitkomsten voor Nederland vanaf 1998 tot 2002 steeds ongeveer hetzelfde laten zien, nemen we aan dat 2002 indicatief is voor de situatie in 2004, het referentiejaar van de Zorgbalans. Voor 2002 zijn, naast het EU onderzoek, geen gegevens verzameld. In *figuur 2* zijn per land de eerste twee van de vier antwoordcategorieën weergegeven, deze representeren de mensen die vinden dat het systeem goed functioneert en dat er geen (1) of slechts kleine (2) veranderingen nodig zijn.

Nederland scoort hier net iets boven het gemiddelde van de vijftien EU-landen. In landen als Finland, Luxemburg, Oostenrijk, België en Frankrijk is men beduidend positiever.

In Nederland is de basis voor de transformatie van aanbodsturing naar vraagsturing in 2001 gelegd. De informatievoorziening in Nederland is echter nog ingericht rondom



Figuur 2: Percentage van de bevolking dat tevreden is met het gezondheidszorgsysteem, in 2002 (Bron: Eurobarometer, 2003 (OECD, 2005b)).

het aanbod van zorg en minder georiënteerd op de zorgvrager als informatiedrager en bron (zie *hoofdstuk 5*). Schoen et al. (2005b) stellen dat *'patients' voices can provide policy leaders with a window onto what is happening at the front lines of care'*.

De roep om een betere aansluiting tussen vraag en aanbod van gezondheidszorg is niet typisch Nederlands. Onder andere de wachttijden voor niet-spoedeisende chirurgische ingrepen hebben ervoor gezorgd dat het thema vraaggerichtheid internationaal hoog op de agenda van overheden is gezet. Vraaggerichte zorg is veel meer dan tijdige zorg, maar tijdigheid is wel een aspect dat het eerst in het zorgproces wordt ervaren door patiënten. Siciliani & Hurst (2003) meldden dat Nederland tot een groep OECD-landen behoorde waar wachten op niet-spoedeisende chirurgie rond 2000 een politiek probleem vormde. Binnen deze groep landen had Nederland overigens de kortste wachttijd voor bijvoorbeeld een heupvervangende operatie (OECD, 2004b). Na 2000 is wat betreft de wachtlijsten het een ander door beleidsinterventies gewijzigd. *Hoofdstuk 3* over de toegankelijkheid van de zorg toont dat de wachttijden en -lijsten de afgelopen jaren duidelijk zijn afgenomen.

Schoen et al. (2005b) interviewden chronisch zieken in zes landen (Australië, Canada, Duitsland, Nieuw-Zeeland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten) en meldten vergelijkbare knelpunten in de zorg voor deze zes landen. Dit ondanks nogal verschillende zorgstelsels. Prominente verbeterpunten bleken patiëntveiligheid en ketenzorg te zijn. Wat betreft het laatste is de gebrekkige coördinatie van zorg (bijvoorbeeld zorg na ziekenhuisontslag) een universeel probleem. Dat dit ook geldt voor Nederland wordt bevestigd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ meldt in haar jaarrapportage 2003 fragmentatie en gebrekkige aansluiting tussen zorgschakels bij chronisch zieken. De ketenzorg bij chronisch zieken zou in Nederland nog in de kinderschoenen staan en maar moeizaam van de grond komen (IGZ, 2003a). De kernbevindingen van *hoofdstuk 2* wijzen ook in die richting.

Toegankelijkheid: vasthouden

De hoofdpunten uit de kernbevindingen van de Zorgbalans over de toegankelijkheid van zorg in 2004 zijn:

- Nederland heeft over het algemeen genomen een toegankelijk zorgsysteem
- Nederlanders hebben behoefte aan meer keuzevrijheid van behandeling en behandelaar
- De wachtlijsten en wachttijden zijn duidelijk afgenomen. Het merendeel van de wachtenden is niet problematisch. Bij de planbare ziekenhuiszorg betreft dit circa 80% van de wachtlijst
- De toegang van de zorg voor groepen met een lage opleiding en allochtonen verschilt anno 2004 weinig ten opzichte van andere groepen; in subgroepen en op onderdelen is ondergebruik

- De toegankelijkheid van de zorg is kwetsbaar in achterstandswijken en voor marginale groepen in de samenleving (onverzekerden, illegalen, dak- en thuislozen)
- De kosten van zorg voor Nederlanders stegen in de periode 1998-2004 met 58%; alleen volumestijging zou geleid hebben tot een stijging van 21%
- Chronisch zieken hadden in de periode 1997-2003 jaarlijks gemiddeld 500 euro extra uitgaven in verband met ziekte
- De regionale verschillen in geografische bereikbaarheid voor de meeste basisvoorzieningen zijn gering
- Prognoses laten zien dat er in de toekomst structureel meer personeel in de zorg nodig is

Nederland doet het internationaal gezien goed wat betreft de algehele toegankelijkheid van de zorg. De Nederlandse 'spaarzaamheid' is een pré bij het waarborgen van de toegankelijkheid in de nabije toekomst. Zo gebruiken Nederlanders relatief weinig geneesmiddelen en bezoeken ze de dokter minder dan gemiddeld in vergelijking met andere landen (Rae, 2005). Nederland heeft bovendien een zorgsysteem met een sterk ontwikkelde eerste lijn, waarin de huisarts als poortwachter functioneert. Dit poortwachtersysteem biedt mogelijkheden om de kosten in de duurdere delen van het systeem effectief te beheersen. Meer dan 95% van de klachten wordt door de poortwachter zelf afgehandeld. Het verwijscijfer is laag (Cardol et al., 2004).

Bijna alle Nederlanders zijn verzekerd. Daarbij zijn de eigen bijdragen, als percentage van totale uitgaven aan zorg, ten opzichte van andere OECD-landen laag (OECD, 2005d).

Het zorggebruik van de Nederlanders – de gerealiseerde toegankelijkheid – verschilt onderling maar weinig (van Lindert et al., 2004). Toch zijn er in alle landen – ook in Nederland – op het gebied van de toegankelijkheid punten van aandacht. De medische zorg in achterstandswijken en voor marginale groepen in de samenleving (asielzoekers, illegalen, dak- en thuislozen), is meer dan gemiddeld complex door de omvang en de aard van de gezondheidsproblemen en de samenhang daarvan met ander problemen, zoals verzekeringsstatus.

De financiële toegankelijkheid voor chronisch zieken vraagt de continue aandacht van het beleid. Vooral de groep met meerdere lichamelijke en functionele beperkingen is kwetsbaar omdat zij gemiddeld zowel een lager inkomen hebben als meer extra ziektekosten. Zo hadden zij in de periode 1997-2003 jaarlijks gemiddeld 500 euro extra uitgaven in verband met ziekte (zie *paragraaf 3.6*). Aan de andere kant, maakte 56% van de chronisch zieken die daarvoor in aanmerking kwamen gebruik van de buitengewone uitgaven regeling voor belastingaftrek.

Dat de toegankelijkheid van medische zorg in achterstandswijken, voor marginale groepen en de zorg voor chronisch zieken om waakzaamheid vraagt, is niet nieuw. Toch doet dit niets af aan de urgentie tot continue monitoring (www.nationaalkompas.nl).

Kosten: duurzaamheid

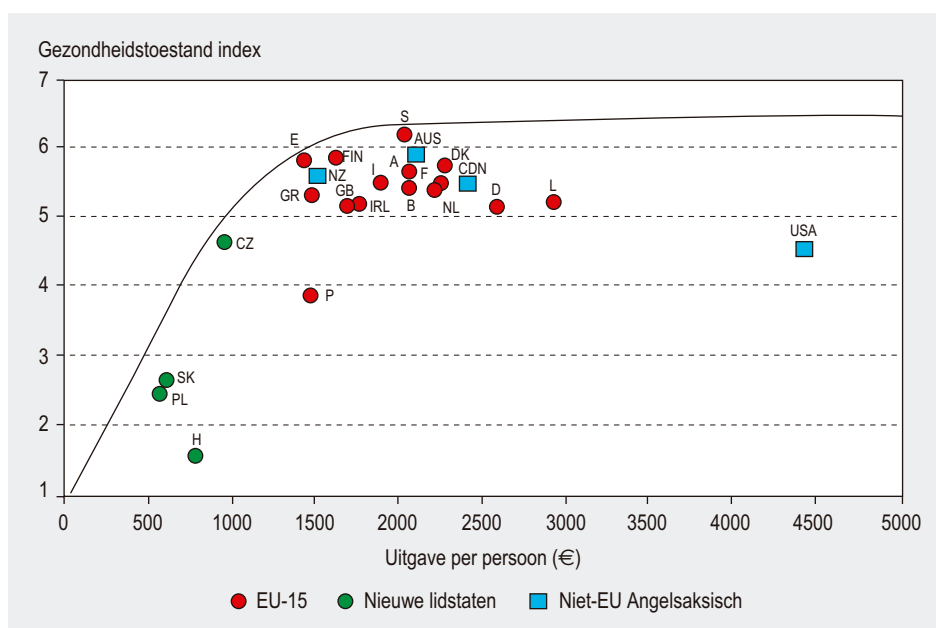
De hoofdpunten uit de kernbevindingen van de Zorgbalans over kosten van zorg in 2004 zijn:

- In 2004 bedroegen de kosten van de gezondheidszorg 45 miljard euro volgens het Budgettair Kader Zorg. Dit komt overeen met 9,2% van het bruto binnenlands product
- De Zorgrekeningen van het CBS gaan uit van een bredere – internationaal vergelijkbare - definitie van gezondheidszorg (onder andere inclusief eigen betalingen, aanvullende verzekeringen). Voor 2004 gaat het dan om 60 miljard euro, overeenkomend met 12,3% van het bruto binnenlands product (zie *paragraaf 4.2*)
- Wat betreft de zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product behoort Nederland in Europa tot de middengroep van landen; in 2004 zit Nederland iets boven het EU-15 gemiddelde
- Tussen 1998 en 2004 zijn de kosten sterk gestegen, zowel door een sterke toename van het zorgvolume als door verhoudingsgewijs hogere prijsstijgingen in de zorg
- In 2004 vond er op de zorgverlenersmarkt en de zorgverzekeringsmarkt weinig marktwerking plaats. De verzekerdenmobiliteit bedroeg in 2004 onder ziekenfondsverzekerden 2,4%
- Eind 2004 was 40% van alle zorginstellingen aangesloten bij het Waarborgfonds voor de Zorgsector. De participatiegraad is in de periode 2000-2004 gestegen van 17% naar 40%
- Per saldo is er geen indicatie dat de arbeidsproductiviteit in de zorg in de periode 1994-2003 sterk is toegenomen

In Nederland wordt al decennia gewerkt aan het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg, onder de voorwaarde van gelijke toegang voor iedereen (Schut et al., 2005). Binnen West-Europa loopt Nederland in de pas als het gaat om kostenontwikkeling. De kosten per hoofd van de bevolking stijgen weliswaar, maar in vergelijkbare mate als in de ons omringende landen. Het *aandeel* van de zorgkosten in het bbp is de afgelopen jaren wel sneller toegenomen. Dit heeft te maken met de geringere economische groei in Nederland.

Kosten: doelmatigheid vergroten

Gegeven dat Nederland over het algemeen een toegankelijk systeem heeft, is de vraag naar de doelmatigheid of kosteneffectiviteit van het zorgsysteem essentieel. Hoeveel gezondheid krijgen we voor een zorgeuro? In de onderstaande *figuur 3* (SCP, 2004) is de kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg voor een groep landen weergegeven. De lijn in de grafiek geeft de landen weer die voor een gegeven zorguitgavenniveau de beste gezondheidstoestand hebben. De gezondheidstoestand is bepaald door een combinatie van vier componenten: de levensverwachting bij geboorte, kindersterfte, aandeel gezonde levensjaren en jaren in goede gezondheid (SCP, 2004:202). Voor



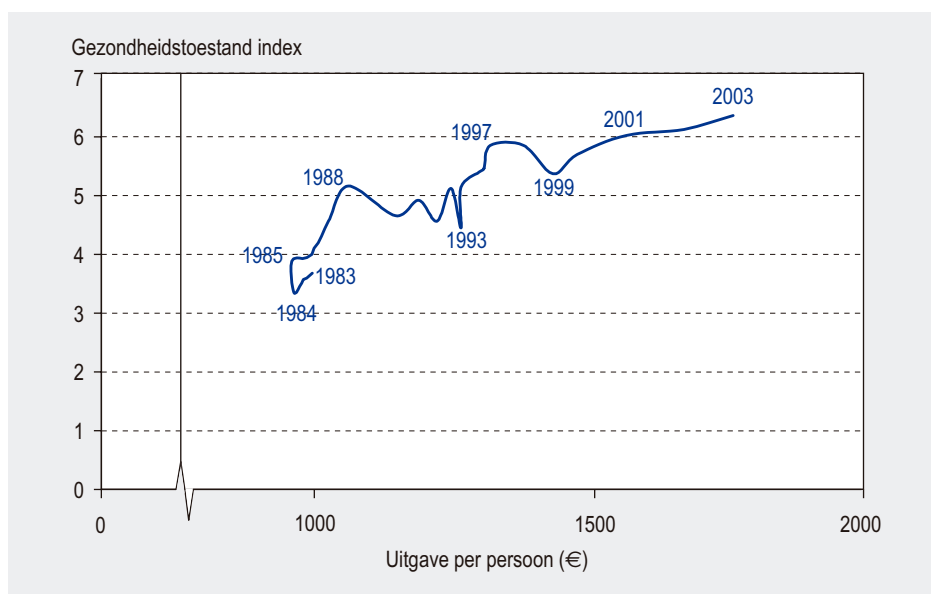
Figuur 3: Kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg, in 2001 (Bron: SCP, 2004)

Nederland valt af te lezen dat we bij een gelijk kostenniveau kunnen optimaliseren (verticaal omhoog). Ook kunnen we, zonder gezondheidsverlies, met minder uitgaven per persoon toe (horizontaal naar links). Omdat de volksgezondheid maar in beperkte mate beïnvloedbaar is door gezondheidszorg (RIVM, 2006a) en het hier gaat om een geconstrueerde index, moeten we voorzichtig zijn met de interpretatie van de figuur, maar een roep om doelmatigheid in het rapport van de OECD, lijkt ook voor Nederland gerechtvaardigd.

De afgelopen twintig jaar namen de zorguitgaven in Nederland toe. Tegelijkertijd verbeterde de gezondheidstoestand. Figuur 4 laat zien dat voor 2004 de, voor inflatie gecorrigeerde uitgaven, in Nederland toenemen van 1000 euro in 1983 naar bijna 2000 euro per persoon in 2004. Anderzijds neemt ook de gezondheidsindex (nog steeds) toe. De vraag is of dit kosten-effectiever kan. De OECD (2004c) stelt de volgende vragen:

- Wordt het geld wel juist ingezet (preventie versus curatieve zorg)?
- Zijn er voldoende prikkels om ongelimiteerd gebruik aan de vraagzijde te voorkomen?
- Zijn er voldoende prikkels in het systeem om aanbieders aan te zetten tot het leveren van doelmatige zorg?

De OECD is kritisch over de vraag of landen de juiste keuze maken in de verdeling van de uitgaven tussen preventie en zorg; ‘...systems focused on curing illnesses today can miss opportunities to prevent illnesses and disability tomorrow’ (OECD, 2004c:12) Wat betreft de verdeling tussen preventie en zorg wijkt Nederland weinig af van het internationale patroon. De uitgaven voor preventie – dat deel dat binnen de gezondheidszorg valt – zijn een fractie van de totale uitgaven aan zorg (zie paragraaf 4.2).



Figuur 4: De uitgaven aan zorg per persoon van de bevolking en de gezondheidstoestand van de Nederlanders, 1983-2004 (Bron: OECD Health data 2005, bewerking RIVM)

Wat betreft het voorkómen van ongelimiteerd gebruik van dure zorg heeft het Nederlandse systeem als positief punt dat de huisarts poortwachter is. Schellevis en Westert (2004) rapporteren naar aanleiding van de Tweede Nationale Studie (NIVEL/ RIVM) dat de huisarts de poortwachtersfunctie succesvol vervult. Uit een aantal indicatoren blijkt dat Nederlanders niet echt onnodig gebruik maken van huisartsenzorg. Zo zijn de verwachtingen van de zorg van de huisarts bij alledaagse klachten in vergelijking met 1987 afgenomen. Minder mensen dan toen verwachten dat de huisarts iets kan doen aan bijvoorbeeld maagklachten (1987: 62%; 2001: 45%) of diarree (1987: 44%; 2001: 32%) of dat de hoofdpijn sneller overgaat door een bezoek aan of een recept van de huisarts (1987: 24%; 2001: 11%). 37% van de volwassen Nederlandse bevolking geeft aan dat ze 'een geneesmiddel zonder recept (...) in de afgelopen 14 dagen' hebben gebruikt. In 1987 was dat 24%. Het gaat vooral om middelen tegen pijn, koorts, verkoudheid en keelpijn. Dit wijst op een toename van zelfzorg.

Het gemiddelde aantal patiëntcontacten per jaar is tussen 1987 en 2001 met ongeveer 10% toegenomen. Deze stijging is weliswaar in alle leeftijdsgroepen zichtbaar, maar is het sterkst in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. Doordat (chronische) ziekten in deze leeftijdsgroep vaak voorkomen, zal er weinig onnodig gebruik van huisartsenzorg plaats hebben gevonden. Verder is de stijging in de contactfrequentie bij particulier verzekerden in de afgelopen 14 jaar hoger geweest dan bij ziekenfondsverzekerden. Daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat de poortwachter zelf 'spaarzaam' is. Nederlandse huisartsen verwijzen maar mondjesmaat naar de tweede lijn. Het verwijzingspercentage ten opzichte van vijftien jaar geleden is zelfs afgenomen (van Weel, 2005). Nieuwe prikkels tegen ongelimiteerd gebruik zijn recent, na 2004, ingevoerd. Meer

en meer zorgpolissen in Nederland kennen een eigen risico, waarvan een zeker 'remmend' effect verwacht wordt.

Over het geheel genomen lijkt aan de aanbodzijde vooral in de intramurale gezondheidszorg – zoals de ziekenhuizen – ruimte voor meer doelmatigheid. De paragrafen over innovatiegraad (2.9) en arbeidsproductiviteit (4.4) geven hiervoor aanwijzingen. Ook getuigen de rapportages over *SnellerBeter* projecten hiervan (www.snellerbeter.nl). Zo rapporteerde Plexus Medical Group in 2004 grote verschillen in de logistiek en bedrijfsvoering van de operatiekamercomplexen. Ziekenhuizen kunnen verbeteringen aanbrengen op een aantal terreinen: het planmatig omgaan met spoedpatiënten, het inroosteren van personeel en operatiekamers, de logistieke organisatie binnen de operatiekamers en het terugdringen van de tijdsduur van een operatieve ingreep (Stokdijk et al., 2004). Het CBS rapporteerde onlangs over de hoge overhead in de ziekenhuizen; tussen 1997 en 2004 is in de algemene ziekenhuizen het overheadpersoneel in voltijd-banen twee keer zo hard gegroeid als het totale personeel (CBS, 2006).

De balans

Als we de (Zorg)balans opmaken ontstaat het volgende beeld van het Nederlandse zorgsysteem: Nederland heeft anno 2004 een toegankelijk zorgsysteem. Wel zijn de kosten tussen 2000 en 2004 sterk gestegen. In EU-verband heeft Nederland wat betreft kostenontwikkeling geen sterk afwijkende positie: iets boven het EU-15 gemiddelde. Internationaal gezien is de kwaliteit van zorg op onderdelen bovengemiddeld. Wat betreft de effectiviteit van preventie en zorg, patiëntveiligheid, ketenzorg is nog veel winst te boeken.

De eerste Zorgbalans heeft een aantal sterke punten (+), maar er zijn ook enkele zwakke punten (-) waarmee rekening moet worden gehouden (*hoofdstuk 5*):

- + Het ontwikkelde en gebruikte raamwerk voor indicatoren is internationaal goed verankerd
- + De gekozen systeemdoelen en indicator domeinen sluiten aan bij het beleid van het Ministerie van VWS
- +/- De empirische metingen over 2004 tonen een breed beeld, maar geen totaalbeeld
- De vergelijkbaarheid van de gegevens onder andere naar tijd en plaats en naar beleidsnormen is beperkt
- De interpreteerbaarheid van afzonderlijke indicatoren in termen van relevantie en zeggingskracht voor beleid en veld kan beter

Na het jaar 2004 is veel gebeurd in het Nederlandse zorgsysteem. De stelselwijziging (2006) is de meest ingrijpende gebeurtenis. Vooral van de stelselwijziging wordt veel verwacht, onder andere een betere samenhang tussen kwaliteit en kosten. Meer voor minder. De volgende Zorgbalans streeft op dit punt naar een eerste systematische rapportage over de signalen en effecten hiervan op systeemniveau naar kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de Nederlandse zorg.

HOOFDSTUK 1 ACHTERGROND EN AANPAK

De opdracht

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

De Zorgbalans bestaat uit twee informatieve producten:

- Het samenvattende rapport 'De Zorgbalans', waarin vanuit macroperspectief de Nederlandse zorg op de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid wordt gepresenteerd.
- De website <http://www.gezondheidszorgbalans.nl> met een wetenschappelijke verantwoording per gebruikte indicator en de feitelijke prestaties in maat en getal (september 2006).

De aanpak

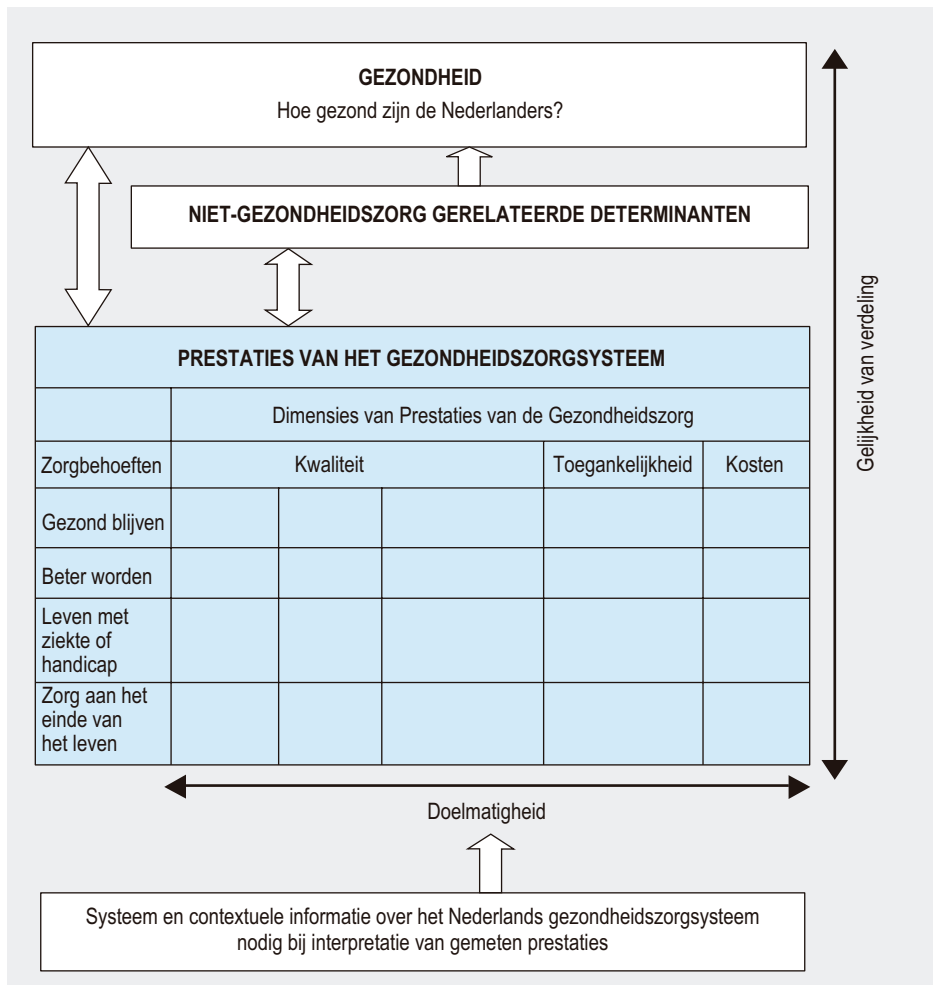
Het Ministerie van VWS heeft in de periode 2003 - 2004 indicator domeinen voor de Nederlandse gezondheidszorg benoemd die cruciaal zijn bij het vaststellen van de behaalde prestaties en de feitelijke staat van de gezondheidszorg.

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. Welzijn is in deze Zorgbalans op verzoek van het Ministerie van VWS niet behandeld.

Het RIVM heeft de complete set van 26 indicator domeinen van het ministerie als *input* voor haar definitierapport (Westert, 2004) genomen en deze herschikt onder drie doelen, waarvoor de minister van VWS systeemverantwoordelijkheid draagt: kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Het achterliggende raamwerk voor prestatie-indicatoren is gebaseerd op het rapport *Bakens zetten* (Delnoij et al., 2002) en een uitgebreide internationale literatuurstudie (Arah et al., 2005 en 2006).

In het toegepaste raamwerk is de gezondheidszorg niet verdeeld in sectoren maar in een viertal 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 in het gebruikte raamwerk (zie *figuur 1.1*) prestaties van de zorg gepresenteerd en geanalyseerd op de onderdelen kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. *Hoofdstuk 5* toont een *tabel 5.1* waaruit blijkt in hoeverre dit voor de eerste Zorgbalans is gelukt.

Het ontwikkelde en gebruikte raamwerk voor indicatoren is internationaal goed verankerd. De OECD heeft dit raamwerk overgenomen voor de verdere ontwikkeling van de internationale vergelijking van prestaties van zorgsystemen en recentelijk gepubliceerd als *OECD Health Working Paper 23: HCQI Conceptual Framework Paper* (OECD, 2005c).



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

De structuur van de Zorgbalans

Zorgbalans -> Systeemdoelen (3) -> Indicator domeinen (15) -> Paragrafen (20) -> Indicatoren (125) -> Kernbevindingen

De 26 indicator domeinen van het Ministerie van VWS zijn door het RIVM onderverdeeld in drie systeemdoelen: kwaliteit, toegankelijkheid en kosten (zie figuur 1.1). De drie systeemdoelen zijn vervolgens uitgesplitst naar vier typen zorgbehoeften (die grofweg samenvallen met de sectoren die in Nederland hierop actief zijn).

Op basis van (internationale) literatuur zijn de drie systeemdoelen uitgesplitst naar indicator domeinen. De vijftien indicator domeinen worden behandeld in twintig paragrafen. In enkele gevallen is er voor gekozen om een bepaald indicator domein uit te splitsen en in meerdere paragrafen te behandelen. Dit geldt voor effectiviteit, tijdigheid en personeel.

Kwaliteit

- Effectiviteit, Veiligheid, Vraaggerichtheid, Accreditatie, Innovatie

Toegankelijkheid

- Keuzevrijheid, Tijdigheid, Sociale belemmeringen, Financiële belemmeringen, Geografische belemmeringen, Personeelsaanbod en ontwikkelingen

Kosten

- Macrokosten, Functioneren zorgmarkt, Arbeidsproductiviteit, Financiële positie zorgaanbieders

De gekozen systeemdoelen en indicator domeinen sluiten aan bij het VWS beleid. De onderverdeling naar functies en prestatieaspecten maken het mogelijk een breed beeld te schetsen van de gezondheidszorg en een brede signaalfunctie te vervullen. Per indicator domein is een set indicatoren gekozen die een signaalfunctie vervullen bij het thema. Deze worden per paragraaf behandeld. De vaste indeling van de paragrafen is:

- Kernbevindingen
- Waarom is dit (aspect) belangrijk?
- Hoe we dit aspect met indicatoren vaststellen?
- De stand van zaken in maat en getal?
- Wat we niet weten?

Ieder van deze drie hoofdstukken start met een 'wat is' paragraaf (2.1; 3.1; 4.1), waarin kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg worden gedefinieerd. Aan de hand van indicatoren wordt per hoofdstuk en paragraaf een bepaald aspect van de gezondheidszorg belicht. De keuze van de indicatoren is steeds gebaseerd op voornamelijk (de combinatie van) twee criteria:

- de inhoudelijke relatie tussen het te behandelen aspect in de paragraaf (op basis van literatuuronderzoek), en
- de beschikbaarheid van de gegevens.

De Zorgbalans presenteert circa 125 indicatoren in maat en getal die zoveel mogelijk aspecten van de gezondheidszorg belichten. 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). Het doel van de presentatie van al deze metingen



is dat een representatief totaalbeeld ontstaat over de algemene systeemprestaties van het Nederlandse zorgsysteem. Naast deze drie *hoofdstukken (2 t/m 4)* bevat het rapport een samenvattend hoofdstuk (*De Zorgbalans op hoofdlijnen*) waarin de vraag 'hoe presteert het Nederlandse zorgsysteem?' wordt beantwoord. Het rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk over benodigde informatie in de komende periode waarin wordt aangegeven wat noodzakelijk is voor de volgende Zorgbalans in 2008.



HOOFDSTUK 2. HOE IS DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG?

2.1 Wat is kwaliteit van zorg?

Kwaliteit is misschien wel het meest essentiële thema als het gaat om de prestaties van een zorgsysteem. Toch is kwaliteit moeilijk meetbaar (Sluijs et al., 2002). Het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM, 2001) omschrijft kwaliteit als volgt: “Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person - and having the best possible results”. Het IOM haalt uit deze definitie vier kernaspecten van kwaliteit, namelijk: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid. Deze aspecten worden in veel internationale literatuur als de kernaspecten van kwaliteit benoemd (Arah, 2005). In de Zorgbalans voegen we hieraan nog twee aspecten toe, die moeilijk onder de genoemde drie zijn te vatten: accreditatie/ certificering van zorgaanbieders en mate van innovatie. In dit hoofdstuk over kwaliteit behandelen we vijf aspecten. Tijdigheid wordt behandeld in hoofdstuk 3 over toegankelijkheid.

Kwaliteit:

- Effectiviteit
- Veiligheid
- Vraaggerichtheid
- Accreditatie en certificatie
- Innovatie

Bij de uitwerking van deze kernaspecten is het van belang onderscheid te maken naar structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit (Donabedian, 1966). Dit onderscheid biedt namelijk aangrijpingspunten voor verbetertrajecten. Structuurkwaliteit wijst op de voorwaarden waaronder zorgverleners werken, proceskwaliteit belicht hun handelen en uitkomstkwaliteit toont de behaalde resultaten. Kwaliteit is een begrip dat niet direct meetbaar is. Kwaliteit kent meerdere aspecten of dimensies, welke gemeten worden door middel van indicatoren. In de Zorgbalans ligt primair de focus op uitkomstindicatoren, omdat hierdoor de link met de volksgezondheid c.q. veranderingen in lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid van patiënten of cliënten beter gelegd kan worden. Procesindicatoren zijn beheersbaar door de gezondheidszorg, uitkomstindicatoren maar ten dele.

Effectiviteit

De effectiviteit van preventie en zorg beschrijft de mate waarin de geboden zorg het gestelde doel bereikt. Er wordt meestal onderscheid gemaakt in werkzaamheid en doeltreffendheid. Werkzaamheid beschrijft de gezondheidswinst van zorg (interventie) onder ideale of theoretische omstandigheden en doeltreffendheid beschrijft de in de praktijk behaalde gezondheidswinst van een zorg (interventie) (van der Meer & Schouten, 1997).

In de Zorgbalans wordt een sectoroverstijgend beeld van de effectiviteit van de zorg geschetst door per sector - preventie, curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en langdurige zorg - te werken met een selectie van cruciale indicatoren. Voor de sectoren preventie, curatieve zorg en GGZ ligt de nadruk op effectiviteit. Voor het onderdeel langdurige zorg wordt effectiviteit breder opgevat en meer in termen van verantwoorde zorg gesproken.

Veiligheid

Patiëntveiligheid is gericht op het voorkómen van onbedoelde of iatrogene schade bij de patiënt tijdens of door preventief of medisch handelen door hulpverleners. Het IOM (2001) omschrijft veilige zorg als: "avoiding injuries to patients from the care that is intended to help them". In de VS is de aandacht voor patiëntveiligheid vooral aangewakkerd door het IOM rapport *To Err is human* (Kohn et al., 1999) waarin geschat werd dat ieder jaar tussen 44.000 en 98.000 burgers sterven door medische fouten, waardoor dit binnen de VS doodsoorzaak nummer acht is. De Zorgbalans brengt op basis van gegevens van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de situatie in Nederland zo goed mogelijk in kaart.

Vraaggerichtheid

Bij zorgverlening zijn in principe twee partijen direct betrokken een vrager (patiënt) en een aanbieder (hulpverlener). Binnen deze relatie is het begrip 'vraaggerichte zorg' relevant: "de gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden" (van der Kraan, 2001). Vraaggerichtheid heeft als concept vele facetten. In het kader van de Zorgbalans wordt aandacht besteed aan het oordeel van cliënten/ patiënten over ontvangen zorg en het vertrouwen van burgers in de gezondheidszorg.

Accreditatie of certificatie

De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi) is in 1996 in werking getreden. In deze wet is geregeld dat zorginstellingen verantwoorde zorg moeten leveren op basis van gecontroleerde zelfregulering. Hiervoor moeten ze hun organisatie op een bepaalde wijze inrichten en daarnaast zelf systematisch aandacht schenken aan de bewaking, beheersing en bevordering van de kwaliteit van de zorg. Een middel om dit te bereiken is de beschikbaarheid van een integraal kwaliteitssysteem (IGZ, 2002b). Voor individuele beroepsbeoefenaren zijn dergelijke bepalingen vastgelegd in de Wet BIG.

Volgens de Kwaliteitswet houdt een kwaliteitssysteem een cyclisch proces van kwaliteitsborging en -verbetering in. Met behulp van certificatie of accreditatie kunnen zorginstellingen extern beoordeeld worden op hun kwaliteitssysteem. In de Zorgbalans wordt in kaart gebracht in welke mate instellingen beschikken over kwaliteitssystemen.

Innovatie

Toepassing van innovaties kunnen ervoor zorgen dat bestaande aandoeningen effectiever kunnen worden bestreden waardoor de gezondheid van de Nederlander gedurende een groter aantal levensjaren op een hoog niveau blijft. Innovatie in de zorg kan op verschillende manieren leiden tot verbeteringen. Allereerst door de ontwikkeling in diagnostiek en behandelmethodes. Verbeterde methodes kunnen er voor zorgen dat eerder en meer accurate diagnoses worden gesteld, dat er sneller en effectiever kan worden behandeld en dat de kans op complicaties in de herstelperiode afneemt. Deze ontwikkelingen worden hier tot de productinnovaties gerekend. Daarnaast wordt in kaart gebracht hoe het zit met het ICT-gebruik in de gezondheidszorg. Ook kijken we wat verder vooruit en wordt geschetst hoe Nederland het doet op het gebied van biotechnologie en nanotechnologie. Tot slot behandelen we de procesinnovaties. Onder procesinnovatie wordt de veelal organisatorische herinrichting van zorgprocessen gerekend.

2.2 Hoe effectief is preventie?

Kernbevindingen

- Het percentage rokers is in de periode 1999-2004 gedaald van 34% naar 28%
- De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is in de periode 2000-2003 toegenomen van 61% naar 66%. De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is in de periode 2000-2002 ongeveer gelijk gebleven met 79%
- De vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma ligt boven de 95%
- Ongeveer de helft van de diabetespatiënten heeft een verhoogd HbA1c gehalte
- Effecten van preventieve programma's op school zijn grotendeels onbekend
- In 2004 doet 75% van de bedrijven aan gezondheidsbevordering op de werkplek
- Het bereik van de jeugdgezondheidszorg ligt in de eerste vier levensjaren rond de 90% en is daarna onbekend
- Een aantal risico's op sterfte rond de geboorte is toegenomen

Waarom is de effectiviteit van preventie belangrijk?

Preventie is gericht op het beschermen en bevorderen van de gezondheid en het voorkómen van ziekte. Het voorkómen van complicaties en verergering bij ziekte krijgt steeds meer aandacht omdat niet alle ziekte te vermijden is en er, mede als gevolg van de vergrijzing, sprake is van een toename van het aantal chronisch zieken. Met preventie gericht op leefstijlfactoren zoals roken en overgewicht is theoretisch gezien nog veel gezondheidswinst te behalen. Deze onderwerpen hebben dan ook veel prioriteit in het huidige beleid. Op het gebied van de gezondheidsbescherming is al gezondheidswinst behaald door het vroegtijdig opsporen en het onschadelijk maken van gezondheidsbedreigende factoren. De beschermingsmaatregelen die genomen worden, zijn vaak systematisch en routinematig van aard waarbij de nadruk ligt op het monitoren van

de huidige situatie. Een deel van de gezondheidsbeschermende activiteiten valt buiten het terrein van de zorg en is dus sectoroverstijgend. Bij programma's die ziekten voorkomen zoals bij vaccinaties of bij de vroegopsporing van ziektes zoals bij de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker wordt vooral getracht de opkomst te verhogen en daarmee de effectiviteit van de programma's te verhogen.

Hoe we de effectiviteit van preventie vaststellen

Veel landen en organisaties formuleren indicatoren voor de volksgezondheid en de zorg, inclusief preventie. De belangrijkste initiatieven voor het preventieveld zijn de projecten van de OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) en ECHI (European Community Health Indicators) van DG-Sanco. De selectie die hier getoond wordt, is samengesteld door het Ministerie van VWS in samenwerking met het RIVM waarbij gebruikt is gemaakt van bovengenoemde internationale initiatieven. De onderstaande lijst van indicatoren is besproken door de begeleidingscommissie beleidsinformatievoorziening preventie, waarin een bredere groep van veldpartijen vertegenwoordigd is. In een later stadium is de indicator sterfte rond de geboorte toegevoegd omdat effectieve preventie en zorg rond en na de geboorte ook op deze indicator invloed hebben. Er zijn echter ook veel autonome factoren op deze indicator van invloed.

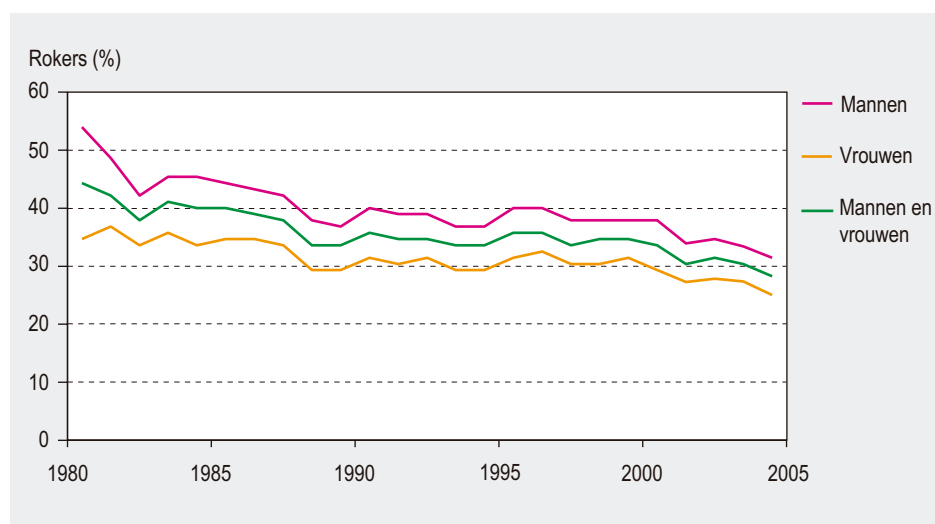
- Percentage (jeugdige) rokers
- Percentage (jeugdige) mensen met overgewicht
- Deelname aan bevolkingsonderzoeken en screenings
- Vaccinatiegraad (RVP, griepvaccinatie, hepatitis B)
- Percentage diabetespatiënten dat goed is ingesteld
- Effectiviteit leefstijladviesgeving in de eerste lijn
- Percentage scholen dat effectief bevonden leefstijlprogramma's aanbiedt
- Percentage werkgevers (bedrijven) met preventief gezondheidsbeleid op de werkplek
- Gezondheidsbescherming: Consumentenvertrouwen in de voedselveiligheid, spoedeisende hulpbehandelingen bij privé-ongevallen en een indicator over Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)
- Percentage hoogerisicjongeren dat wordt opgespoord via de jeugdgezondheidszorg
- Percentage achterstandswijken met intersectorale gezondheidsaanpak (geen informatie over beschikbaar)
- Sterfte rond de geboorte

In verschillende andere paragrafen van de Zorgbalans zijn indicatoren opgenomen die ook een beeld geven van de effectiviteit van preventie. Zo is in de *paragraaf 2.5* over de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg, informatie over de preventie gericht op psychische aandoeningen te vinden en komt in de *paragrafen 2.3* en *2.4* over de effectiviteit van de cure en de langdurige zorg, de decubitus-preventie in de zorg aan bod.

Stand van zaken

Het percentage rokers is in de periode 1999-2004 gedaald van 34% naar 28%

Preventie van roken is gericht op het stimuleren dat rokers stoppen met roken, dat (jonge) niet-rokers niet beginnen met roken en het voorkómen van passief roken. Om deze doelen te bereiken worden meerdere interventiemethoden ingezet zoals prijsverhoging van tabakswaaren, reclameverbod, rookverbod op de werkplek en in openbare ruimtes, voorlichting en massamediale campagnes. Het Ministerie van VWS streeft naar een daling van het aantal rokers tot 25% in 2007. Het percentage rokers is de laatste jaren afgenomen. In 1999 rookte 34% van de bevolking. In 2004 was dit percentage tot 28% afgenomen (zie *figuur 2.2.1*). Het gemiddelde aantal rokende jongeren van 10-19 jaar ligt in 2004 op 24% (Stivoro, 2004). Bij internationale vergelijking is zichtbaar dat landen met een krachtig tabaksontmoedigingsbeleid waarbij een samenhangend pakket van verschillende maatregelen wordt toegepast, minder rokers hebben. In landen waar de rookprevalentie laag is, is een substantieel budget beschikbaar voor voorlichting, onderzoek, vergoeding van ondersteuning bij stoppen met roken, wordt het accijnsinstrument actief ingezet en zijn er nauwelijks uitzonderingen op wettelijke rook- en reclameverboden (VWA, 2005).

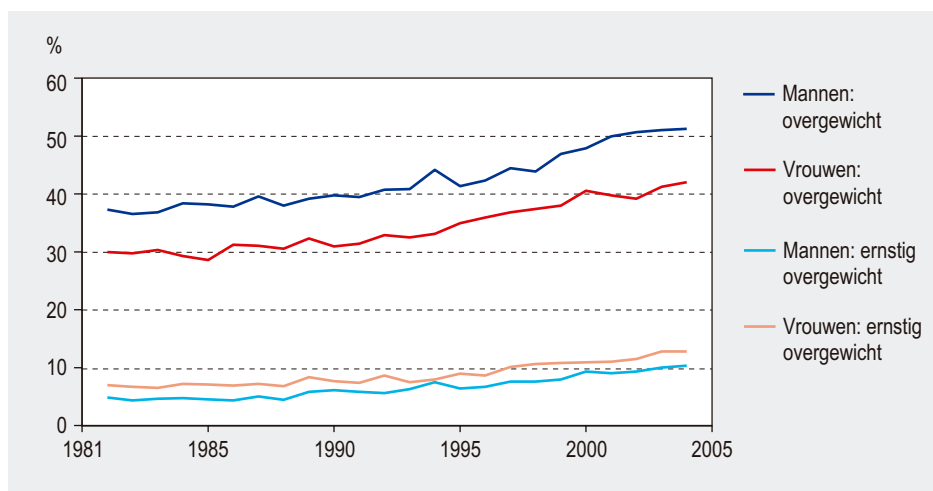


Figuur 2.2.1: Percentage volwassenen dat rookt, 1980-2004 (Bron: TNS NIPO, 2004).

Percentage mensen met overgewicht is toegenomen

Het aantal mensen met overgewicht en obesitas is de afgelopen decennia sterk toegenomen (zie *figuur 2.2.2*). Ongeveer de helft van de Nederlanders had in de periode 1998-2001 matig overgewicht en één op de tien heeft ernstig overgewicht (Blokstra & Schuit, 2003). Het aantal kinderen met overgewicht is tussen 1980 en 1997 verdubbeld. Het percentage kinderen met overgewicht varieert, afhankelijk van de leeftijd, tussen de 7,1% en 16,1% (Hirasing et al., 2001; Frederiks et al., 2000). Het Ministerie van VWS streeft naar een stabilisering van het percentage volwassenen met overgewicht en een daling bij kinderen van 0-21 jaar. De afgelopen jaren is duidelijk een toename te zien

in het aantal projecten dat gericht is op het voorkómen van overgewicht (Nijboer, 2004). Er is echter weinig zicht op de kwaliteit en effectiviteit (op lange termijn) van Nederlandse interventies. Er wordt vooral gewerkt met best practices (Bessems et al., 2006, Bemelmans et al., 2004). Wel lopen er veel onderzoeken naar de effectiviteit van interventies (resultaten zijn nog niet bekend).



Figuur 2.2.2: Percentage mannen en vrouwen met overgewicht (inclusief ernstig overgewicht) en ernstig overgewicht, 1981-2004 (Bron: CBS-Statline, 2006b)^a.

De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is toegenomen

De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is in de periode 2000-2003 toegenomen van 61% naar 66%. De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is in de periode 2000-2002 ongeveer gelijk gebleven met 79% (zie tabel 2.2.1). Het Ministerie van VWS streeft voor beide bevolkingsonderzoeken naar een stijging van de deelname. Beide programma's zijn kosteneffectief. De kosteneffectiviteit van de baarmoederhalskankerscreening wordt geschat op 12.500 euro per gewonnen levensjaar. Die van borstkanker op circa 3.500 euro per gewonnen levensjaar (ZonMw, 2005).

De deelname aan de hielprik voor het opsporen van de ziekten Fenylketonurie (PKU), Adrenogenitaal syndroom (AGS) en Congenitale hypothyreoïdie (CHT) ligt bijna op 100% (zie tabel 2.2.1). Per jaar worden 83 kinderen met CHT, 23 met AGS en 17 met PKU opgespoord (Lanting & Verkerk, 2005). De sensitiviteit (kans dat personen die de ziekte hebben met de test worden gevonden) varieert per ziekte van 99,5% (AGS), 96% (CHT) tot 98% (PKU). Doelstelling vanuit het Ministerie van VWS is handhaving van de hoge opkomst.

^a Gegevens verkregen uit zelfrapportage (geeft onderschatting van werkelijk aantal mensen met overgewicht en ernstig overgewicht).

In het nationale programma pre- en postnatale screening (PPS) worden zwangere vrouwen gescreend op Rhesus D en andere antistoffen, syfilis, hepatitis B en hiv (screening op het syndroom van Down valt buiten de PPS). De PPS wordt standaard aan alle zwangere vrouwen aangeboden. De dekkingsgraad van de PPS in 2002 is geschat op 91%, maar hierbij is sprake van een onderschatting omdat niet alle zwangeren worden geregistreerd (TNO, 2005). In 2005 heeft het registratiesysteem verbeteringen ondergaan.

Tabel 2.2.1: Deelname doelgroep aan bevolkingsonderzoeken en screening (%) (Bron: Lanting & Verkerk, 2005; Van Leerdam & van der Ploeg, 2004).

	2000	2001	2002	2003
Deelname baarmoederhalskanker (vrouwen van 30-60 jaar)	61	62	64	66
Deelname borstkanker (vrouwen van 50-75 jaar)	78,5	79	79,1	-
Hielprik (alle pasgeborenen)	-	-	-	99,8

De vaccinatiëgraad van het Rijksvaccinatieprogramma ligt boven de 95%

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) beschermt kinderen tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio, haemophilus influenza type b, bof, mazelen, rode hond, meningokokken C en specifieke groepen tegen hepatitis B. De vaccinatiëgraad van het RVP ligt boven de 95%. Internationaal gezien is de Nederlandse vaccinatiëgraad hoog (Abbink et al., 2004). De vaccinatiëgraad van risicogroepen voor influenza ligt op 75% (Tacken et al., 2003). Nederland heeft in vergelijking met andere Europese landen een hoge vaccinatiëgraad van risicogroepen (van der Wilk & Heijnen, 2004). De bescherming van alle vaccins is hoog met uitzondering van het vaccin voor tuberculose. De effectiviteit van de vaccinatie kan door de hoge bescherming van vaccins worden aangeduid met de vaccinatiëgraad. Het Ministerie van VWS streeft naar gelijk blijvende of een stijgende vaccinatiëgraad bij het RVP en influenza.

Voor de risicogroepenvaccinaties tegen tuberculose en hepatitis B kan geen vaccinatiëgraad worden weergegeven, omdat onbekend is hoe groot de totale risicogroep is die ingeënt zou moeten worden. In 2002 tot februari 2005 hebben 29.866 personen minimaal één hepatitis-B-vaccinatie ontvangen, 26.622 personen een tweede, en 12.464 personen hebben de gehele reeks afgemaakt (van Vliet et al., 2005). Na een volledige reeks van drie vaccinaties is meer dan 90% van de gevaccineerden beschermd tegen hepatitis B (de Wit, 2002).

Ongeveer de helft van de diabetespatiënten heeft een verhoogd HbA1c gehalte

Naar verwachting (uitgaande van demografische ontwikkelingen) zal het aantal diabetespatiënten tussen 2005 en 2025 met 32,5% stijgen (Baan & Feskens, 2005). De stijging komt door een toename van overgewicht in de bevolking en de vereenvoudigde opsporing en screening. Het percentage mensen met overgewicht is een goede indicator voor de effectiviteit van de primaire preventie gericht op diabetes. Naast vroege opsporing van diabetespatiënten via case finding door de huisarts (geen systematisch programma) is er veel aandacht voor preventie gericht op het voorkomen of uitstellen van micro- en macrovasculaire complicaties van diabetes (tertiaire preventie).

Ongeveer de helft van diabetespatiënten heeft een matig tot te hoog HbA1c gehalte (indicator voor microvasculaire complicaties). Een te hoog HbA1c gehalte geeft aan dat een patiënt niet goed is ingesteld. 45 tot 50% van de diabetespatiënten heeft een verhoogde bloeddruk (systolische bloeddruk >140). Het aantal diabetespatiënten met een te hoge bloeddruk is een indicator voor het aantal macrovasculaire complicaties dat (op termijn) ontstaat (Baan et al., 2005).

Leefstijladviesing geven aan patiënten lijkt effectief

Leefstijladvies lijkt een positief effect te hebben op de meeste risicofactoren. De effectiviteit van leefstijladviesing is moeilijk eenduidig te presenteren en is afhankelijk van de intensiteit van de voorlichting, de mate waarin de voorlichting specifiek gericht is op de patiënt, de kenmerken van de patiënt (populatie), de lengte van de follow-up-evaluatie en het type advies (Bemelmans & Tiemersma, 2005). In hoeverre leefstijladviesing aan patiënten wordt aangeboden is in veel gevallen niet bekend. In *tabel 2.2.2* staat informatie over landelijke interventies waarvan het bereik wel (gedeeltelijk) bekend is.

Tabel 2.2.2: Bereik van interventies op het gebied van leefstijladviesing in de zorg (Bron: Bemelmans & Tiemersma, 2005).

Interventie	Mate van toepassing
Algemeen leefstijladvies eerste lijn voor hoog-risicopatiënten met osteoporose, type twee diabetes mellitus en hart- en vaatziekten	36% van de patiënten wordt behandeld door diëtiste; in 50% van huisartspraktijken wordt gewichtsreductie besproken
Minimale interventiestrategie voor roken:	
- In de huisartsenpraktijk (H-MIS)	32% van de huisartsen past H-MIS toe. Ongeveer 1% van de rokers kreeg in 2000 de H-MIS
- Bij longpatiënten (L-MIS)	27% van de longartsen past L-MIS toe
- Bij hartpatiënten (C-MIS)	25% van de cardiologen past C-MIS toe

Als bij mensen met een te hoog cholesterol een gezonde leefstijl het cholesterolgehalte niet voldoende doet dalen, kunnen medicijnen (statines) worden voorgeschreven. Medicijnen maken het mogelijk om het (totaal) cholesterolgehalte met ongeveer 20-50% te verlagen (Knopp, 1999) en kunnen het risico op het optreden van coronaire hartziekten met ongeveer 30% en op sterfte met ongeveer 20% verlagen (LaRosa et al., 1999). Het gebruik van statines is de afgelopen jaren enorm gegroeid. In de periode 2000-2004 is het aantal gebruikers van statines van ongeveer 600.000 naar ruim één miljoen gegroeid (Bron: GIP). In de periode 1998-2002 werd de helft van alle personen die daarvoor in aanmerking kwamen, ook daadwerkelijk behandeld en was bij één op de drie behandelde personen het cholesterolgehalte genormaliseerd (Mantel-Teewisse et al., 2004). Hieruit kan geconcludeerd worden dat er deels sprake is van onderbehandeling (het niet of niet adequaat behandelen van personen die wel daarvoor in aanmerking komen) en dat er daarnaast ook sprake is van overbehandeling.

Effecten van preventieve programma's op school grotendeels onbekend

Op scholen worden veel preventieprogramma's en -projecten aangeboden. Gedegen en goed uitgevoerde evaluatiestudies rondom preventieve schoolprogramma's zijn schaars. Momenteel is alleen de landelijke interventie 'De gezonde school en genotmiddelen' geëvalueerd en effectief bevonden op directe gezondheidsmaten. Leerlingen die aan het project hebben deelgenomen, gebruikten minder tabak, alcohol en marihuana dan leerlingen die niet hebben meegedaan (Buijs & Bouwens, 2005). Vijftig procent van de scholen in het voortgezet onderwijs biedt dit project aan.

In 2004 doet 75% van de bedrijven aan gezondheidsbevordering op de werkplek

Gezondheidsbeleid maakt deel uit van het personeels- en sociaal beleid in een onderneming, net zoals het arbeidsvoorwaardenbeleid (NIGZ, 2005). Bij de uitwerking hiervan in de vorm van gezondheidsbevordering of integraal gezondheidsmanagement is het doel dat 95% van de werknemers die gezond zijn, gezond blijven. In 2004 blijkt dat meer dan 75% van de grote bedrijven maatregelen heeft genomen om een gezonde leefwijze van werknemers te bevorderen. Het aangegeven beleid heeft betrekking op roken (55%), alcohol (33%), ziekteverzuimbeleid (30%) en beweging (28%) (van Pelgrim, 2004).

Nadruk gezondheidsbescherming ligt op handhaving

Op het gebied van gezondheidsbescherming is in het verleden veel gezondheidswinst behaald en ligt op dit moment de nadruk daarom veelal op handhaving van het bereikte niveau.

Bij letselpreventie is nog wel gezondheidswinst te bereiken. Het doel van letselpreventie is het aantal ongevallen en de ernst van het letsel terug te dringen door veilig gedrag te bevorderen en maatregelen te treffen voor een veilige omgeving. Het aantal spoedeisende hulpbehandelingen is een goede indicator voor het aantal ernstige ongevallen. Driekwart van de letsels ontstaat door ongevallen in de privé-sfeer (privé, sport). De overige letsels ontstaan voornamelijk door ongevallen in het verkeer en in de werkomgeving. In de periode 1999-2003 lag het aantal privé-ongevallen op 690.000. Het Ministerie van VWS streeft naar een daling van het aantal spoedeisende hulpbehandelingen in de privé-sfeer tot 630.000 in 2006.

In vergelijking met 2003 zijn consumenten in 2004 minder negatief gaan oordelen over de veiligheid van voedingsmiddelen (de Jonge et al., 2005). Voor veertien van de zeventien productgroepen heeft meer dan de helft van de consumenten (volledig) vertrouwen in de veiligheid van de productgroepen. Het consumentenvertrouwen in de voedselveiligheid is een resultante van factoren zoals het vertrouwen in de overheid en verschillende partijen in de voedselketen, herinnering van incidenten en/of media-aandacht voor voedselveiligheidskwesties.

De IGZ geeft aan dat Nederland nog onvoldoende is voorbereid op epidemieën. Vijftien van de 24 GHOR-regio's waren in januari 2006 al voldoende voorbereid op de uitbraak van een influenzapandemie. Voor vijf regio's geldt dat zij vóór juni 2006 voldoende voorbereid zullen zijn. Voor drie regio's is vanwege het ontbreken van ge-

vens niet te zeggen wanneer ze voldoende zijn voorbereid. Eén regio is onvoldoende voorbereid (IGZ, 2005h).

Bereik jeugdgezondheidszorg in de eerste vier levensjaren rond de 90%, daarna onbekend

Voor het bereik van Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is als indicator het percentage hoogrisicjongeren dat via de JGZ wordt opgespoord, geformuleerd. In het kader van de jeugdmonitor (Operatie Jong) en de gezondheidsbenchmark (grotestedenbeleid) zal deze indicator nader worden gedefinieerd. Het bereik van de JGZ van 0 tot 4 jaar kan ook worden weergegeven door middel van het bezoekpercentage aan de JGZ in de eerste vier levensjaren (zie tabel 2.2.3).

Tabel 2.2.3: Bezoek aan de JGZ in de eerste vier levensjaren (in %) (Bron: CBS-Statline, 2006a).

Bezoekjaar	Totaal bezoek	Bezoek naar leeftijd				
		0	1	2	3	4
2001	90,0	100,0	98,4	90,4	81,0	82,0
2002	90,8	100,0	95,1	91,3	83,2	87,4
2003	90,6	100,0	98,7	92,9	85,5	78,4
2004	90,5	99,3	95,2	92,4	89,4	78,4

Toegenomen risico's op sterfte rond geboorte

In 2004 werden in Nederland 194.007 kinderen levend geboren. De perinatale sterfte (doodgeboren na meer dan 24 weken zwangerschap en levendgeborenen die in de eerste week overlijden) bedroeg in 2004 1.513 kinderen. In 2004 overleden 852 kinderen in het eerste levensjaar. Daarvan stierf een belangrijk deel (76%) in de eerste vier weken na de geboorte. De daling in de sterfte rond de geboorte is in de tweede helft van de jaren negentig in Nederland afgevlakt. Perinatale sterfte wordt internationaal gebruikt als indicator voor de kwaliteit van zorg en preventie rond de geboorte. Effectieve preventie gericht op leefstijl (gebruik voldoende foliumzuur, niet roken tijdens de zwangerschap), maar ook een goede gezondheidszorg vóór, rond en na de geboorte hebben een positieve invloed op sterfte rond de geboorte. Er zijn verschillende risicofactoren die niet of maar beperkt met (preventieve) zorg beïnvloed kunnen worden. Een verhoogd risico van sterfte rond de geboorte kan enerzijds met het kind te maken hebben. Zo hebben eerstgeborenen kinderen, jongetjes, meerlingen, te vroeg geboren kinderen, kinderen met een te laag geboortegewicht en kinderen met aangeboren afwijkingen een verhoogd sterfterisico. Anderzijds is de moeder belangrijk. Jonge moeders (15-19 jaar), oudere moeders (35 jaar en ouder), moeders met een ziekte die het verloop van de zwangerschap en bevalling kan compliceren (zoals diabetes), en moeders van allochtone herkomst hebben een verhoogd risico op complicaties en sterfte rond de geboorte. Een aantal risico's op sterfte rond de geboorte is in Nederland recent toegenomen, zoals de relatief hoge leeftijd van moeders bij geboorte van hun (eerste) kind en de daarmee samenhangende verhoogde kans op meerlingen. Door het gebruik van medische technologie (IVF = In Vitro Fertilisatie) bij vruchtbaarheids-

problemen kan, afhankelijk van het aantal teruggeplaatste embryo's, het risico op meerlingen toenemen en daarmee het risico op perinatale sterfte. Ook het aandeel van geboortes bij allochtone moeders is sterk gestegen. Roken tijdens de zwangerschap komt in Nederland nog steeds frequent voor. Internationaal vergelijkende studies suggereren dat er in landen met een zeer lage perinatale sterfte (Finland en Zweden) minder 'substandaard' factoren in de perinatale zorg lijken voor te komen. 'Substandaard' factoren zijn omstandigheden en handelwijzen in de preventieve en curatieve zorg vóór de perinatale sterfte die niet voldoen aan de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen of die wijzen op tekortkomingen in de medewerking van de moeder of in de infrastructuur van de zorg (Achterberg, 2005).

Wat we niet weten

De informatievoorziening rondom een aantal van de hier genoemde indicatoren is nog niet optimaal. De gegevens bij overgewicht (verkregen uit lichaamsonderzoeken) zijn verouderd en voor de indicatoren die betrekking hebben op de JGZ en de intersectorale aanpak worden gegevens nog verzameld (gezondheidsbenchmark). Over de theoretische en praktische effectiviteit van vaccinatie- en screeningsprogramma's is al wel veel bekend. Dat is veel minder het geval bij programma's voor gezondheidsbevordering, die vaak bestaan uit een of meerdere bewezen en nog onbewezen effectieve methoden. Omdat met name praktijkgegevens over de effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies ontbreken (deze worden soms alleen experimenteel geëvalueerd en vervolgens niet meer in de uitvoeringspraktijk, of er wordt alleen van procesmaten gebruik gemaakt en niet van directe gezondheidsuitkomstmaten), is hier gekozen om meer algemene uitkomstindicatoren te presenteren, zoals het percentage rokers en percentage mensen met overgewicht. Veranderingen in deze meer algemene indicatoren zijn niet uitsluitend toe te schrijven aan preventie. Voor gezondheidsbevordering is daarom verdere indicatorontwikkeling nodig. Er dient met name gezocht te worden naar indicatoren waarvan de causale relaties tussen (onderdelen van de) gezondheidsbevorderingsinterventie en de gezondheidsuitkomst wel bekend is. Dit vergt een combinatie van conceptuele ontwikkeling en empirisch onderzoek. In de volgende Zorgbalans zal ook worden ingegaan op interventies die nu nog niet zijn ingevoerd, maar waarvan uit experimenten en berekeningen al bekend is dat ze wel (kosten)effectief zijn.

2.3 Hoe effectief is de curatieve zorg?

Kernbevindingen

- Huisartsen schrijven medicijnen in 68% van de gevallen volgens richtlijnen voor
- Het percentage verwijzingen door de huisarts naar de specialist is afgenomen van 6% in 1987 naar 2,5% in 2001, de verwijzingen naar andere eerstelijns hulpverleners daalde in dezelfde periode van 3% naar 1,6%
- De ziekenhuissterfte bij hartfalen, longontsteking en bypass operaties is weinig veranderd in de periode 1995-2004

- De voor case-mix gecorrigeerde sterftcijfers van ziekenhuizen zijn in de periode 1998-2003 gedaald
- Er bestaan aanzienlijke verschillen (factor 1,5 in 2000) tussen ziekenhuizen in voor case-mix gecorrigeerde sterftcijfers
- Na een acuut myocard infarct stierf in 2001 in Nederland 11,0% van de patiënten binnen 30 dagen. Dit is iets onder het OECD-gemiddelde van 11,3%
- De 30-dagen overlevingskans bij een beroerte ligt in Nederland onder het OECD-gemiddelde
- De astmagerelateerde sterfte is in Nederland met 0,127 per 100.000 inwoners ongeveer de helft van het OECD-gemiddelde
- De sterfte aan borst- en darmkanker, die ook in Nederland langzaam afneemt, is hoger dan in veel andere OECD-landen
- De sterfte aan baarmoederhalskanker is in Nederland lager dan in veel andere OECD-landen
- De relatieve vijfjaarsoverleving voor borst-, darm- en baarmoederhalskanker ligt in Nederland rond het OECD-gemiddelde
- Ongeveer 80% van de heupfracturen van 65+-ers wordt in Nederland binnen 48 uur geopereerd. Het OECD-gemiddelde ligt op 69%

Waarom is de effectiviteit van curatieve zorg belangrijk?

Het primaire doel van de curatieve zorg is zieke mensen die lijden aan acute en chronische somatische aandoeningen, weer beter te maken, hun pijn te verlichten en, als genezing onmogelijk is, het ziekteproces te vertragen overeenkomstig de wensen van patiënten en professionele oordelen. Indicatoren voor de effectiviteit van de curatieve zorg beogen inzicht te geven in hoeverre zorgverleners erin slagen deze belangrijke en cruciale doelstellingen te bereiken. Hiermee worden de prestaties van het zorgsysteem in zijn meest basale vorm aan het licht gebracht. Er zijn vele instellingen en beroepsbeoefenaren bij de curatieve zorg betrokken. In verband met de beschikbaarheid van goede indicatoren beperken we ons tot huisartsen- en ziekenhuiszorg. Dit omvat een zeer groot deel van de curatieve sector.

Meeste geld naar curatieve zorg

Van alle sectoren in de zorg wordt aan de curatieve zorg het meeste geld besteed. Daarbinnen wordt het meeste uitgegeven aan ziekenhuis- en specialistische zorg, gevolgd door geneesmiddelen en huisartsenzorg. Aan deze vier (VWS, 2005e) categorieën tezamen wordt meer dan 90% van het budget van de *cure* besteed.

Gebruik van curatieve zorg neemt langzaam toe

In 2004 waren er gemiddeld 6,7 contacten met de huisartspraktijk per patiënt, onderverdeeld in 2,5 consulten en 4,2 andere contacten. Gemiddeld schreven huisartsen in 2003 5,9 recepten per patiënt uit. Deze getallen lijken in de afgelopen jaren langzaam gestegen te zijn. Dit geldt ook voor het gebruik van de ziekenhuiszorg. Het percentage opgenomen personen steeg tot 6,2% in 2004 (CBS-statline), en het aantal medisch-specialistische onderzoeken tot bijna 8,5 miljoen in 2003 (Prismant).

Hoe we de effectiviteit van curatieve zorg vaststellen

Huisartsindicatoren:

- Percentage van de gevallen waarin door huisartsen geen medicijnen voorgeschreven worden die bij het betreffende ziektebeeld afgeraden worden
- Percentage van de gevallen waarin door huisartsen het bij het betreffende ziektebeeld geadviseerde middel voorgeschreven wordt
- Percentage van de gevallen waarin door huisartsen volgens richtlijnen voorgeschreven wordt
- Percentage verwijzingen door huisarts naar medisch specialist
- Percentage verwijzingen door huisartsen naar andere eerstelijns hulpverleners

Ziekenhuisindicatoren:

- Ziekenhuissterfte bij hartfalen
- Ziekenhuissterfte bij longontsteking
- Ziekenhuissterfte bij bypass operaties
- Voor case-mix gecorrigeerde ziekenhuissterfte (Hospital Standardised Mortality Ratio)
- 30-dagensterfte acuut myocard infarct
- 30-dagensterfte beroerte
- Sterfte aan astma per 100.000 inwoners tussen 5 en 39 jaar
- Sterfte aan borstkanker per 100.000 vrouwen
- Sterfte aan darmkanker per 100.000 inwoners
- Sterfte aan baarmoederhalskanker per 100.000 vrouwen
- Relatieve vijfjaarsoverleving bij borstkanker
- Relatieve vijfjaarsoverleving bij darmkanker
- Relatieve vijfjaarsoverleving bij baarmoederhalskanker
- Percentage heupfracturen van 65+-ers geopereerd binnen 48 uur
- Aantal diabetes gerelateerd grote amputaties per 100.000 diabetici tussen 18 en 75 jaar

De stand van zaken

Huisartsen schrijven medicijnen in 68% van de gevallen volgens richtlijnen voor

Braspenning et al. (2004) hebben in 2004 het voorschrijfgedrag van huisartsen onderzocht. Dit is van belang omdat huisartsen een groot gedeelte van alle geneesmiddelen (bijna 80%) voorschrijven (SFK, 2003). De eerste belangrijke conclusie hierover was dat in 78% van de gevallen huisartsen inderdaad geen medicijnen voorschrijven die bij het betreffende ziektebeeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) afgeraden worden (zie *tabel 2.3.1*). Voorbeelden van afgeraden geneesmiddelen zijn antibiotica tegen koorts en astma bij kinderen.

Ten tweede concluderen Braspenning et al. (2004) dat er winst te behalen valt door vaker wel aangeraden medicijnen voor te schrijven. Huisartsen schrijven bijvoorbeeld bij slechts 33% van de patiënten met ongecompliceerde hoge bloeddruk zoals aangeraden een urinedrijvend middel voor. Winst valt er vooral te halen als het gaat om het goed voorschrijven van antibiotica. Huisartsen volgen in 62% van de gevallen waarin

een specifieke medicatie geadviseerd wordt dit advies (zie tabel 2.3.1). In 68% van de gevallen volgen huisartsen de NHG-richtlijnen met betrekking tot het al dan niet voorschrijven van medicijnen op (zie tabel 2.3.1). Er bestaan wel grote verschillen in deze percentages tussen praktijken, wat aangeeft dat op dit punt in sommige praktijken verbeteringen mogelijk zijn (Braspenning et al., 2004; van den Berg et al., 2005).

Tabel 2.3.1: Percentages waarin huisartsen volgens NHG-richtlijnen voorschrijven, 2000-2002 (Bron: Braspenning et al., 2004).

Indicator	2000 - 2002
Percentage van de gevallen waarin geen medicijnen voorgeschreven worden die bij het betreffende ziektebeeld afgeraden worden	78
Percentage van de gevallen waarin het bij het betreffende ziektebeeld geadviseerde medicijn voorgeschreven wordt	62
Percentage van de gevallen waarin medicijnen volgens richtlijnen voorgeschreven worden	68

Percentage verwijzingen door huisartsen naar andere zorgverleners afgenomen

Huisartsen verwezen in 2001 minder door naar andere zorgverleners dan in 1987 en handelden dus meer zelf af (Cardol et al., 2004). In 2001 werd 2,5% van de patiënten doorverwezen naar een medisch specialist, tegen 6% veertien jaar ervoor. Voor verwijzingen naar andere eerstelijns hulpverleners lagen die percentages op 1,6 respectievelijk 3% (zie tabel 2.3.2).

Tabel 2.3.2: Verwijspercentages huisartsen, in 1987 en 2001 (Bron: Cardol et al., 2004; Groenewegen et al., 1992).

Indicator	1987	2001
Percentage verwijzingen naar medisch specialist	6	2,5
Percentage verwijzingen naar andere eerstelijns hulpverlener	3	1,6

Het al dan niet verwijzen gebeurt veelal (89%) volgens NHG-richtlijnen (Braspenning et al., 2004). Desondanks bestaan in het percentage verwijzingen door een huisarts, net zoals bij het voorschrijven volgens richtlijnen, grote verschillen tussen huisartsen(praktijken). Zij die relatief veel verwijzen naar specialisme A, doen dit in het algemeen ook meer naar specialisme B, ook als die twee specialismen weinig met elkaar te maken hebben (van den Berg et al., 2005).

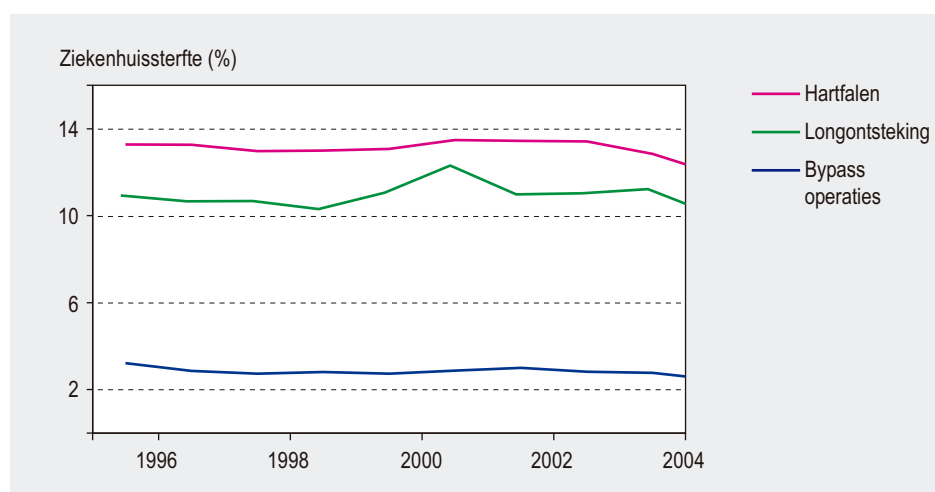
Effectiviteit van ziekenhuiszorg goed te meten met uitkomstindicatoren

Voor ziekten waarbij screening een rol speelt (zoals borst- en baarmoederhalskanker) zeggen de hier gebruikte indicatoren in principe iets over de effectiviteit van het hele proces rond de behandeling van de ziekte. Ze zijn dus niet op alleen de ziekenhuiszorg gericht; andere organisaties kunnen immers ook invloed uitoefenen op de morbiditeit

en mortaliteit van de ziekte. Internationale projecten hebben echter duidelijk gemaakt dat de kwaliteit van de geleverde zorg meer dan andere aspecten van invloed is op deze indicatoren (AHRQ, 2004b). Daarom worden de hier gebruikte indicatoren internationaal als goede maat gezien om de effectiviteit van curatieve zorg te meten.

Ziekenhuissterfte laatste 10 jaar weinig veranderd

In de jaarlijkse sterfte bij opnames voor hartfalen (12% in 2004), longontsteking (10% in 2004) en een bypass operatie (3% in 2004) lijkt er weinig verandering in de tijd te zijn (zie *figuur 2.3.1*), alhoewel het erop lijkt dat sinds 2002 de ziekenhuissterfte bij hartfalen in Nederland aan het afnemen is. De cijfers zijn gecorrigeerd voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw.

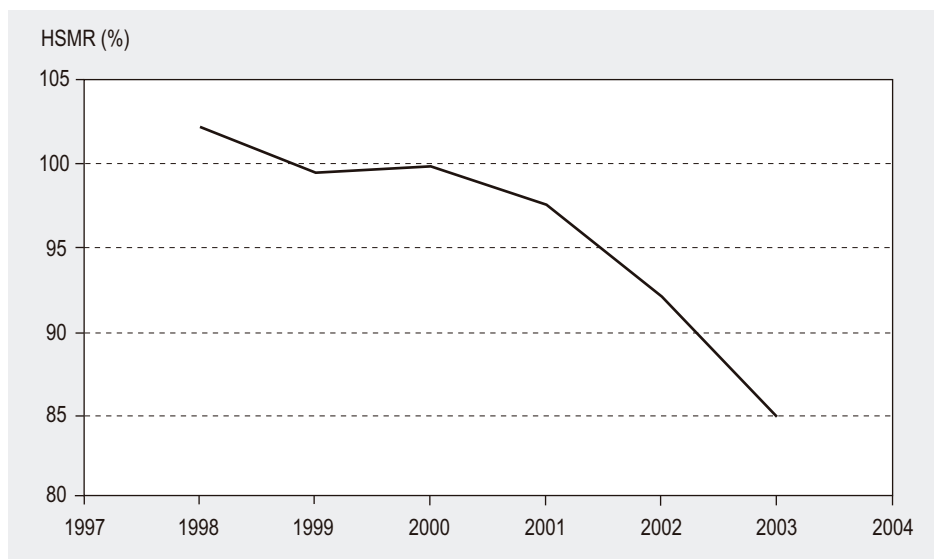


Figuur 2.3.1: Ziekenhuissterfte voor hartfalen, longontsteking en bij bypass operaties, 1995-2004 (Bron: LMR, 2005; CBS/Prismant, 2006).

Voor case-mix gecorrigeerde sterftcijfers van ziekenhuizen gedaald

De Hospital standardised mortality ratio (HSMR) van een ziekenhuis is een maat om de kans op overlijden in een ziekenhuis relatief ten opzichte van andere ziekenhuizen uit te drukken. Hoe hoger de HSMR van een ziekenhuis, hoe hoger de kans op overlijden in dat ziekenhuis. De index is gecorrigeerd voor verschillen in case-mix: de ernst van aandoening en andere factoren die de zorgzwaarte van een patiënt beïnvloeden (Jarman et al., 1999).

In de jaren 1998-2003 is de HSMR voor Nederlandse ziekenhuizen gedaald (zie *figuur 2.3.2*). Dit betekent dat de kans om tijdens een ziekenhuisopname te overlijden is afgenomen. Wanneer de sterfte in 2000 op 100% gesteld wordt, nam deze af van 102% in 1998 tot 85% in 2003.



Figuur 2.3.2: Gemiddelde gestandaardiseerde sterfte in Nederlandse ziekenhuizen met 95% betrouwbaarheidsinterval, 1998-2003 (2000 = 100) (Bron: Prismant, 2005).

Aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen in gecorrigeerde sterftecijfers

In 2000 hadden de afzonderlijke ziekenhuizen een HSMR tussen de 72% en de 111%. Dit betekent dat er een of meer ziekenhuizen in Nederland zijn, waarin patiënten anderhalf keer zoveel kans hebben te overlijden dan in de meest gunstige ziekenhuizen (Prismant, 2005).

Internationale vergelijkingen

Overlevingskans hartinfarct gemiddeld

Bij een acuut myocard infarct stierf in 2001 in Nederland 11,0% van de patiënten binnen 30 dagen. Dit getal is iets onder het OECD-gemiddelde van 11,3% (zie tabel 2.3.3). Hierbij moet wel worden bedacht dat de gegevens door metingen uit verschillende jaren niet optimaal met elkaar vergelijkbaar zijn.

Overlevingskans beroerte onder OECD-gemiddelde

De 30-dagensterfte bij zowel een herseninfarct (16%) als een hersenbloeding (35%) ligt in Nederland boven het OECD-gemiddelde. Dat gemiddelde ligt op respectievelijk 10% en 24%. De overlevingskans is in Nederland dus kleiner dan in veel andere OECD-landen (zie tabel 2.3.3).

Lage sterfte aan astma

De sterfte aan astma is in Nederland (0,127) lager dan gemiddeld in OECD-landen (0,251) (zie tabel 2.3.3) en neemt nog steeds af.

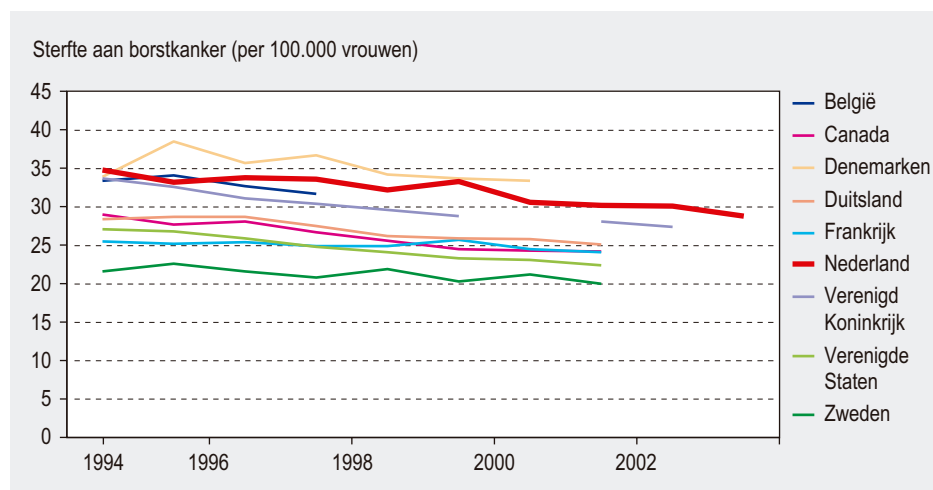
Tabel 2.3.3: Indicatoren effectiviteit ziekenhuiszorg vergeleken met het OECD-gemiddelde (Bron: Mattke et al., 2006; CBS, 2005a).

Indicator	Nederland	OECD-gemiddelde
30-dagensterfte acuut myocard infarct ^a	11,0%	11,3%
30-dagensterfte beroerte (infarct)	16,0%	9,8%
30-dagensterfte beroerte (bloeding)	35,0%	23,8%
Sterfte aan astma per 100.000 inwoners tussen 5 en 39 jaar	0,127	0,251
Relatieve vijfjaarsoverleving bij borstkanker ^b	82,0%	81,6%
Relatieve vijfjaarsoverleving bij darmkanker ^b	Dikke darm: 60,0% Endeldarm: 56,0%	59% ^c
Relatieve vijfjaarsoverleving bij baarmoederhalskanker ^b	<60: 76,0% 60+: 55,0%	71,3% ^c
Percentage heupfracturen van 65+-ers geopereerd binnen 48 uur ^d	80,4%	71,2%
Aantal diabetes gerelateerd grote amputatie per 100.000 diabetici tussen 18 en 75 jaar	35	Onbekend

^a Indicator wordt ook door de IGZ gebruikt (IGZ, 2005a); ^b Jaar van diagnose is 1993, op basis van steekproef bestaande uit gebied rond Eindhoven en Tilburg; ^c Gemiddelde zonder Nederland; ^d IGZ gebruikt percentage binnen 24 uur geopereerd als indicator (IGZ, 2005a). Percentage binnen 48 uur is internationaal vergelijkbaar.

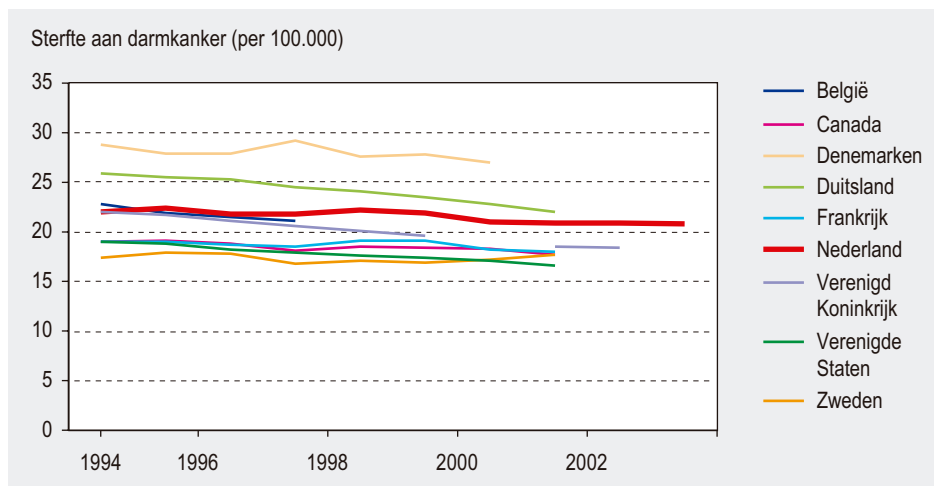
Sterfte aan borst- en darmkanker hoog

De sterfte aan borstkanker is met 28,8 per 100.000 vrouwen in Nederland hoger dan in de meeste andere Europese landen, behalve Denemarken. Dit getal is de laatste 10 jaar wel aan het afnemen (zie *figuur 2.3.3*). Dat geldt ook voor de meeste andere landen, waardoor Nederland de internationaal gezien hoge sterfte aan borstkanker is blijven behouden.



Figuur 2.3.3: Sterfte aan borstkanker in negen OECD-landen, in 1994-2003 (Bron: OECD Health data 2005).

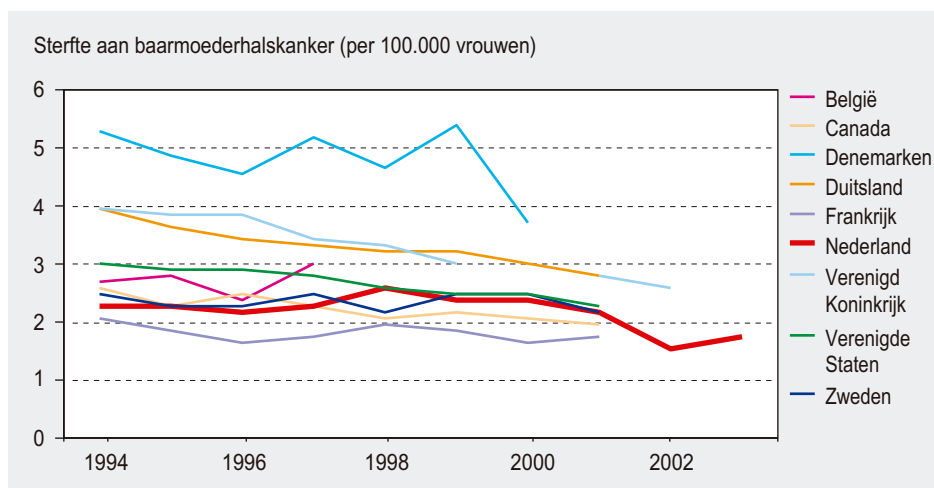
Ook aan darmkanker sterven in Nederland veel mensen (zie *figuur 2.3.4*). Alleen in Denemarken en Duitsland is een hogere sterfte. In de andere beschouwde landen is deze lager.



Figuur 2.3.4: Sterfte aan darmkanker in negen OECD-landen, 1994-2003 (Bron: OECD Health data 2005).

Sterfte aan baarmoederhalskanker laag

Tegenover de hoge sterfte aan borst- en darmkanker staat de relatief lage sterfte aan baarmoederhalskanker. Per 10.000 vrouwen sterven er in Nederland 1,8 daaraan (in 2003), terwijl veel andere OECD-landen een hogere sterfte hieraan hebben (zie *figuur 2.3.5*).



Figuur 2.3.5: Sterfte aan baarmoederhalskanker in negen OECD-landen, 1994-2003 (Bron: OECD Health data 2005).

Relatieve vijfjaarsoverleving kankers rond OECD-gemiddelde

Nederland neemt in het internationale veld een middenpositie in als we kijken naar de relatieve vijfjaarsoverleving voor de drie verschillende soorten kankers. Het Nederlandse cijfer voor zowel borst-, darm- als baarmoederhalskanker ligt rond het OECD-gemiddelde (zie tabel 2.3.3).

Heupfracturen van ouderen snel geopereerd

Het percentage heupfracturen van mensen ouder dan 65 dat binnen 48 uur geopereerd wordt is 80,4%. Het OECD-gemiddelde ligt op 68,6%. In Nederland worden deze heupfracturen dus relatief snel geopereerd.

Wat we niet weten

De effectiviteit van de curatieve zorg in Nederland is beoordeeld op basis van twintig indicatoren. In het algemeen zijn goede gegevens beschikbaar, zowel voor de huisartsen- als ziekenhuiszorg. Voor de ziekenhuiszorg zijn bovendien ook goede internationale vergelijkende gegevens beschikbaar (OECD). Op ziekenhuisniveau is slechts weinig kwantitatieve informatie beschikbaar in welke mate ziekenhuizen volgens richtlijnen werken. Daarover is meer informatie gewenst. Er blijken tussen ziekenhuizen aanzienlijke verschillen te bestaan in gecorrigeerde sterftcijfers. Gegevens over een eventuele verandering hiervan in de tijd zijn nog niet beschikbaar. Het cijfer over het aantal diabetesgerelateerde grote amputaties is nog niet internationaal vergelijkbaar. Ook een goede tijdreeks is niet beschikbaar. Internationaal onderzoek toont aan dat dit een goede indicator is (Mattke et al., 2006), maar door het nog ontbreken van trendgegevens en een internationale vergelijking kan nog niet goed beoordeeld worden wat het Nederlandse cijfer betekent.

2.4 Hoe effectief is de langdurige zorg?

Kernbevindingen

- Medische hulpmiddelen lossen bij tweederde van de burgers met lichamelijke beperkingen naar eigen zeggen grotendeels of volledig de gevolgen van de problemen op waarvoor de hulpmiddelen zijn voorgeschreven
- 40% van de cliënten met somatische indicatie die het verpleeghuis verlaat, keert terug naar de eigen woonomgeving
- Cliënten in de langdurige zorg, van verpleeghuizen tot gehandicaptenzorg waardeerden de verschillende aspecten van zorg in 2003 gemiddeld met een 7,5 tot een ruime 8
- Het aantal cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen met problemen zoals valincidenten, depressiesymptomen, meervoudig medicijngebruik, ongewild gewichtsverlies en/of tekortschietende pijnbestrijding duidt zowel op een aanzienlijke zorglast als op verbeteringsmogelijkheden
- Het aantal mensen met decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg is in de periode van 1998-2004 gedaald

- De IGZ constateerde in 2005 een groot aantal verbeteringen in alle verpleeghuizen die in 2004 een slechte kwaliteitsscore hadden; 15% van deze verpleeghuizen voldeed in 2005 nog niet aan de toenmalige kwaliteitseisen van de IGZ
- 35% van de cliënten met thuiszorg werd in 2004 één of meerdere keren in het ziekenhuis opgenomen. Voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen bedroeg dit percentage respectievelijk 8% en 25%
- Het aantal geregistreerde verblijfplaatsen in een kleinschalige woonvorm voor psychogeriatrische patiënten is meer dan verdubbeld in de periode 2002-2005

Waarom is effectiviteit van langdurige zorg belangrijk?

Ongeveer 10-20% van de mensen in Nederland is chronisch ziek en een groot aantal mensen heeft last van langdurige beperkingen. De beperkingen variëren van licht tot zeer ernstig. Deze mensen maken vaak langdurig gebruik van hulpmiddelen en van thuiszorg, verzorging, verpleging of (hulp vanuit de) gehandicaptenzorg (care). In tegenstelling tot de curatieve zorg die gericht is op herstel, richt deze zorg zich op ondersteuning. De nadruk ligt daarbij op het behoud van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven en zelfstandigheid, en het zoveel mogelijk thuis blijven wonen of in aangepaste woonvormen.

Bij de *effectiviteit van de care* 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 te kunnen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden.

Verantwoorde zorg is zorg van goed niveau die doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt (Arcares, 2005a).

Het Ministerie van VWS zet de kwaliteit van de langdurige zorg hoog op de agenda. Met alle sectoren in de langdurige zorg zijn afspraken gemaakt over het meetbaar maken van verantwoorde zorg (VWS, 2006b). Als onderdeel van de modernisering van de langdurige zorg hebben veldpartijen, cliëntorganisaties en overheid een set van eigentijdse normen voor goede langdurige zorg vastgesteld. Uitgangspunt daarbij is dat de cliënt zelf bepaalt wat kwaliteit van leven is. Als gevolg van deze belangrijke ontwikkeling in het kwaliteitsdenken binnen de langdurige zorg is ook een toetsingskader ontwikkeld, zodat meetbaar wordt of de gewenste kwaliteit van leven, de veiligheid van de zorg en de kwaliteit van de organisatie wordt gerealiseerd. De indicatoren hebben betrekking op de verpleging en verzorging en zijn vastgelegd in het rapport “Toetsingskader voor verantwoorde zorg” (Arcares, 2005b). Op dit moment zijn veel van deze beoogde gegevens nog niet beschikbaar.

Ook in de (inter)nationale literatuur worden indicatoren genoemd op het gebied van de effectiviteit van de care (AHRQ, 2003a; RVZ, 2004). Het Amerikaanse National Quality Forum consensus panel heeft hieruit vijf indicatoren geselecteerd. Momenteel

zijn voor twee van de geselecteerde indicatoren Nederlandse gegevens beschikbaar: het percentage patiënten met decubitus en het percentage thuiszorgpatiënten met jaarlijks een ziekenhuisopname. De eerste indicator (decubitus) maakt ook onderdeel uit van het toetsingskader verantwoorde zorg. Het voordeel van de tweede indicator is dat deze berust op basale administratieve gegevens en geen extra administratieve inspanning vergen.

Hoe we de effectiviteit van langdurige zorg vaststellen

- Percentage personen met beperkingen in de algemene bevolking dat aangeeft dat het verstrekte hulpmiddel zijn/haar probleem oplost
- Percentage cliënten met somatische klachten dat na een verpleeghuisopname terugkeert naar de eigen woonomgeving (als indicator voor de omvang van de tijdelijk-verblijffunctie van verpleeghuizen)
- Cliëntervaringen in thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg
- Omvang van mogelijk vermijdbare zorgproblemen (zoals valincidenten) bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen
- Percentage patiënten met decubitus in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen
- Inspectieoordeel over zorg in verpleeghuizen
- Het percentage thuiszorg- respectievelijk verpleeghuispatiënten dat jaarlijks een ziekenhuisopname ondergaat
- Het aantal psychogeriatrische patiënten dat verblijft in een kleinschalige woonvorm.

De zorg voor mensen met langdurige beperkingen is zeer divers en varieert van lichte zorg (hulpmiddelen en lichte vormen van thuiszorg voor mensen met lichte beperkingen) tot intensieve, langdurige zorg voor zwaar gehandicapten en voor ouderen in verpleeghuizen. Deze (beperkte) set van indicatoren poogt zowel een beeld te geven van lichte als intensieve vormen van langdurige zorg, en is ook in die volgorde opgebouwd. Met deze selectie van indicatoren waarover op dit moment gegevens beschikbaar zijn en waarbij de nadruk ligt op de sector verpleging en verzorging, wordt echter geen uitputtend beeld gegeven van de effectiviteit van alle langdurige zorgonderdelen.

De stand van zaken

Medische hulpmiddelen voor tweederde van de mensen met lichamelijke beperkingen effectief

Het gebruik van hulpmiddelen kan mensen met beperkingen en/of handicaps helpen bij het langer zelfstandig blijven wonen of eerder terug te keren vanuit een instelling naar de eigen thuissituatie (de Wit, 2005).

Metingen (zie tabel 2.4.1) laten zien dat een meerderheid van de mensen van mening is dat het probleem waarvoor men het hulpmiddel kreeg (grotendeels) is opgelost. Tegelijk geeft een derde aan dat het probleem niet (geheel) wordt opgelost door het hulpmiddel. Er bestaan aanzienlijke verschillen in deze percentages tussen hulpmiddelen en zorgverzekeraars (niet in tabel).

Tabel 2.4.1: Mate van probleemoplossing van verstrekt hulpmiddel (Bron: de Wit, 2005).

	2001	2003	2004
Grotendeels/ helemaal mee opgelost (% patiënten)	64	67	65

40% van de cliënten met somatische indicatie na verblijf in verpleeghuis terug naar eigen woonomgeving

De afgelopen 15 jaar is de diversiteit aan zorgvragen en de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners toegenomen (IGZ, 2004e). Terugkeer naar de eigen woonomgeving blijft evenwel zowel voor de kwaliteit van leven als vanuit het oogpunt van doelmatigheid de voorkeur verdienen boven een langdurige opname. Het percentage ontslagen patiënten dat na een intramurale verpleeghuisopname terugkeert naar de eigen woonomgeving is een (grote) indicator voor de mate waarin het zorgsysteem hierin slaagt. Elk jaar keert rond de 40% van de ontslagen cliënten met een somatische indicatie terug naar de eigen woonomgeving. Bij psychogeriatrische cliënten is dit percentage aanzienlijk lager (7%). Ondanks de toegenomen zorgzwaarte in verpleeghuizen zijn de genoemde percentages over de jaren 2000-2003 redelijk stabiel (zie tabel 2.4.2).

Tabel 2.4.2: Ontslagbestemming van cliënten met intramurale verpleeghuisopname (% patiënten) (Bron: Mathijssen, 2004).

Verblijfsituatie	2000		2001		2002		2003	
	S	PG	S	PG	S	PG	S	PG
Eigen omgeving	38	6	35	4	37	4	40	4
Eigen omgeving met dagbehandeling	4	3	4	2	3	3	3	3
Totaal	42	9	39	6	40	7	43	7

S = Somatisch; PG = Psychogeriatrisch.

Cliënten waarden langdurige zorg met een 7,5 tot een ruime 8

In 2003 zijn vragenlijsten afgenomen bij een representatieve steekproef van 2000 cliënten uit 100 instellingen die deelnamen aan de benchmark in verpleeg- en verzorgingshuizen (Arcare, 2004). De gemiddelde score bedroeg 3 (op een schaal van 0-4). Vergelijken met andere aspecten zoals introductie, maaltijdvoorziening, (para)medische zorgverlening en bejegening van de familie werden de thema's zorg en wonen iets lager gewaardeerd.

In 2004 vond een schriftelijke enquête plaats onder 55.000 cliënten van 82 thuiszorginstellingen. Het samengestelde beoordelingscijfer bedroeg 8,3 (op een schaal van 1-10). Op de onderdelen waarop vergelijking met het jaar 2000 mogelijk was, was deze score een half punt hoger (PWC, 2005) (zie ook paragraaf 2.6).

In de testbenchmark in de gehandicaptenzorg in 2003 deden 25 instellingen voor gehandicapten mee. De licht gehandicapten werden geïnterviewd. De samengestelde beoordelingsscores bedroeg voor de kwaliteit van het wonen 8,2. Ook de scores voor

de dagbestedingsfunctie bedroegen 8,2. De minst positieve scores hadden betrekking op een aantal onderdelen van de woonfunctie: het niet zelf kunnen bepalen met wie men woont en wanneer men eet, en het ontbreken van eigen toilet en badkamer (PWC et al., 2005).

Ouders van zowel licht als zwaar verstandelijk gehandicapten kregen een schriftelijke vragenlijst. Hun scores, hoewel iets lager, waren nog ruim voldoende: 7,3 voor wonen en 7,7 voor de dagbesteding. Vooral de scores van ouders van zwaar verstandelijk gehandicapten waren lager (PWC et al., 2005).

De kwaliteit van de dienstverlening aan cliënten in de gehandicaptenzorg werd in 2004 in een enquête onder 56.000 werkers in deze sector gewaardeerd met een gemiddeld rapportcijfer van 7,2 (Bolhuis et al., 2004).

De gebruikte meetinstrumenten verschillen in de diverse benchmarks en hebben deels betrekking op andere aspecten van de zorg. Ze zijn daardoor onderling niet vergelijkbaar.

Aantal cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen met problemen duidt op een aanzienlijke zorglast en op verbeteringsmogelijkheden

De complexiteit van de verpleegkundige en medische zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt goed duidelijk in *tabel 2.4.3*. Daarin wordt weergegeven hoeveel cliënten in verzorgings- en verpleeghuizen te maken hebben met een valpartij, zelf last veroorzaken voor anderen, depressief zijn, ongewild gewichtsverlies lijden, meerdere medicijnen tegelijk gebruiken, vastgebonden worden, doorligwonden hebben, en bij hoeveel cliënten de pijnbestrijding tekortschiet. Elk van deze problemen komt voor bij aanzienlijke percentages patiënten (in de betreffende risicogroep), variërend van 4% tot 51%. Betrokken zorgpartijen beogen deze problemen te verminderen. In het Deltaplan ouderenzorg wordt de visie op verantwoorde zorg vertaald naar een actieplan (Arcares, 2005a).

Aantal mensen met decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg gedaald

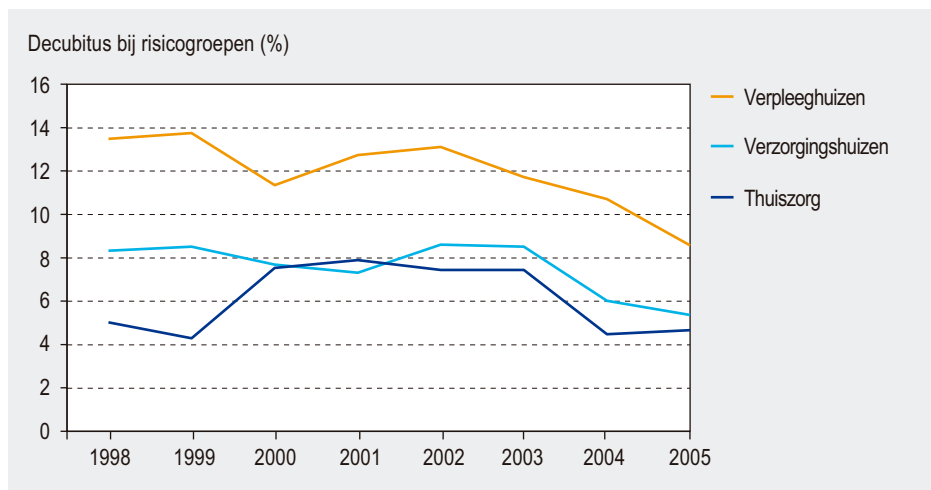
Goede decubituszorg bevordert de kwaliteit van leven van cliënten en is daarnaast kostenbesparend (NVVA, 2003; Richardson, 1998). De mate waarin decubitus vóórkomt in een instelling wordt bepaald door het resultaat van de genomen preventieve maatregelen en de behandeling van decubitus. Decubitus is een goede indicator voor de kwaliteit van de zorg (IGZ, 2005d). Om de kwaliteit van de decubituszorg goed te kunnen meten kan niet worden volstaan met het meten van de prevalentie in instellingen, aangezien dit los staat van de vraag of deze ontstaan is binnen de eigen instelling of elders (Halfens et al., 2005). Een betere maat is om alleen de prevalentie te meten die binnen de instelling is ontstaan, de zogenaamde nosocomiale prevalentie. Om vergelijkbare groepen te krijgen wordt de prevalentie alleen gemeten bij risicogroepen en wordt ook de lichtste decubitusgraad (graad 1) buiten beschouwing gelaten. Dit omdat

Tabel 2.4.3: Percentage cliënten dat langer dan een maand is opgenomen in verpleeg- en verzorgingshuizen, bij wie verzorgenden problemen signaleren, in 2003 (Bron: Arcares, 2004).

	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen
Valpartijen	11	12
Lastveroorzakend gedrag hoogrisicogroep	51	30
Lastveroorzakend gedrag laagrisicogroep	29	8
Depressiesymptomen	33	20
Depressiesymptomen zonder antidepressivagebruik	21	14
Gebruik van negen of meer verschillende medicijnen	19	24
Ongewild gewichtsverlies	18	9
Drie maal of vaker per week slaapmiddelen	21	27
Dagelijks toegepaste lichaamsfixatie	23	2
Doorligwonden hoogrisicogroep	24	20
Doorligwonden laagrisicogroep	6	4
Tekortschietende pijnbestrijding	26	27

graad 1 moeilijk is vast te stellen en er discussie bestaat of dit niet een voorstadium van decubitus betreft (Defloor et al., 2004, Halfens et al., 2001).

Gedurende 1998 tot en met 2005 is in de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en in mindere mate in de thuiszorg een afname gerealiseerd in de nosocomiale decubitusprevalentie (graad 2 tot en met 4) (zie *figuur 2.4.1*). Dit is niet veroorzaakt door een lager percentage risicopatiënten. Betrouwbare gegevens uit zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking zijn niet voorhanden.



Figuur 2.4.1: Decubituspercentage¹ bij risicogroepen, 1998-2005 (Bron: Halfens et al., 2005)

¹ Dit betreft decubitus die in de instelling is ontstaan (nosocomiale decubitus), exclusief graad 1

Decubitus komt in Nederland evenveel voor als in andere Europese landen, met uitzondering van Duitsland. Een vergelijking tussen Nederland en Duitsland toonde aan dat de kans om in een verpleeghuis decubitus te krijgen in Nederland driemaal groter is dan in Duitsland (Tannen, 2005).

Verpleeghuizen verbeteren de kwaliteit van zorg, volgens de IGZ

In 2004 voldeed bijna 80% van 60 onderzochte verpleeghuizen niet aan *alle* tien kwaliteitsnormen die in 2001 door de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties samen met de IGZ waren vastgesteld. Deze indicatoren hadden betrekking op vijf aandachtsgebieden: personeelsbezetting (5x), afwijken van zorgafspraken (2x), hulp bij eten en drinken (1x), recreatie (1x) en multidisciplinair overleg (1x). Tenminste een kwart van de onderzochte verpleeghuizen schoot tekort op essentiële onderdelen van de dagelijkse zorg. Zo was er weinig mogelijkheid voor bewoners om de dag in te delen zoals ze zelf wensen, weinig tijd om te douchen en was er onvoldoende hulp bij de maaltijden. In bijna tweederde van de verpleeghuizen was gebrek aan permanent personeeltoezicht op psychogeriatrische afdelingen. Hierdoor worden dementerende bewoners soms noodgedwongen vastgebonden (IGZ, 2004e). De IGZ heeft in 2005 de verpleeghuizen die in 2004 tekortschoten nogmaals bezocht. De bezochte verpleeghuizen hebben in een kort tijdsbestek een groot aantal verbeteringen gerealiseerd om de 10 kwaliteits eisen beter te garanderen. Alle onderzochte verpleeghuizen hebben verbeteringen laten zien. In 2005 voldeed bijna 15% niet aan alle tien kwaliteitseisen (IGZ, 2005f). Inmiddels is de IGZ van de toetsing van minimeisen overgestapt op een risicobenadering en een uitgebreidere, deels veranderde set van indicatoren (IGZ, 2005c).

Groter percentage cliënten met thuiszorg in ziekenhuis opgenomen dan uit verzorgingshuis of verpleeghuis

Verbeteringen in de kwaliteit en effectiviteit van verpleeg- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg resulteren in minder ziekenhuisopnamen bij mensen die gebruik maken van deze zorgvormen. Uit Amerikaans onderzoek is bekend dat thuiszorginstellingen met minder ziekenhuisopnamen ook op andere kwaliteitscriteria beter scoren (AHRQ, 2005). Door goede en effectieve langdurige zorg kunnen niet alle ziekenhuisopnamen worden voorkomen, aangezien chronische ziekten verergeren over de tijd heen.

Het percentage patiënten dat in 2004 één of meerdere keren in het ziekenhuis werd opgenomen, verschilt sterk tussen verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen. Van de patiënten met thuiszorg onderging 35% één of meerdere ziekenhuisopnamen terwijl voor cliënten in verpleeghuizen dit percentage 8% bedroeg. Voor verzorgingshuisbewoners bedroeg dit percentage 25%. Het lage percentage verpleeghuispatiënten dat een ziekenhuisopname ondergaat, kan mogelijk verklaard worden door het feit dat in verpleeghuizen medische zorg aanwezig is dit in tegenstelling tot verzorgingshuizen. Momenteel zijn er nog geen trendgegevens voorhanden. Amerikaans onderzoek laat zien dat 28% van de mensen met thuiszorg in 2004 een ziekenhuisopname onderging (AHRQ, 2005).

Tabel 2.4.4: Percentage cliënten in verpleeghuizen, verzorgingshuizen of met thuiszorg dat één of meerdere keren in het ziekenhuis werd opgenomen, in 2004 (Bron: CBS/Prismant/CAK-BZ).

	Aantal personen ^a	Percentage in ziekenhuis opgenomen patiënten	Variatie tussen instellingen (%) ^b
Thuiszorg	177.967	35,2	11,1
Verzorgingshuizen	80.526	24,8	22,8
Verpleeghuizen	44.848	8,3	29,5

^a alleen de personen die het gehele jaar, of tot aan hun overlijden in dat jaar, de betreffende zorg ontvingen zijn meegenomen; ^b gewogen variatiecoëfficiënt (rekeninghoudend met aantal instellingen per zorgtype en aantal personen per instelling en toevalsfluctuaties).

Een maat voor de variatie tussen instellingen voor een bepaald zorgtype is de variatiecoëfficiënt. De variatiecoëfficiënten laten zien dat het percentage patiënten met één of meerdere ziekenhuisopnamen sterker varieerde tussen de verpleeghuizen onderling dan tussen de thuiszorginstellingen onderling en de verzorgingshuizen onderling (zie tabel 2.4.4).

Aantal geregistreerde verblijfplaatsen in kleinschalige woonvorm voor psychogeriatrische patiënten meer dan verdubbeld

Het wonen in een kleinschalige woonvorm heeft een gunstig effect op de kwaliteit van leven van psychogeriatrische patiënten in vergelijking met reguliere verpleeghuizen (Wijnties, 2004; Huijsman & Ludwig, 1995). Dementerende patiënten die in kleinschalige woonvormen verblijven, gebruiken minder incontinentiemateriaal en minder medicatie dan dementerende bewoners van traditionele verpleeghuizen (Huijsman & Ludwig, 1995). Deze dementerende bewoners vertonen ook minder apathie, minder angst en een hoger activiteitsniveau.

Tabel 2.4.5: Totaal aantal gerealiseerde projecten, woningen en plaatsen van kleinschalig wonen voor mensen met dementie, eind 2002 - eind 2005 (Bron: Aedes-Arcares, 2006).

	2002	2003	2004	2005
Projecten	80	93	119	166
Woningen	413	487	593	856
Plaatsen	1.813	2.321	3.004	4.422

Het aantal geregistreerde plaatsen voor mensen met dementie is in de periode 2002-2005 meer dan verdubbeld (zie tabel 2.4.5). In 2004 bedroeg dit aantal 8,4% van het totaal aantal verpleeghuisplaatsen (Aedes-Arcares, 2006).

Deze gegevens zijn gebaseerd op een vrijwillige aanmelding bij een databank, waardoor er sprake is van een onderregistratie waarvan niet bekend is hoe groot deze is. De toename in het aantal verblijfplaatsen is gedeeltelijk (vermoedelijk in beperkte mate) het gevolg van een vermindering van de onderregistratie. De gegevens uit tabel 2.4.5 geven het minimale aantal plaatsen in kleinschalige woonvormen weer.

Wat we niet weten

In deze paragraaf is gebruik gemaakt van gegevens uit de hulpmiddelenmonitor, de benchmarkonderzoeken in de thuiszorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg, en rapportages van de IGZ. Tezamen geven ze een gefragmenteerd beeld van de effectiviteit en de kwaliteit van de langdurige zorg. Er zijn nog nauwelijks goede representatieve gegevens beschikbaar om de effectiviteit van de langdurige zorg vanuit een modern, cliëntgericht perspectief goed in kaart te brengen, laat staan om trends hierin zichtbaar te maken. Indicatoren en statistische gegevens die inzicht geven in een zo belangrijk beleidsdoel als de substitutie van zorg (zoals de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg) ontbreken.

Het ministerie van VWS hecht groot belang aan het meetbaar maken van de kwaliteit in de langdurige zorg (VWS, 2006b). Meetinstrumenten in de verpleeghuizen worden momenteel vernieuwd: 2006 is een overgangsjaar waarin nog deels zal worden gewerkt met de huidige vorm van cliëntraadpleging en het bestaande risicobeoordelingsformulier van de inspectie. In 2007 wordt volledig overgestapt op de vernieuwde vorm (Arcares, 2005b). Ook in de gehandicaptensector wordt het beoordelingsinstrumentarium aangepast ten behoeve van het branchbrede benchmarkonderzoek, dat in 2006 zal plaatsvinden (VGN, 2006).

In dit kader is ook het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording van belang. Deze is in 2003 (op vrijwillige basis) ingevoerd in thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingshuizen, in 2004 ook in de cure en gehandicaptenzorg, en in 2005 zorgbreed. Over het jaar 2006 wordt dit Jaardocument voor alle instellingen verplicht ingevoerd. Instellingen worden daardoor in staat gesteld om in één keer en op geïntegreerde wijze te voldoen aan alle jaarlijkse wettelijke verantwoordingsverplichtingen. Het Jaardocument zal naar verwachting veel gegevens bevatten, die na aggregatie, een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de gegevensbehoefte van de volgende Zorgbalans in 2008.

De indicatoren die in deze paragraaf van de Zorgbalans gebruikt zijn, zullen in een volgende Zorgbalans dus gedeeltelijk vervangen kunnen worden door deze nieuwe indicatoren.

2.5 Hoe effectief zijn de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg?

Kernbevindingen

- Binnen de geestelijke gezondheidszorg bestaan er preventieve programma's die bewezen effectief zijn. Deze programma's bereiken slechts een beperkt aantal mensen
- Het percentage cliënten dat na behandeling in de geestelijke gezondheidszorg hoger scoort op een schaal voor sociaal en psychisch functioneren, neemt toe
- Zowel het aantal geslaagde suïcides als het aantal suïcidepogingen neemt af in de periode 1996-2003. Het percentage suïcides dat bekend is bij hulpverleners neemt toe

- Eén op de drie volwassen Nederlanders met een psychische stoornis zoekt hulp in de periode 2000-2004. 33%-63% van de opiaatverslaafden en 1% van de cannabisgebruikers wordt door de verslavingszorg behandeld
- Het aantal uitgeschreven cliënten van de geestelijke gezondheidszorg neemt af in de periode 2003-2004. Het aandeel uitschrijvingen in de verslavingszorg schommelt

Waarom is de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg belangrijk?

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, stoornissen in verband met alcohol of drugs niet meegerekend (Vollebergh et al., 2003; van Ginneken & Schoemaker, 2005). Meer dan 40% van de Nederlandse bevolking heeft ooit een psychische stoornis gehad (inclusief alcohol- of drugs-gerelateerde stoornissen) (van Ginneken & Schoemaker, 2005). Er zijn naar schatting ongeveer 1,7 miljoen mensen verslaafd (Ouwehand et al., 2005).

In deze paragraaf worden vooral indicatoren gebruikt die iets zeggen over de behandeling door de GGZ van mensen met psychische en/of sociale stoornissen en over de behandeling van cliënten door de verslavingszorg.

Hoe we de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg vaststellen

De effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg wordt vastgesteld met behulp van de volgende indicatoren:

- Resultaat van preventiemaatregelen en doelgroepen die worden bereikt
- Verandering in het psychisch en sociaal functioneren van patiënten
- Ontwikkeling in het aantal suïcides en suïcidepogingen
- Percentage van de doelgroep dat door de hulpverleners wordt bereikt
- Ontwikkeling van het aantal uitschrijvingen in de GGZ en de verslavingszorg

De stand van zaken

Gering aantal mensen bereikt door effectieve preventieve programma's

Van een aantal preventieve maatregelen is iets over de effectiviteit bekend (Cuijpers et al., 2005). Zo resulteert deelname aan de cursus "In de put, uit de put", welke in 80% tot 90% van de GGZ regio's wordt aangeboden (Ruijter et al., 2005) in een aanzienlijke vermindering van de depressieve klachten van de deelnemers (Allart-van Dam, 2003). Cuijpers et al. (2005) melden zelfs dat incidentieverlaging met dit type programma's mogelijk is. Verdurmen et al. (2003) rapporteren dat zowel universele als selectieve interventies bij kinderen veelal positief werken. Tenslotte geeft de Landelijk Steunfunctie Preventie een overzicht van de preventie activiteiten die in Nederland binnen de GGZ en de verslavingszorg worden uitgevoerd (LSP, 2006).

Er zijn onvoldoende gegevens gevonden over het bereik van de preventiemaatregelen in de GGZ, maar de algemene indruk is dat het bereik van effectieve interventies heel

beperkt is. Naar schatting worden er jaarlijks enkele duizenden mensen bereikt door preventieve maatregelen rond depressie (Rigter et al., 2002). Gegeven het feit dat er jaarlijks ongeveer 2,7% van de Nederlandse bevolking mensen depressief wordt (zie ook van Ginneken & Schoemaker, 2005), wordt duidelijk dat het bereik van deze preventieve maatregelen heel klein is.

Stijgend percentage cliënten scoort na behandeling hoger op een schaal voor sociaal en psychisch functioneren

Een internationaal gebruikt instrument om psychisch en sociaal functioneren te meten is de Global Assessment of Functioning (GAF) schaal. De behandeling is effectief geweest, wanneer de cliënt na de behandeling hoger scoort dan vóór de behandeling. Er zijn echter kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van de GAF-score. De evaluatie van de psychische, emotionele en sociale toestand van de cliënt wordt door de behandelaar direct in één getal uitgedrukt, waardoor subjectieve wegingen en beoordelingen niet zijn te reconstrueren of te controleren. Ook maakt de behandelaar geen onafhankelijke meting en worden het sociaal en psychisch functioneren door veel meer factoren beïnvloed dan de behandeling. Dientengevolge geven de cijfers in *tabel 2.5.1* slechts een indruk van de verandering in psychisch en sociaal functioneren.

Tabel 2.5.1: Verschil in GAF-score voor en na behandeling, alle diagnoses, 2000-2004 (%) (Bron: GGZ-Nederland, Zorgis).

	2000	2001	2002	2003	2004
Verbeterd	21	23	26	29	31
Stabiel	72	69	67	63	61
Verslechterd	7	8	7	8	8

Wat opvalt, is dat het grootste deel van de patiënten na behandeling op hetzelfde niveau functioneert als voor behandeling. Daarnaast is er tussen 2000 en 2004 een sterke stijging in de registratie van het aantal patiënten met een hogere GAF-score na behandeling. Slechts een klein deel van de patiënten scoort lager na behandeling. Dit deel blijft stabiel in de tijd.

Aantal geslaagde suïcides en suïcidepogingen neemt af, percentage suïcides bekend bij hulpverleners neemt toe

Het aantal suïcides en suïcidepogingen in een land kan door vele factoren buiten de GGZ worden beïnvloed. Zowel sociale aspecten als organisaties buiten de GGZ kunnen van invloed zijn op het aantal suïcide(pogingen) in Nederland.

De cijfers over suïcide(pogingen) laten in grote lijnen een dalende trend zien. Dit geldt ook voor veel andere Europese landen (Eurostat). Het Nederlandse gemiddelde ligt echter beduidend lager dan in de EU-15 landen, respectievelijk 1,22 en 1,60 in 2000. Een grove schatting leert dat ongeveer een vijfde deel tot een kwart van de suïcidepogingen resulteert in een geslaagde suïcide. De verhouding van het aantal suïcideplegers in Nederland en het aantal GGZ-patiënten dat suïcide pleegt is in de jaren

Tabel 2.5.2: Landelijk geregistreerde suïcides en suïcidepogingen, 1996-2004.

	Geslaagde suïcides, absoluut en (per 10.000 inwoners) ^a	Suïcidepogingen per 10.000 inwoners ^b	Suïcides GGZ cliënten ^c absoluut	Suïcides bekend bij hulpverleningsinstanties ^d absoluut
1996	1577 (1,25)	6		
1997	1570 (1,24)	6		
1998	1519 (1,19)	5		
1999	1517 (1,18)	5		
2000	1500 (1,16)	6		443
2001	1473 (1,13)	7		377
2002	1567 (1,20)	4	420	562
2003	1500 (1,14)	4	494	507
2004	1514 (1,14)		465	648

^a CBS-statline; ^b NIVEL Continue Morbiditeitsregistratie, 2003; ^c GGZ-Nederland, Zorgis; ^d IGZ, 2005e, 2004b, 2002a, 2001

2002-2004 ongeveer 1:3 (zie tabel 2.5.2). Deze cijfers suggereren dat de GGZ over de tijd in dezelfde mate effectief blijft waar het gaat om het bereiken van suïcidale mensen en het ontmoedigen van suïcidevoornemens van hun patiënten. Wanneer we alle hulpverleningsinstanties meenemen, zoals gerapporteerd door de IGZ (zie tabel 2.5.2, rechterkolom) lijkt het dat de hulpverleningsinstanties een steeds groter aandeel van de mensen dat suïcide pleegt, weet te bereiken.

Onderzoek toont aan dat er mogelijk winst kan worden behaald in de eerste lijn. Omdat niet alle patiënten hun suïcidevoornemens aan hun huisarts kenbaar maken, is deze niet altijd in staat hen naar de juiste instantie door te verwijzen. Huisartsen herinneren zich in 7% van de gevallen van suïcide dat zij dit met de patiënt hebben besproken, en van respectievelijk 31% en 22% van de gevallen van suïcide en suïcidepogingen dat zij dit hebben zien aankomen. Het eerder bespreekbaar maken bij de huisarts kan er wellicht toe bijdragen dat er meer suïcidale mensen worden opgevangen door hulpverleningsinstanties (Marquet et al., 2005).

Aantal nieuwe cliënten geestelijke gezondheidszorg neemt toe

Ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking had in 1999 last van één of meer psychische stoornis (van Ginneken & Schoemaker, 2005). Er is geen reden om aan te nemen dat dit aantal de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Wel neemt tussen 2000 en 2004 het aantal nieuwe cliënten bij de GGZ toe van 267.900 naar 340.700 (zie tabel 2.5.3). Ook het aantal cliënten dat per jaar wordt behandeld neemt in deze periode sterk toe; van 468.100 tot 696.300. Het is niet waarschijnlijk dat de prevalentie en de incidentie van psychische aandoeningen net zo snel stijgt als het aantal GGZ-patiënten. De drempel om psychische hulp te zoeken lijkt dus lager te zijn geworden. Ook kan het zijn dat de extra middelen die ter beschikking werden gesteld om de wachtlijsten weg te werken, tevens zijn gebruikt om een groter aantal patiënten te behandelen. Daarnaast is het bekend dat het Zorgis bestand dubbelstellingen bevat die het gevolg zijn van inschrij-

vingen bij meerdere instanties of van meerdere inschrijvingen per patiënt per jaar als gevolg wederopname na ontslag. GGZ-Nederland schat dat er 11% dubbelstellingen zijn in de gegevens van Zorgis. De toename van nieuwe inschrijvingen tussen 2003 en 2004 is groter dan 11%. We gaan er dan ook van uit dat het beeld dat hier is geschetst geldig blijft, al kunnen we niet met zekerheid vaststellen hoe groot de toename is.

Tabel 2.5.3: Aantal nieuwe en behandelde cliënten in de GGZ, 2000-2004 (Bron: GGZ Nederland, Zorgis).

	2000	2001	2002	2003	2004 ^c
Nieuwe inschrijvingen ^a	267.900	262.200	272.300	282.500	340.700
Behandeld ^a	468.100	499.400	547.500	581.200	696.300
Nieuwe inschrijvingen ^b				369.000	
Behandeld ^b				753.800	

^a Brede GGZ, Riagg, APZ; ^b Geschat voor brede GGZ, Riagg, APZ, RIBW, KJP, psychische, verslavingszorg; ^c Zelfde groep als andere jaren, plus RIBW, KJP

Eén derde van mensen met psychische stoornissen zoekt hulp

Van de volwassen Nederlanders met een psychische stoornis zoekt één op de drie professionele hulp. Mensen met een depressie of angststoornis doen veel vaker een beroep op hulp dan mensen met alcoholproblemen. Van degenen met meer dan één stoornis tegelijk zoekt ruim de helft hulp. Van de mensen die hulp zoeken, wendt 80% zich tot de eerstelijns gezondheidszorg (huisarts, maatschappelijk werk, eerstelijns psycholoog), 45% gaat naar de ambulante GGZ en 30% roept informele of alternatieve hulp in. Opname in een psychiatrisch of ander ziekenhuis is zeldzaam (1%) (Bron: RIVM/NEMESIS). Er is dus een aanzienlijke groep mensen die zich tot meerdere hulpverleners wendt.

Eén op de zes volwassen Nederlanders met een psychische stoornis geeft aan behoefte te hebben aan hulp, maar niet naar een hulpverlener te gaan (van Ginneken & Schoemaker, 2005). Dit impliceert dat ongeveer de helft van de volwassenen in Nederland die volgens de definities een psychische stoornis heeft (twee miljoen personen), en waar dus waarschijnlijk wel een hulpbehoefte is, niet zelf naar de hulpverlener gaat.

33-63% van opiaatverslaafden en 1% van cannabisverslaafden onder behandeling bij verslavingszorg

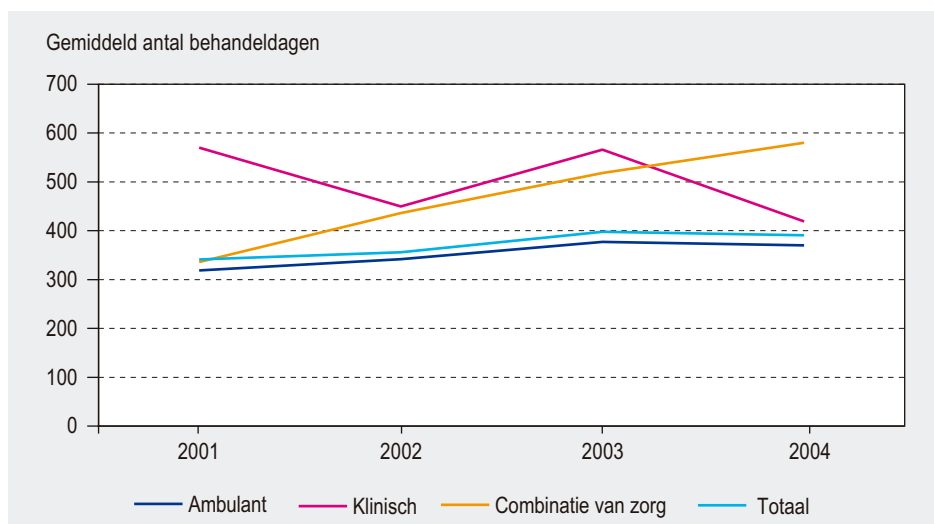
In 2004 zijn in de verslavingszorg 64.500 mensen behandeld voor hun verslaving aan alcohol, opiaten, cocaïne, cannabis, gokken of andere verslavingen. Naar schatting lijden er rond de 1.740.000 mensen aan minstens één van deze verslavingsvormen (Ouweland et al., 2005). Dit houdt in dat in totaal minder dan 4% van de verslaafden wordt behandeld. Per verslavingsvorm zien we grote verschillen. Van de mensen die aan opiaten verslaafd zijn, wordt tussen 33% en 63% door de verslavingszorg bereikt, terwijl dit voor cannabisverslaafden naar schatting slechts 1% is (zie tabel 2.5.4). Het is mogelijk dat een deel van de mensen die niet worden bereikt, door andere instanties wordt geholpen.

Tabel 2.5.4: Aantal en percentage verslaafden dat gebruik maakt van verslavingszorg (Bron: Ouwehand et al., 2005)

	Schatting aantal verslaafden	Jaar	Personen in behandeling (ambulante) verslavingszorg	
			Absoluut	Percentage
Alcohol	1.175.000	2003	29.500	3
Opiaten	22.000-42.000	2001	13.900	33-63
Cocaïne	55.000	2001	10.000	18
Cannabis	408.000	2001	5.500	1
Gokken	70.000	1998	3.100	4
Overig			2.600	

Verschuiving van klinische zorg naar combinatiezorg

Figuur 2.5.1 laat zien dat de klinische behandelduur in de jaren 2001-2004 varieert en in 2004 afneemt. De duur van de zorg waarbij klinische en ambulante zorg elkaar afwisselen, neemt daarentegen toe. Dit duidt op een verschuiving in het type behandeling; wanneer mensen ambulant geholpen kunnen worden, gebeurt dit steeds vaker. Bij het totaal zien we dat de trend van steeds langer durende behandelingen in 2004 afneemt. Ook zien we dat steeds vaker een combinatie van ambulante en klinische zorg wordt toegepast. Ook deze cijfers kunnen zijn vertekend door de eerder genoemde dubbeltellingen in Zorgis. Echter, het is niet te bepalen of dit tot een over- of onderschatting van de cijfers leidt voor wat betreft het gemiddeld aantal behandeldagen per patiënt.



Figuur 2.5.1: Gemiddeld aantal behandeldagen per type behandeling, exclusief "één contacters", 2001-2004 (Bron: GGZ Nederland, Zorgis).

Dalend aantal uitgeschreven cliënten in geestelijke gezondheidszorg

In de jaren 2000-2003 worden elk jaar meer mensen uitgeschreven bij de GGZ. In 2004 worden er echter minder mensen uitgeschreven, ongeveer evenveel als in 2001 (zie tabel 2.5.5). Omdat de instroom is toegenomen, is het aandeel patiënten (van het aantal behandelde patiënten) dat uitstroomt afgenomen.

Tabel 2.5.5: Aantal en percentage uitgeschreven cliënten GGZ, 2001-2004 (Bron: GGZ Nederland, Zorgis).

	2001	2002	2003	2004
Totaal	140.700	161.500	191.700	141.000
% van behandelde cliënten	28	29	33	20
Ambulant	122.000	142.500	168.300	126.300
Klinisch	9.700	7.300	8.200	3.700
Combinatie	9.000	11.700	15.300	11.000

Schommelend aandeel uitgeschreven cliënten in verslavingszorg

In 2004 zijn meer dan 17.000 mensen uitgeschreven bij de verslavingszorg, dat is ongeveer 27% van het totaal aantal mensen dat wordt behandeld (zie tabel 2.5.6). De uitstroom is ten opzichte van 2003 toegenomen, terwijl de instroom ongeveer gelijk is gebleven (21.259 in 2003 en 21.271 in 2004) (Ouwehand et al., 2005). Omdat de behandelduur is toegenomen (van 303 naar 338 dagen), is het beroep op de verslavingszorg wel groter geworden.

Tabel 2.5.6: Aantal en percentage uitgeschreven cliënten verslavingszorg, 2001-2004 (Bron: Ouwehand et al., 2005; 2004; 2003a,b).

	2001	2002	2003	2004 ^a
Uitgeschreven (absoluut)	21.800	21.600	16.000	17.300
Totaal aantal mensen dat gebruik maakt van verslavingszorg	15%	40%	26%	27%
Doorverwezen	15%	13%	16%	22%
Niet doorverwezen	57%	55%	47%	45%
Anders/onbekend	28%	32%	36%	33%

^a Alcohol, opiaten, cocaïne, cannabis, gokken, anders.

Wat verder opvalt, is de schommeling in het percentage cliënten van de verslavingszorg dat uitstroomt. In 2001 worden 15% van de patiënten uitgeschreven, het jaar daarop 40%, en in 2003 daalt het percentage weer naar 26%. Het verschil in absolute cijfers kan worden veroorzaakt doordat na 2002 een deel van de instellingen geen informatie meer aanleverde.

Van de mensen die in 2004 uitstromen bij de verslavingszorg, wordt 22% doorverwezen naar andere hulpverleningsinstanties, 45% wordt niet doorverwezen en bij 33% van de uitstromers is onbekend waar ze terechtkomen.

Wat we niet weten

Er is nog onvoldoende zicht op in hoeverre GGZ preventiecampagnes de doelgroep(en) bereiken. Zo worden er naar schatting slechts enkele duizenden mensen bereikt door maatregelen ter preventie van depressie. Dat is een heel klein percentage van het aantal mensen dat per jaar depressief wordt. Hoe groot dat percentage precies is, is echter onbekend.

De betrouwbaarheid en validiteit van het kwantificeren van de psychische toestand vóór en na de behandeling zouden gebaat zijn bij een meetinstrument dat tenminste verschillende psychische en sociale dimensies apart meet, en waarbij de evaluatie van de toestand van de cliënt niet gedaan wordt door de behandelaar. Dit laatste is niet louter een technische kwestie, maar heeft ook te maken met de bekendheid met prestatiemeting in de GGZ. Uit een onderzoek bij de GGZ Eindhoven en GGZ Noord-Holland Noord naar implementatietrajecten voor kwaliteitsinstrumenten is een aantal bevorderende en vertragende factoren naar voren gekomen (van Wetten et al., 2005). De gegevens van de Zorgis bevatten volgens GGZ-Nederland ongeveer 11% dubbeltellingen. Dit heeft gevolgen voor de interpretatie van de gegevens. Waar het gaat om gegevens over absolute aantallen patiënten, mogen we ervan uit gaan dat de werkelijke aantallen voor 2004, 11% lager liggen dan hier gerapporteerd. Dit kan tot gevolg hebben dat de gerapporteerde verschillen groter zijn dan de werkelijke verschillen. Wanneer de gerapporteerde verschillen groter zijn dan 11%, gaan we ervan uit dat er een reële groei heeft plaatsgevonden. Het is echter niet met zekerheid vast te stellen hoe groot die groei is. Wanneer we kijken naar gemiddelden per patiënt, zoals gemiddeld aantal behandeldagen, kunnen de gegevens ook vertekend zijn.

We weten wel hoe lang mensen in contact zijn met de verslavingszorg, maar hoe het daarna met velen van hen gaat, is niet bekend. Om te kunnen achterhalen of de verslavingszorg effectief is, is informatie nodig over de mate waarin (ex-)verslaafden erin slagen na de behandeling zonder terugval zelfstandig te leven.

We weten dat de GGZ ongeveer een derde van de totale groep mensen die suïcide pleegt, bereikt. Of het in de registraties om dezelfde mensen gaat, is echter niet met zekerheid te zeggen. We vergelijken immers cijfers van verschillende bronnen, met alle problemen van dien: andere definities, mogelijke dubbeltellingen, mogelijke omissies. Om een ondubbelzinnig antwoord te kunnen geven op de vraag hoeveel van de mensen die suïcide plegen, worden behandeld door de GGZ, zou er voor alle suïcidegevallen geregistreerd moeten worden of de persoon op dat moment al dan niet onder behandeling van de GGZ is.

Binnen de GGZ wordt op dit moment gewerkt aan het invoeren van multidisciplinaire richtlijnen. Voor specifieke diagnosegroepen worden in deze richtlijnen handvaten gegeven voor behandeling. Belangrijke doelstellingen van die richtlijnen zijn transparantie en het kwantificeren van prestaties. Het zal waarschijnlijk een paar jaar duren voordat de richtlijnen door de hele GGZ worden gebruikt. Het zou nuttig zijn de implementatie van de richtlijnen te monitoren, te onderzoeken welke informatie er precies beschikbaar komt en gegevens op macroniveau te verzamelen.

2.6 Hoe ervaren consumenten de gezondheidszorg?

Kernbevindingen

- 93% van de Nederlanders heeft voldoende vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg, maar de toekomst van de gezondheidszorg ziet zo'n 36% met minder vertrouwen tegemoet
- Ruim 90% van de Nederlanders heeft (zeer) veel vertrouwen in huisarts en specialist
- Ruim 40% van de Nederlanders is tevreden met het zorgsysteem. Dit is net iets boven het gemiddelde van vijftien EU-landen
- 87% van de Nederlandse zorggebruikers geeft de ambulante medische zorg een 7 of hoger
- De scores voor de informatievoorziening in ziekenhuizen aan patiënten blijven op sommige aspecten achter
- Bewoners van verzorgingshuizen zijn meer tevreden dan bewoners van verpleeghuizen.
- De thuiszorg krijgt als gemiddeld rapportcijfer een 8,3
- Ervaringen van chronisch zieken met huisarts en specialist zijn overwegend positief
- Consumenten waarderen zorgverzekeraars met gemiddeld een 7,6

Waarom is het oordeel van consumenten belangrijk?

In de gezondheidszorg staan consumenten centraal. De ervaringen en tevredenheid van consumenten vormen dan ook vanzelfsprekend een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van zorg. De laatste jaren is er een toenemende belangstelling voor het meten van feitelijke ervaringen van zorgconsumenten. Voorbeelden daarvan zijn het groeiende aantal benchmarkonderzoeken. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen met deze informatie hun diensten verbeteren. Voor consumenten kan deze informatie bijdragen tot het maken van een afgewogen keuze voor een zorgaanbieder of verzekeraar (Delnoij et al., 2005).

Hoe we het oordeel van consumenten vaststellen

- Algemeen consumentenvertrouwen: heeft de Nederlander vertrouwen in het systeem van de gezondheidszorg, ongeacht het daadwerkelijke gebruik?
- Ervaringen van consumenten: wat vindt de gebruiker van de verleende zorg?

Algemeen consumentenvertrouwen

Het vertrouwen van de consument in de Nederlandse gezondheidszorg wordt sinds 1997 gemeten onder de leden van het Consumentenpanel met behulp van een vragenlijst. Dit is een samenwerkingsproject tussen het NIVEL en de Consumentenbond. Met de vragenlijst wordt achterhaald hoeveel vertrouwen de Nederlandse bevolking nu en in de toekomst in diverse zorgaanbieders en diverse aspecten van de gezondheidszorg heeft. De vragenlijst wordt jaarlijks afgenomen onder 1.500 huishoudens in Nederland (Brouwer & Delnoij, 2004).

Ervaringen van consumenten

De ervaringen van consumenten kunnen op drie manieren worden ingevuld:

- Algemene gebruikservaringen: hierbij gaat het onder meer om een oordeel (rapportcijfers) over de genoten gezondheidszorg en procesaspecten van de genoten zorg, zoals bejegening, respect, informatievoorziening en communicatie (Delnoij et al., 2005). Het betreft ervaringen met relatief veel gebruikte zorgvoorzieningen zoals huisarts, tandarts, apotheek en zorgverzekeraar. Op het gebied van de ervaringen met de huisartsenzorg zijn reeds enkele peilingen uitgevoerd (Sixma, 2004).
- Sectorspecifieke gebruikservaringen: deze ervaringen betreffen voorzieningen die door een kleiner deel van de bevolking worden gebruikt. Ervaringen worden onder meer gepeild door middel van cliëntenraadplegingen in verschillende benchmarkonderzoeken, zoals de benchmark Thuiszorg, Verpleging en Verzorging, het Ziekenhuisvergelijkingssysteem en de GGZ-thermometer. Een probleem hierbij is het gebrek aan onderlinge vergelijkbaarheid van de ervaringen (Brouwer & Delnoij, 2004).
- Ervaringen van chronische patiënten en gehandicapten: ook hiervoor bestaan vragenlijsten die onder specifieke patiëntengroepen worden afgenomen. Patiënten kunnen worden gerekruteerd via patiëntenverenigingen of medische dossiers.

De stand van zaken

Algemeen consumentenvertrouwen

93% van de Nederlanders heeft voldoende vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg, 36 % ziet de toekomst met minder vertrouwen tegemoet

De meeste Nederlanders waarderen de gezondheidszorg met een ruime voldoende. Gemiddeld krijgt de Nederlandse gezondheidszorg een 7 (zie *tabel 2.6.1*). Ten opzichte van 2001 is er sprake van een lichte stijging van het vertrouwen. Toen lag het rapportcijfer op 6,8. In de toekomst van de gezondheidszorg hebben de Nederlanders minder vertrouwen (van der Schee & Delnoij, 2005).

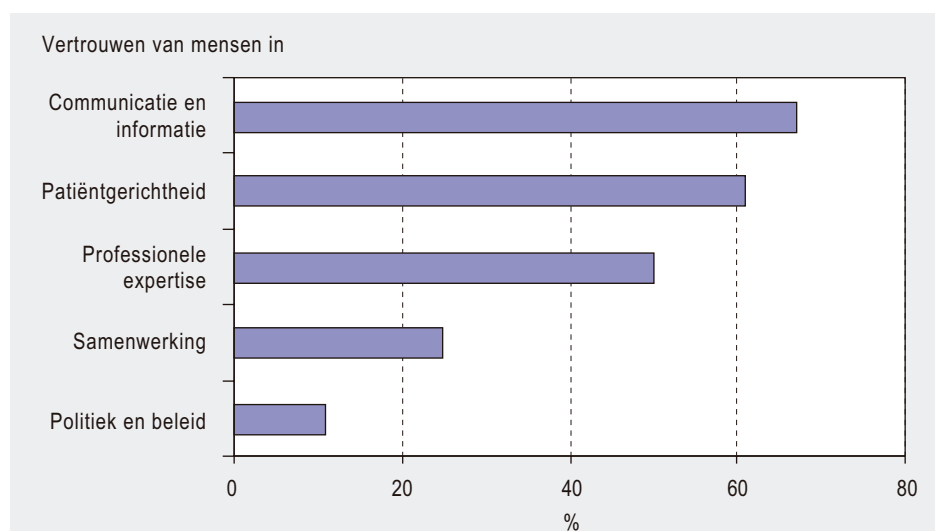
Tabel 2.6.1: Rapportcijfer voor vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg, in 2004 (Bron: van der Schee & Delnoij, 2005).

	Gemiddelde	Onvoldoende (in %)
Gezondheidszorg	7,0	7,3
Toekomstige gezondheidszorg	5,9	36,0

In *figuur 2.6.1* zijn de percentages mensen weergegeven die zeggen vertrouwen te hebben in een aantal aspecten van de gezondheidszorg. Nederlanders hebben vooral vertrouwen in de communicatie en informatievoorziening. Het vertrouwen is het laagste ten aanzien van politiek en beleid. Het vertrouwen in de professionele expertise is afgenomen in vergelijking met eerdere peilingen

Ruim 90% van de Nederlanders heeft (zeer) veel vertrouwen in huisarts en specialist

Consumenten hebben het meeste vertrouwen in de huisarts en specialist. Het percentage dat deze beroepsbeoefenaren vertrouwt, ligt boven de 90%. Het vertrouwen in de overige reguliere beroepsgroepen, zoals tandarts, apotheker, verpleegkundige en



Figuur 2.6.1: Vertrouwen in kenmerken van de gezondheidszorg, in 2004 (Bron: van der Schee & Delnoij, 2005).

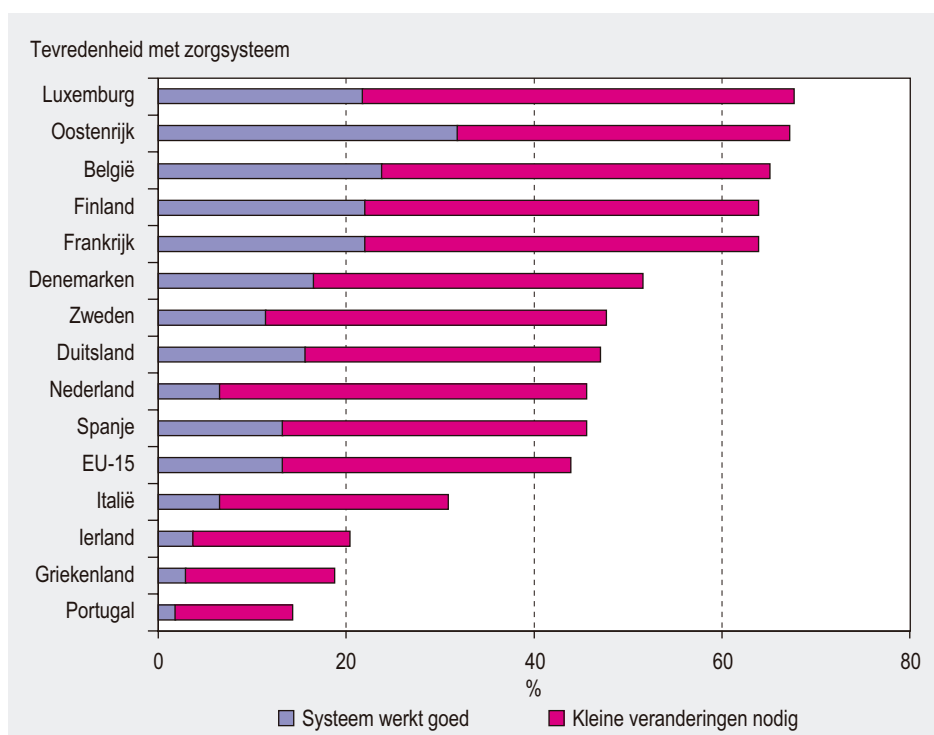
fysiotherapeut ligt tussen de 80 en 90% (zie tabel 2.6.2). Instellingen, zoals de ziekenhuizen, worden minder vertrouwd dan de afzonderlijke zorgverleners. Uitzondering hierop vormt het vertrouwen in de alternatieve genezers; 8,2% vertrouwt alternatieve genezers (zonder artsdiploma).

Tabel 2.6.2: Consumentenvertrouwen in de deelterreinen van de curesector (% , heel veel en veel vertrouwen) (Bron: NIVEL: Consumentenpanel).

Deelterrain	2002	2004
Huisartsen	89,0	91,5
Apothekers	91,4	88,3
Tandartsen	91,6	88,5
Fysiotherapie	82,2	81,7
Medisch specialisten	91,8	91,4
Ziekenhuiszorg	75,3	75,4
Alternatieve genezers	8,2	9,2

Ruim 40% van de Nederlanders is tevreden met het zorgsysteem. Dit is net iets boven het gemiddelde van vijftien EU-landen

In 2002 werd in de vijftien EU-landen aan consumenten gevraagd hoe tevreden zij zijn met het gezondheidszorgsysteem in hun land. In *figuur 2.6.2* zijn per land de eerste twee van de vier antwoordcategorieën weergegeven, deze representeren de mensen die vinden dat het systeem goed functioneert en dat er geen (1) of slechts kleine (2) veranderingen nodig zijn. Nederland scoort hier gemiddeld, net iets boven het gemiddelde van de vijftien EU-landen. In landen als Finland, Luxemburg, Oostenrijk, België en Frankrijk is men beduidend positiever.



Figuur 2.6.2.: Percentage van de bevolking dat tevreden is met het gezondheidszorgsysteem, in 2002 (Bron: Eurobarometer, 2003 (OECD, 2005b)).

Ervaringen van consumenten

87% van de Nederlandse zorggebruikers geeft de ambulante medische zorg een 7 of hoger

65% en 73% van de mensen die ook feitelijk gebruik hebben gemaakt van een specialist respectievelijk zorg, waarden de specialist en de ambulante medische zorg tijdens kantooruren met een 7 of 8 (zie tabel 2.6.3). Bijna 20% van de respondenten geeft een 9 of 10 aan de persoonlijke arts (meestal huisarts) en specialist (Delnoij et al., 2005).

Tabel 2.6.3: Waardering (0 tot 10) van ambulante medische zorg, specialisten en persoonlijke artsen, in 2004 (%) (Bron: Delnoij et al., 2005).

Zorg(aanbieder)	0-6	7 of 8	9 of 10
Zorg in de afgelopen 12 maanden	13	73	14
Specialist	17	65	18
Persoonlijke arts	11	70	19

Bijna alle aspecten van de verleende zorg zoals ervaringen met wachttijd, bejegening, de arts-patiëntcommunicatie en de duur van het contact, worden als positief ervaren (Delnoij et al., 2005).

De informatievoorziening in ziekenhuizen blijft op sommige aspecten achter

Patiënten hechten grote waarde aan de informatievoorziening en informatieuitwisseling tussen artsen onderling en tussen artsen en verpleegkundigen (Janse et al., 2002). Veel patiënten blijken niet goed op de hoogte te zijn van aspecten van de behandeling. Ook de informatieoverdracht bij ontslag is niet optimaal (zie tabel 2.6.4 en 2.6.5)

Tabel 2.6.4: Mate waarin patiënten op de hoogte waren van aspecten van de behandeling of het onderzoek tijdens hun ziekenhuisopname, in 2001 (%) (Bron: Janse et al., 2002).

	Ja, ik was goed op de hoogte					
	Cardio- logie	Chirur- gie	Gynaeco- logie	Interne genees- kunde	KNO	Ortho- pedie
Informatie over reden	91	93	93	n.b.	96	96
Informatie over aard	82	84	87	75	87	90
Informatie over duur	56	61	66	51	77	73
Informatie over mogelijke pijn	58	62	72	58	72	70
Informatie over bijwerkingen/ gevolgen	52	56	62	50	67	63
Informatie over andere mogelijke behandelingen of onderzoek	40	46	57	39	54	46

Tabel 2.6.5: Mening van patiënten over informatie bij ontslag uit het ziekenhuis, in 2001 (%) (Bron: Janse et al., 2002).

	Ja, ik was voldoende geïnformeerd					
	Cardio- logie	Chirur- gie	Gynaeco- logie	Interne genees- kunde	KNO	Ortho- pedie
Wat te doen in geval van nood	63	54	54	57	66	56
Wanneer contact met huisarts opnemen	69	57	63	62	62	58
Informatie over verdere behandeling	60	60	58	54	58	75
Nazorginstructies	61	63	61	60	72	63
Informatie over gebruik van medi- cijnen	87	72	66	83	78	79
Informatie over hulpmiddelen	52	59	44	56	57	74
Informatie over steun	34	30	25	31	24	21

Bewoners van verzorgingshuizen meer tevreden dan bewoners van verpleeghuizen

Bewoners van verzorgingshuizen zijn meer tevreden dan bewoners van verpleeghuizen. Dit verschil en de algemene tevredenheid blijven constant tussen 2001 en 2004. Stichting Cliënt & Kwaliteit voert jaarlijks een onderzoek uit onder bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen (zie tabel 2.6.6).

Tabel 2.6.6: Gemiddelde score (0-4) zorg en dienstverlening in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2001-2004 (Bron: SCK, 2005).

	2001	2002	2003	2004
Verpleeghuizen	2,53	2,64	2,59	2,60
Verzorgingshuizen	2,77	2,75	2,77	2,77

In tabel 2.6.7 staan gemiddelde scores op uiteenlopende kwaliteitscriteria. Ook hier blijkt een grotere tevredenheid onder bewoners van verzorgingshuizen. Vooral de autonomie scoort hier goed. In verpleeghuizen scoort de informatievoorziening relatief laag. Ook het oordeel over inspraak in beide voorzieningen is relatief laag.

Tabel 2.6.7: Gemiddelde score (0-4) op grond van kwaliteitscriteria, in 2004 (Bron: SCK, 2005).

	Verzorgingshuizen	Verpleeghuizen
Informatie	2,59	2,26
Inspraak op initiatief van cliënten	2,48	2,43
Inspraak op initiatief van organisatie	1,95	2,16
Evaluatie	3,06	2,84
Vakbekwaamheid	3,02	2,88
Organisatie	2,79	2,52
Bejegening	2,99	2,81
Autonomie	3,30	2,89

De thuiszorg wordt met een 8,3 beoordeeld

De cliënten beoordelen de thuiszorg met een 8,3. Men is het meest tevreden over inhoudelijke aspecten als betrouwbaarheid medewerkers, bejegening en deskundigheid (zie tabel 2.6.8).

Ervaringen van chronisch zieken met huisarts en specialist overwegend positief

Chronisch zieken hebben overwegend positieve ervaringen met diverse aspecten van de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg. Zij zijn vooral positief over het zorginhoudelijke aspect. De organisatie van de zorg blijft hier enigszins bij achter. De oordelen zijn in de periode van 1998 tot en met 2002 constant gebleven (zie tabel 2.6.9) (Rijken & Spreeuwenberg, 2004).

Consumenten waarderen zorgverzekeraars met gemiddeld een 7,6

De zorgverzekeraars krijgen een gemiddeld rapportcijfer van 7,6 (zie tabel 2.6.10) (Hendriks et al., 2005). De gemiddelde scores liggen iets lager dan de waardering voor de ontvangen zorg, de specialist en de persoonlijke arts (zie tabel 2.6.3). Cliënten geven de laagste waardering aan het uitstel van zorg tijdens het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar en het krijgen van zorg van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten.

Tabel 2.6.8: Cliëntenoordeel en belang per dimensie van zorgkwaliteit in de thuiszorg en hulpmiddelen, in 2004 (Bron: PWC, 2005).

Dimensies	Belang	Cliëntenoordeel
Betrouwbaarheid medewerkers	7,4	9,4
Betrouwbaarheid organisatie	7,3	8,5
Deskundigheid (inhoud)	7,1	9,1
Aandacht voor veiligheid	7,1	6,1
Planning en levering	7,0	8,4
Bejegening (inhoud)	6,9	9,1
Bereikbaarheid	6,8	8,2
Informatie	6,7	7,5
Flexibiliteit	6,6	9,0
Cliëntgerichtheid	6,2	8,4
Communicatie	6,2	8,3
Communicatie zorgplan	6,0	6,7
Ondersteuning	6,0	8,3
Aandacht voor mantelzorg	5,4	7,8

Tabel 2.6.9: Oordeel van chronisch zieken (0-100) over aspecten van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg, in 2002 (n=1.930) (Bron: Rijken & Spreeuwenburg, 2004).

	De huisarts met wie ik het afgelopen jaar contact heb gehad	De specialist met wie ik het afgelopen jaar het meeste contact heb gehad
Proces	87,6	88,0
Structuur/organisatie	80,6	79,5

Tabel 2.6.10: Waardering (0-10) van zorgverzekeraars, in 2004 (%) (Bron: Hendriks et al., 2005).

	0-6	7 of 8	9 of 10
Zorgverzekeraar	15,4	65,4	19,2
Informatievoorziening	5,3	25,1	69,6
Bereikbaarheid klantenservice	10,5	25,3	64,2
Uitstel zorg tijdens wachten op toestemming	39,6	45,5	15,0
Gebruik niet-gecontracteerde zorg	28,8	31,7	39,4

Wat we niet weten

Ervaringen van consumenten omvatten een zeer breed terrein. (Potentiële) gebruikers kunnen gevraagd worden naar hun ervaringen met allerlei aspecten van diverse zorgvoorzieningen. In deze paragraaf is een selectie gemaakt van enkele (kern)indicatoren, waarin zowel het consumentenvertrouwen als ervaringen van chronische zieken vertegenwoordigd zijn. Belangrijke bron voor het vertrouwen is het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (www.nivel.nl/consumentenpanel) dat periodiek met

rapportages komt. Voor de ervaringen van chronisch zieken is het Nationaal Panel Chronische zieken en Gehandicapten een belangrijke bron (www.nivel.nl/npcg). Informatie over ervaringen met de GGZ ontbreekt momenteel. Mogelijk kan daar te zijner tijd invulling aan gegeven worden met de GGZ-thermometer. Het consumentenonderzoek in de gezondheidszorg is op dit moment sterk in ontwikkeling. Er is een groeiend aantal benchmarkonderzoeken in zorginstellingen waarvan patiënt- en cliëntenquêtes deel uitmaken. In 2004 is de eerste grootschalige landelijke en vergelijkende enquête onder het cliëntenbestand van alle ziektekostenverzekeraars gehouden (Hendriks et al., 2005). Als deze benchmarkonderzoeken en enquêtes met voldoende regelmaat en onderling afgestemd gehouden worden, zullen in de volgende Zorgbalans meer trendgegevens en betere onderlinge vergelijkingen tussen zorgsectoren gepresenteerd kunnen worden. In de Zorgbalans presenteren we op het hoogste niveau geaggregeerde indicatoren. Onderliggende scores komen in achtergronddocumenten. Voor de meeste indicatoren ontbreken normen of streefwaarden en/of eventueel vergelijkingsmateriaal. Bovendien is niet altijd duidelijk welk belang patiënten hechten aan de bevroegde aspecten. Hierdoor is het vaak niet goed mogelijk om het belang van de indicatoren te interpreteren.

2.7 Hoe staat het met de patiëntveiligheid?

Kernbevindingen

- Ongeveer 58% van huisartsen en apothekers nam in 2004 deel aan het Farmacotherapeutisch Overleg
- Ondanks medicatiebewaking krijgt een klein deel van de patiënten medicijnen afgeleverd in een ongewenste combinatie. Vooral ouderen vormen een risicogroep
- 57% van de ziekenhuizen voert minder chirurgische operaties van een aneurysma van de aorta abdominalis uit dan de gestelde norm. Voor oesophaguscardia resecties is dit 26%
- Volgens de TRIP-registratie is de incidentie van ernstige transfusiereacties in 2004 zeer sterk afgenomen ten opzichte van 2003
- Het percentage wondinfecties na operaties laat grote verschillen tussen ziekenhuizen zien
- De prevalentie van decubitus in algemene ziekenhuizen is in de periode 1998-2005 gedaald van 14,8% naar 8,1%. In academische ziekenhuizen schommelt de prevalentie rond de 11%

Waarom is patiëntveiligheid belangrijk?

Zowel internationaal als in Nederland is er een toenemende aandacht voor patiëntveiligheid (Cuperus-Bosma et al., 2005). De toenmalige Nationale Raad voor de volksgezondheid (NRV) stelde al in 1986 vast dat veiligheid een belangrijk aspect is van het ruime begrip 'kwaliteit' (NRV, 1986). Patiëntveiligheid kan worden gedefinieerd als 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt die ontstaat door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door

tekortkomingen van het zorgsysteem' (Cuperus-Bosma, 2005; www.ahrq.gov). Patiëntveiligheid kan worden aangetast door het optreden van bijwerkingen tengevolge van polyfarmacie, calamiteiten, medische fouten, incidenten en medische complicaties als onbedoelde effecten van het zorgproces (AHRQ, 2003b). De oorzaak van 'adverse events' is vaak een opeenstapeling van gebeurtenissen, menselijk handelen of juist het nalaten ervan. Een nadere analyse laat zien dat ze een gevolg zijn van niet goed ingerichte zorgprocessen, die op hun beurt weer beïnvloed worden door de organisatie van het gezondheidszorgsysteem (Cuperus-Bosma, 2005).

Het is niet bekend in welke mate deze ongewenste effecten vóórkomen en wat de aard en omvang van deze schade voor patiënten is in Nederland en wat de kosten hiervan zijn (Willems, 2004). Om schade te beperken is meer inzicht nodig in de oorzaken van ongewenste effecten en de mogelijkheden voor preventie (Habraken, 2005; RGO, 2005). Uit het rapport van de IGZ is gebleken dat er in de Nederlandse ziekenhuizen naar schatting jaarlijks 1.500 tot 6.000 mensen als gevolg van incidenten die te voorkomen waren geweest, overlijden (IGZ, 2004d). Deze schatting is gebaseerd op cijfers uit een Amerikaans rapport (Kohn et al., 1999).

Op het gebied van patiëntveiligheid zijn wereldwijd vele indicatoren ontwikkeld (ACHS, 2005; www.ahrq.gov; OECD, 2004b). Het doel van de Zorgbalans is om uiteindelijk de in deze paragraaf beschreven indicatoren te vergelijken op internationaal niveau, bijvoorbeeld met de 'patient safety indicators' van de OECD. Met dit als uitgangspunt zijn er zoveel mogelijk indicatoren geselecteerd die al geregistreerd worden in Nederland, en is waar mogelijk aangesloten bij de in de literatuur bekende indicatoren.

Hoe we patiëntveiligheid vaststellen

De volgende indicatoren zijn gerelateerd aan patiëntveiligheid:

- Percentage deelname van huisartsen en apothekers aan het Farmacotherapeutisch Overleg
- Medicatiebewaking bij (dienst)apotheken
- Volume hoogrisico-ingrepen in ziekenhuizen
- Incidentie van ernstige reacties na bloedtransfusie
- Prevalentie decubitus in ziekenhuizen
- Prevalentie decubitus in de langdurige zorg

De stand van zaken

Ongeveer 58% van huisartsen en apothekers nam deel aan het Farmacotherapeutisch Overleg in 2004

Het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) heeft als doel de kwaliteit en veiligheid van medicijnverstrekking te bevorderen. Deelname aan het FTO is voor zowel apothekers als huisartsen een geaccrediteerde vorm van nascholing. Het ministerie van VWS

Tabel 2.7.1: Deelname FTO niveau 3-4, 2003-2004 (%) (Bron: DGV, 2004).

Deelname aan FTO	2003	2004
Apothekers	55	57
Huisartsen	50	58

beschouwt de kwaliteit van het FTO als een belangrijke indicator voor de regionale doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening en wil dat in 2007 tenminste 80% van de FTO-groepen in Nederland op niveau drie of vier functioneert. Regelmatige FTO-peilingen die de kwaliteit van het FTO in kaart brengen, zijn een voorwaarde om goed te kunnen volgen in hoeverre dit streven gerealiseerd wordt.

Het percentage apothekers en huisartsen dat deelneemt aan het FTO is toegenomen in 2004 ten opzichte van 2003 (zie *tabel 2.7.1*).

Ondanks medicatiebewaking krijgt een klein deel van de patiënten medicijnen in een ongewenste combinatie

Apotheken hebben een belangrijke rol in de medicatiebewaking voor patiënten. Door geavanceerde software voor de medicatiebewaking wordt de apotheker gealarmeerd bij ongewenste combinaties van medicijnen. Ondanks medicatiebewaking worden toch nog steeds risicovolle combinaties van medicijnen afgeleverd. In de onderzoeksperiode (1 januari 2001 tot en met 31 oktober 2002) zijn van ruim 74 miljoen afleveringen de negen meest risicovolle medicijncombinaties 8.401 keer (0,011%) door openbare apotheken afgeleverd. Apotheekhoudende geneeskundigen leverden in dezelfde periode bijna 7 miljoen recepten af waarbij dergelijk combinaties 1.265 keer (0,018%) voorkwamen (IGZ, 2004d). Geconcludeerd kan worden dat tienduizenden patiënten per jaar medicijnen krijgen afgeleverd in een ongewenste combinatie. Het gevonden aantal ongewenste combinaties is waarschijnlijk een forse onderschatting van de werkelijkheid. Op het totaal van afleveringen van apotheken gaat het om een gering promillage, maar voor de patiënten in kwestie kunnen de gevolgen zeer ernstig zijn. Vooral ouderen vormen een risicogroep: één op de vijf zelfstandig wonende ouderen krijgt jaarlijks minstens één recept dat schadelijk voor hun gezondheid kan zijn. Het gaat hierbij onder meer om geneesmiddelen die niet geschikt zijn voor ouderen of die in een lagere dosering moeten worden voorgeschreven (IGZ, 2004d). Uit een ander onderzoek van de IGZ blijkt dat de kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening door dienstapotheken tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten onvoldoende is. Dit wordt veroorzaakt doordat de dienstapotheken geen inzage hebben in de volledige medicatiehistorie van de patiënt. Dit is een groot risico voor de patiëntveiligheid, omdat de patiënt daardoor medicijnen kan krijgen die de werking van andere geneesmiddelen beïnvloeden of allergische reacties veroorzaken (IGZ, 2005g).

57% van de ziekenhuizen voert minder chirurgische operaties van een aneurysma van de aorta abdominalis uit dan de gestelde norm. Voor oesophaguscardia resecties is dit 26%

Om de expertise op peil te houden en de veiligheid te bevorderen is het van belang dat chirurgen en ziekenhuizen chirurgische ingrepen voldoende vaak uitvoeren, vooral als deze risicovol zijn. Vanaf 2003 worden gegevens verzameld over twee risicovolle ingrepen, namelijk aneurysma van de aorta abdominalis (AAA)-chirurgie en oesophaguscardia resecties (OCR)-chirurgie. Hiervan is uit de literatuur bekend dat de operatiesterfte daalt als deze ingrepen op jaarbasis frequent genoeg worden uitgevoerd (IGZ, 2005d). Het percentage ziekenhuizen dat minder ingrepen uitvoerde dan de norm daalde in 2004 voor de OCR-ingrepen maar steeg

Tabel 2.7.2: Percentage algemene en academische ziekenhuizen dat nul ingrepen, gemiddeld aantal ingrepen en minder ingrepen dan de norm uitvoert (n=94) (Bron: IGZ, 2005d).

	Percentage ziekenhuizen met nul ingrepen		Gemiddeld aantal ingrepen per ziekenhuis		Percentage ziekenhuizen met aantal ingrepen minder dan de norm	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
AAA	1,1	5,3	37,2	42,8	46,8 ^a	57,4 ^a
OCR	40,4	49,0	12,8	12,8	32,0 ^b	25,5 ^b

^a norm minimum aantal AAA = 30 ingrepen; ^b nieuwe Nederlandse norm minimum aantal OCR = 10 ingrepen

voor de AAA-ingrepen (zie tabel 2.7.2). In deze tabel gaat het bij de AAA-ingrepen alléén om de open procedures.

De incidentie van ernstige transfusiereacties lijkt in 2004 met 80% afgenomen te zijn ten opzichte van 2003; de participatie aan de landelijke TRIP-registratie nam toe

Het landelijke hemovigilantiebureau TRIP heeft als doel om te inventariseren, te registreren en te rapporteren over de veiligheid van bloedtransfusies (TRIP, 2003). De waarde van een landelijke registratie wordt bepaald door het aantal actief deelnemende ziekenhuizen (participatiegraad) en door de kwaliteit van de aangeleverde data. Toen in 2004 bekend werd dat deelname aan de TRIP-registratie opgenomen werd in de prestatie-indicatoren (IGZ, OMS en FPU) steeg het percentage deelnemers aan de registratie van circa 50% naar 89% (IGZ, 2005d). In 2004 nam volgens de registratie het aantal ernstige transfusiereacties per 1000 patiënten en per 1000 transfusie-eenheden af met ruim 80% (zie tabel 2.7.3).

Tabel 2.7.3: De incidenties van ernstige transfusiereacties, in 2003-2004 (Bron: IGZ, 2005d).

	2003	2004
Transfusiereacties per 1000 patiënten	4,3	0,6
Transfusiereacties per 1000 eenheden	0,7	0,12

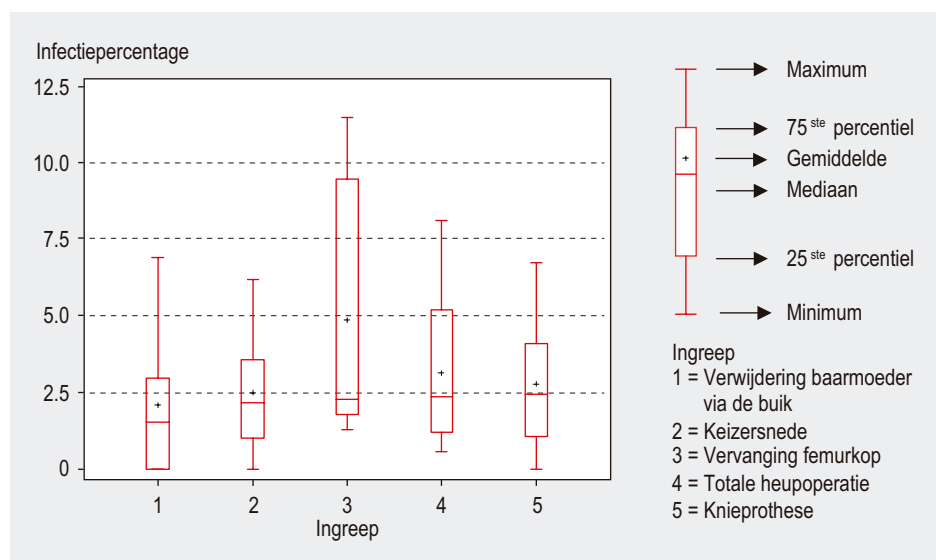
Het percentage wondinfecties na operaties verschilt tussen ziekenhuizen

Ziekenhuisinfecties leveren ongemak op voor de patiënt en leiden tot extra kosten. Ongeveer de helft van alle complicaties in de klinische patiëntenzorg zijn chirurgische complicaties. Onder chirurgische complicaties komen postoperatieve wondinfecties veel voor. Postoperatieve wondinfecties verlengen de verblijfsduur in het ziekenhuizen met gemiddeld acht dagen, verviervoudigen de kans op een heropname en verdubbelen het risico op sterfte.

Alhoewel niet alle ziekenhuisinfecties te voorkómen zijn, kan met gerichte preventieve maatregelen het risico wel beperkt worden. PREZIES is een netwerk voor de registratie van ziekenhuisinfecties, waaronder wondinfecties. Surveillance wordt ingezet als kwaliteitsinstrument door de deelnemende ziekenhuizen door de eigen cijfers te spiegelen aan het landelijk gemiddelde. Hierbij wordt gecorrigeerd voor de belangrijkste patiënt-gebonden risicofactoren voor een infectie, de case-mix. Indien de eigen resultaten hier

aanleiding toe geven, dienen verbeteracties rond de patiëntenzorg geïmplementeerd te worden. Uit onderzoek is gebleken dat vooral in het vierde en vijfde surveillancejaar van PREZIES een significante reductie van postoperatieve wondinfecties te zien is (Geubbels et al, 2006).

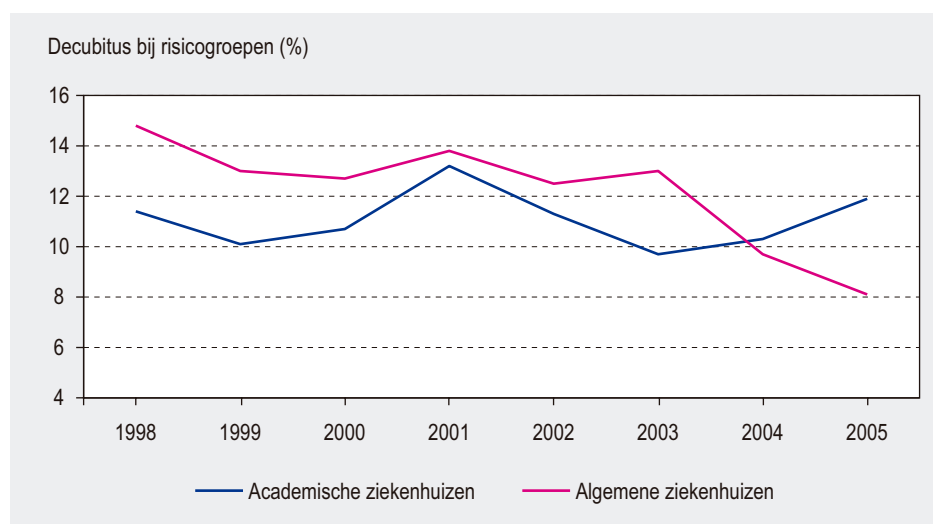
Bij alle onderzochte vijf typen operaties is er sprake van variatie tussen ziekenhuizen in het infectieziektenpercentage. De spreiding is vooral groot bij vervanging van de dijbeenkop (femurkop), totale heupoperaties en knieoperaties (zie *figuur 2.7.1*). De grote spreiding bij de dijbeenkopoperatie kan vermoedelijk deels verklaard worden doordat deze berekening gebaseerd is op het minste aantal ziekenhuizen dat hierover gegevens registreerde.



Figuur 2.7.1: Variatie in wondinfectiepercentages tussen ziekenhuizen voor vijf chirurgische ingrepen (gemiddelde en gepoolde cijfers voor 1996-2004) (Bron: PREZIES, 2006).

De prevalentie van decubitus in algemene ziekenhuizen daalt van 14,8% in 1998 naar 8,1% in 2005

Het aantal decubitusgevallen in ziekenhuizen zegt iets over de kwaliteit van de postoperatieve zorg. Veel decubitusgevallen kunnen voorkómen worden door het nemen van maatregelen zoals het gebruik van speciale matrassen en ander anti-decubitusmateriaal (Bours et al., 2003). Om de kwaliteit van zorg op het gebied van decubitus te meten wordt aanbevolen alleen de decubitusprevalentie te meten die binnen de instelling is ontstaan, de zogenaamde nosocomiale prevalentie van decubitus (Halfens et al., 2005). Om de gegevens goed te kunnen interpreteren wordt de prevalentie alleen gemeten bij onderlinge vergelijkbare risicogroepen. Bovendien wordt de lichtste decubitusgraad (graad 1) buiten beschouwing gelaten omdat deze lichtste graad moeilijk is vast te stellen (Halfens et al., 2001).



Figuur 2.7.2: Prevalentie decubitus¹ bij risicogroepen, 1998-2005 (%) (Bron: Halfens et al., 2005).

In *figuur 2.7.2* is de prevalentie voor de nosocomiale decubitus zonder graad 1 binnen de groep risicopatiënten weergegeven. Vanaf 1998 tot en met 2005 is de prevalentie in de algemene ziekenhuizen gedaald van 14,8% naar 8,1%. In de academische ziekenhuizen schommelt de prevalentie rond de 11%. Decubitus komt in 2005 het meest voor in academische ziekenhuizen. Opmerkelijk is dat de daling in de algemene ziekenhuizen vooral sinds 2004 is ingezet. Onduidelijk is nog waardoor dit veroorzaakt is. Mogelijk is de invoering van decubitus als prestatie-indicator door de IGZ in 2003 van invloed geweest op de daling in de decubitusprevalentie (Halfens et al., 2005; IGZ, 2005d).

Decubitus in de langdurige zorg

Decubitus wordt internationaal gezien als een betrouwbare maat voor de kwaliteit van de verpleging in de langdurige zorg. Deze indicator wordt beschreven in *paragraaf 3.4*.

Wat we niet weten

In Nederland is nog niet precies bekend hoe groot de omvang is van de vermijdbare schade in de zorg (IGZ, 2005e; Willems, 2004). Verder ontbreken er gegevens over incidenten met betrekking tot patiëntveiligheid omdat deze niet systematisch geregistreerd worden. De reeds bestaande registraties van incidenten en complicaties in ziekenhuizen zijn veelal gebaseerd op vrijwillige meldingen en afhankelijk van de meldingsbereidheid van de betrokken beroepsbeoefenaren. Alleen door meldingen van incidenten centraal te bundelen, kunnen meldingscommissies een hoofdrol spelen bij de bevordering van de patiëntveiligheid (Leistikow et al., 2005). De gegevens over de medicatieveiligheid in de GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen waren niet

¹ Dit betreft decubitus die in de instelling is ontstaan (nosocomiale decubitus), exclusief graad 1

op tijd beschikbaar. Een systematische registratie van off-label voorschrijven (het voorschrijven van een geneesmiddel voor een indicatie waar het middel niet voor is geregistreerd) ontbreekt. Verder is de informatievoorziening met betrekking tot de medicatiebewaking van (dienst)apotheken niet optimaal. Er is nu gebruik gemaakt van een éénmalige bron (onderzoek van de IGZ). Bij het presenteren van de spreiding in percentage postoperatieve wondinfecties, hebben we gebruik gemaakt van gegevens van PREZIES, omdat gegevens op landelijk niveau niet beschikbaar zijn.

Veiligheid van de zorg staan sinds kort hoog op de politieke agenda (VWS, 2004a), waardoor allerlei verschillende initiatieven, pilots en projecten op het gebied van patiëntveiligheid in instellingen en bij zorgaanbieders zijn ontstaan (Wagner et al., 2005b). Het onderzoek op het terrein van de patiëntveiligheid in ons land is nog te veel verspreid over kleine projecten en mist continuïteit en samenhang (RGO, 2005). Om onderzoeksresultaten over patiëntveiligheid in Nederland met het buitenland te kunnen vergelijken is het van groot belang om eenduidige definities te gaan hanteren (Wagner & van der Wal, 2005).

In 2005 is het NIVEL in samenwerking met het EMGO een onderzoeksprogramma naar patiëntveiligheid gestart om inzicht te krijgen in de Nederlandse situatie. Als onderdeel van dit onderzoeksprogramma werd in 2004 reeds een pilotstudie uitgevoerd (Wagner et al., 2005a). Onlangs is er een Nationaal Platform Patiëntveiligheid (NPPV, 2005) opgericht met als doelstelling het bevorderen van patiëntveiligheid in alle sectoren van de gezondheidszorg. Om dit te realiseren stelt de IGZ de invoering van een gecertificeerd veiligheidsmanagement-systeem (VMS) per 1 januari 2008 verplicht voor elk ziekenhuis in Nederland. Het VMS dient te bestaan uit een risico-inventarisatie, een incidentenanalyse en een managementsysteem om verbeteracties te plannen en te monitoren (Willems, 2004). Het VMS kan helpen de veiligheid systematisch en gestructureerd vorm te geven, ingepast in het (kwaliteits)beleid van het ziekenhuis. De verwachting is dat gegevens uit het VMS bij zullen dragen aan de volgende Zorgbalans.

2.8 Hoe ver zijn zorginstellingen met hun kwaliteitssysteem?

Kernbevindingen

- Niet alle zorginstellingen zijn in 2005 geaccrediteerd of gecertificeerd
- In bijna alle zorginstellingen is in 2000 het kwaliteitsbeleid uitgewerkt of in ontwikkeling
- Iets minder dan de helft van de zorginstellingen heeft in 2000 procedures opgesteld voor de kritische momenten van het zorgproces en de samenwerking met danwel de overdracht aan andere zorgaanbieders
- Minder dan de helft van de zorginstellingen gebruikt in 2000 feedback van patiënten en cliënten om systematisch bij te sturen

Waarom zijn kwaliteitsactiviteiten belangrijk?

In de jaren negentig is een aantal wetten in werking getreden als kader voor de kwaliteit van zorgaanbieders en de versteviging van de positie van cliënten. In de Kwaliteitswet zorginstellingen (kzi) is geregeld dat zorginstellingen verantwoorde zorg moeten leveren op basis van gecontroleerde zelfregulering. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen zijn ingesteld om de inbreng van patiënten- en consumentenorganisaties te waarborgen. Dit wettelijk kader vereist dat zorginstellingen hun organisatie op een bepaalde wijze

Tabel 2.8.1: HKZ-gecertificeerde instellingen, 5 augustus 2005 (Bron: www.hkz.nl).

	Gecertificeerde instellingen ^a		Schema's ^b
	absoluut	in %	
<i>Preventie</i>			
Bevolkingsonderzoek borstkanker	0	0	In 2006
GHOR-bureau	3	12	In 2004
Infectieziektepreventie en -bestrijding	7	18	In 2002 (gaat naar schema openbare gezondheidszorg WPCV)
Openbare gezondheidszorg WPCV	1		(in ontwikkeling)
<i>Cure</i>			
Ambulancezorg	23	45	In 2002 (voorlopig)
Centrale Posten Ambulancevervoer	12	50	In 2003 (voorlopig)
Dialysecentra	41	73	In 2003
Eerstelijnspsychologenpraktijken	0	0	Eind 2004
Extramurale fysiotherapie	4	0	In 2005 (voor groepspraktijken)
Openbare apotheken	259	15	In 2003
Orthodontistenpraktijk	0	0	In 2005
Radiotherapie	7	33	In 2002
Tandartspraktijk	5	0	In 1999, in 2005
Tandprothetische praktijk	0	0	In 2001
<i>Care</i>			
Gehandicaptenzorg	2	0	In 2002
CIZ-bureaus	0	0	
Thuiszorg	73	42	In 2001 (nieuw schema in ontwikkeling voor V&V)
Verzorgingshuizen	24		Gaat naar V&V
<i>GGZ</i>			
Geestelijke gezondheidszorg (samen met NIAZ)	18		

^a Zie website voor een overzicht van het totaal aantal instellingen per zorgaanbieder; ^b Jaar waarin certificeringsschema is ontwikkeld.

inrichten, waarbij ze zelf systematisch aandacht schenken aan de bewaking, beheersing en bevordering van de kwaliteit van de zorg. Een indicator die de borging van kwaliteit kan weergeven, is de beschikbaarheid van een kwaliteitssysteem (IGZ, 2002b). Met behulp van certificatie of accreditatie kunnen zorginstellingen extern beoordeeld worden op hun kwaliteitssysteem.

Hoe we de kwaliteitsactiviteiten vaststellen

- Percentage instellingen dat geaccrediteerd of gecertificeerd is
- Percentage instellingen dat beschikt over de nodige documenten met betrekking tot kwaliteitsbeleid
- Percentage instellingen dat bepaalde procedures of protocollen hanteert, waarin de handelwijze bij risicovolle of complexe processen is vastgelegd
- Percentage instellingen dat (deel)systemen hanteert voor feedback van patiënten en gebruikers

De stand van zaken

Niet alle zorginstellingen zijn geaccrediteerd of gecertificeerd

Accreditaties door NIAZ

Op 15 augustus 2005 is 17% van alle ziekenhuizen NIAZ-geaccrediteerd, zestien van de 94 algemene en academische ziekenhuizen. Zestien ziekenhuizen hebben deel-accreditaties (zie www.niaz.nl).

Accreditaties door CCKL

In augustus 2005 zijn 134 medische laboratoria door CCKL geaccrediteerd. Dit is ongeveer 34% van alle medische laboratoria (zie www.cckl.nl).

Certificering door HKZ

De certificatiegraad is het hoogst in de dialysecentra (73%), de ambulanceposten (45-50%) en de thuiszorg (42%) (zie *tabel 2.8.1*)

Tabel 2.8.2: Percentage instellingen^a dat beschikt over de onderstaande documenten met betrekking tot kwaliteitsbeleid, in 2000 (n=1.142) (Bron: Sluijs en Wagner, 2000).

	Ja	i.o. ^b	Nee	Missing
Missie of visie op schrift	88	9	3	-
Kwaliteitsjaarverslag	78	13	9	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	51	39	9	1
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	42	43	14	1
Kwaliteitshandboek	19	50	30	1

^a Gehandicaptenzorg, ggd'en, GGZ, maatschappelijk werk, spd's, thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, ziekenhuizen; ^b In ontwikkeling.

Bijna alle zorginstellingen hebben of ontwikkelen kwaliteitsbeleid

Jaren geleden was het kwaliteitsjaarverslag nog een onbekend fenomeen in de zorgsector, gezien het huidige percentage met kwaliteitsjaarverslag (78%) lijkt de Kwaliteitswet zijn invloed te hebben gehad (zie tabel 2.8.2).

Bijna de helft van de instellingen heeft procedures voor kritische momenten van het zorgproces en samenwerking

In de meerderheid van de zorginstellingen wordt met protocollen en/of procedures gewerkt (zie tabel 2.8.3). Dit betreft met name procedures voor bijvoorbeeld diagnostiek of specifieke behandelingen. Met het oog op de eisen van kwaliteitssystemen valt op dat minder dan de helft van de instellingen procedures heeft opgesteld voor de kritische momenten van het zorgproces en samenwerking met of overdracht aan andere zorgaanbieders. Verder blijkt dat weinig ziekenhuizen periodiek toetsen of protocollen en richtlijnen worden toegepast.

Tabel 2.8.3: Percentage instellingen^a dat onderstaande procedures of protocollen hanteert, in 2000 (n=1.142) (Bron: Sluijs en Wagner, 2000).

Procedures en protocollen m.b.t.	%
Specifieke behandeling, verrichting of begeleiding	84
Voorbehouden behandelingen	72
Routing van de patiënt, cliënt of bewoner van aanmelding tot afsluiting	57
Medische hulpmiddelen	53
Voorlichting aan patiënt, cliënt of bewoner	49
Kritische momenten in zorg- en dienstverleningsproces	45
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	44
Samenwerking met en overdracht aan andere zorgaanbieders	44

^a Gehandicaptenzorg, ggd'en, GGZ, maatschappelijk werk, spd's, thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, ziekenhuizen.

Minder dan de helft van de instellingen gebruikt feedback van cliënten om kwaliteitsbeleid bij te sturen

Een deelsysteem is een onderdeel van het kwaliteitssysteem waarmee de kwaliteit van een deel van de zorgverlening door middel van cyclische processen systematisch wordt bewaakt. Met behulp van deze processen wordt gemeten of de zorg aan de gestelde

Tabel 2.8.4: Percentage instellingen^a dat onderstaande deelsystemen volledig, gedeeltelijk of niet hanteert, in 2000 (n=1.142) (Bron: Sluijs en Wagner, 2000).

	Ja, volledig	Gedeeltelijk	Nee (n.v.t.)	Missing
Cliënten- of familiaaraad	45	32	22	1
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	28	43	28	1
Behoeftesonderzoek gebruikers	5	23	64	8

^a Gehandicaptenzorg, ggd'en, GGZ, maatschappelijk werk, spd's, thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, ziekenhuizen.

eisen voldoet op basis waarvan verbeteringen kunnen worden aangebracht. *Tabel 2.8.4* laat zien welke deelsystemen instellingen gebruiken voor de feedback van patiënten en cliënten en in welke mate de gegevens voor bijsturing worden gebruikt.

Bijna de helft van de instellingen gebruikt de cliëntenraad systematisch voor bijsturing van beleid, terwijl 28% van de instellingen de tevredenheidsonderzoeken volledig benut om bij te sturen. Onderzoek naar de behoeften van (potentiële) cliënten (c.q. marktverkenning) blijkt niet gebruikelijk te zijn in de zorgsector.

Wat we niet weten

In deze paragraaf is alleen een overzicht gegeven van de instellingen die door het HKZ, NIAZ en CCKL zijn gecertificeerd of geaccrediteerd. Door een grote verscheidenheid aan auditsystemen binnen de gezondheidszorg ontbreekt een helder overzicht van gecertificeerde of geaccrediteerde zorginstellingen en de betekenis van deze certificering of accreditering. Verder is nog niet aangetoond dat gecertificeerde of geaccrediteerde instellingen beter presteren dan de instellingen die niet geaudit zijn. Om deze indicator zinvol te kunnen behouden voor de volgende Zorgbalans zou hierin meer inzicht moeten worden verkregen. De resultaten van de andere drie indicatoren (aanwezigheid documenten kwaliteitsbeleid, procedures bij risicovolle processen en feedback van gebruikers) zijn afkomstig uit een onderzoek van Sluijs en Wagner, waarin vragenlijsten zijn verstuurd naar zorginstellingen. Dat vragenlijstonderzoek geeft een indicatie van de mate waarin een kwaliteitssysteem aanwezig is. Het onderzoek is in 2005 herhaald onder een beperkter aantal sectoren dan in 2000 het geval was. Door deze inperking wordt het moeilijker een trendvergelijking te maken. Verder waren de resultaten over 2005 nog niet beschikbaar voor deze Zorgbalans.

2.9 Hoe innovatief is de gezondheidszorg?

Kernbevindingen

- Nederland investeert gemiddeld in ontwikkelingsonderzoek in de zorgsector vergeleken met andere rijke landen in de wereld
- Op biotechnologisch gebied doet Nederland mee met de belangrijke internationale spelers, gemeten aan het aantal biotechnologische patenten
- In tien jaar tijd zijn sommige minimaal-invasieve technieken zodanig verspreid dat ze anno 2004 in alle Nederlandse ziekenhuizen worden toegepast
- Er zijn grote regionale verschillen in gebruik van trombolysen in de CVA-keten-zorg
- Informatie en communicatie technologie wordt in Nederland op steeds meer onderdelen in de zorg toegepast
- Ongeveer de helft van de huisartsen gebruikt het Elektronische Voorschrift Systeem regelmatig
- Mede als gevolg van innovaties neemt het aandeel chirurgische dagbehandelingen toe

Waarom is innovatie belangrijk?

Toepassing van innovaties kunnen ervoor zorgen dat bestaande aandoeningen effectiever kunnen worden bestreden waardoor de gezondheid van de Nederlander gedurende een groter aantal levensjaren op een hoog niveau blijft. Verbeterde behandelmethoden kunnen er namelijk voor zorgen dat eerder betere diagnoses worden gesteld, dat er sneller en effectiever kan worden behandeld en dat er minder complicaties plaatsvinden in de herstelperiode. Het begrip innovatie is breed en wordt veelal gebruikt voor alles wat nieuw is. In deze paragraaf worden product- en procesinnovaties behandeld. Onder productinnovaties worden gerekend alle nieuwe technieken en materialen die in de zorg worden gebruikt en onder procesinnovatie worden de organisatorische vernieuwing van zorgprocessen verstaan. In de praktijk is het onderscheid niet altijd zo scherp.

Hoe we innovatie vaststellen

- Investerings in ontwikkelingsonderzoek in de zorgsector, internationale vergelijking
- Aantal patenten dat Nederland toegewezen krijgt op het gebied van biotechnologie
- Gebruik en diffusiesnelheid van minimaal en non-invasieve technieken zoals sleutelgatoperaties
- Gebruik van procesinnovaties zoals behandelstraten, en CVA-ketenzorg
- Toepassing van ICT op diverse vlakken in de zorgsector
- De ontwikkeling van het aantal chirurgische dagbehandelingen ten opzichte van het totale aantal chirurgische behandelingen

De stand van zaken

Nederland investeert gemiddeld in ontwikkelingsonderzoek

In 2001 investeerde Nederland 0,16% van het bbp in ontwikkelingsonderzoek (Research and Development (R&D)) in de zorgsector. Nederland scoort wat dit betreft gemiddeld in vergelijking met andere welvarende landen. De Verenigde Staten zijn koploper (zie tabel 2.9.1.).

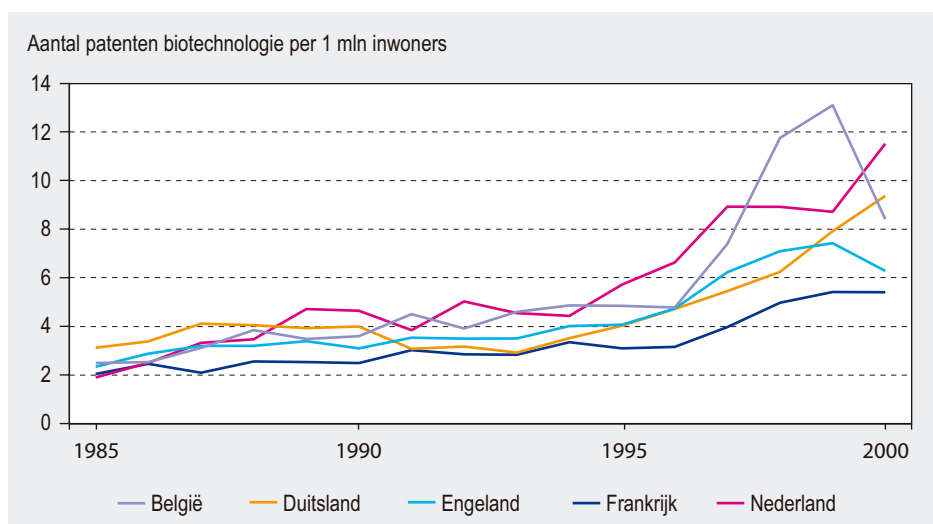
Nederland relatief veel patenten biotechnologie

Het aantal patenten is een goede indicator voor het aantal uitvindingen dat in een bepaald gebied wordt gedaan. De laatste paar jaren neemt het totale aantal patenten op biotechnologie explosief toe. Hoewel het aantal patenten in Nederland ook toeneemt, is de toename minder explosief dan bijvoorbeeld in Duitsland dat een relatieve achterstand had goed te maken. Nederland registreerde in 2000 3,0% van het totale aantal patenten in de wereld op het gebied van biotechnologie (OECD, 2004a). Rekening houdend met de bevolkingsomvang, registreerde Nederland in 2000 relatief veel patenten in vergelijking met bijvoorbeeld Frankrijk en Engeland (zie figuur 2.9.1).

Tabel 2.9.1: Investerings in ontwikkelingsonderzoek in de zorgsector in zes rijke landen, in 1998 en 2001 (Bron: GFHR, 2004).

	1998	2001	2001
	mln US \$	mln US \$	% bbp
Gerapporteerd door Funders ^a			
Verenigde Staten	19.527	28.600	0,28
Duitsland	2.393	2.297	0,12
Frankrijk	2.242	2.448	0,19
Verenigd Koninkrijk	1.789	1.692	0,12
Nederland	542	605	0,16
België	-	117	0,05

^a Funders: 1) Publieke sector (ministeries), landelijke hulporganisaties; 2) Private sector (for-profit: farmaceutische, biotechnologie, geventologie, nanotechnologie, medische instrumentbedrijven; not-for-profit: stichtingen, NGO's, privé-universiteiten); 3) Internationaal: multilateraal, bilaterale bureau's.



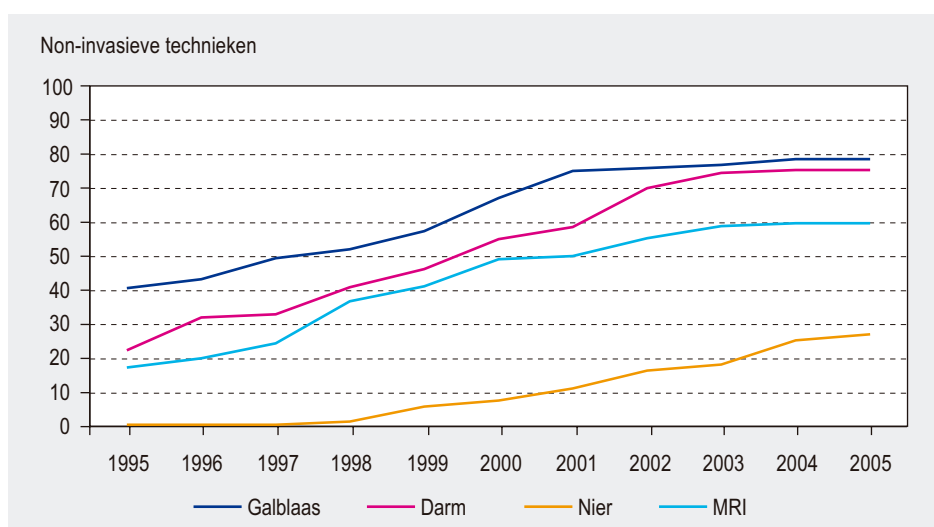
Figuur 2.9.1: Aantal patenten biotechnologie per miljoen inwoners in vijf rijke landen, 1985-2000 (Bron: OECD Patent database, 2004a; OECD Health data 2005).

Ruime toepassing van minimaal-invasieve chirurgische technieken in alle Nederlandse ziekenhuizen

Een internationale vergelijking laat zien dat Nederland wat betreft laparoscopische ingrepen aan de galblaas goed scoort (zie tabel 2.9.2.). Dit is een chirurgische verrichting die veel minder ingrijpend is voor de patiënt dan een traditionele ingreep. Waarom het Verenigd Koninkrijk zoveel lager scoort dan de andere drie landen is niet duidelijk. Opvattingen over de wenselijkheid van de nieuwe methode kunnen hieraan ten grondslag liggen.

Tabel 2.9.2: Percentage laparoscopische galblaasgrepen van alle galblaasgrepen in vier West-Europese landen (Bron: OECD Health data 2005).

	1995	2000	2001	2002	2003
Nederland	62,7	74,7	75,6	78,1	80,4
Verenigd Koninkrijk	15,8	15,0	13,7	13,7	12,4
België		81,8	82,8	84,5	
Frankrijk		76,0	77,8		



Figuur 2.9.2: Gebruik van minimaal en non-invasieve technieken in Nederlandse ziekenhuizen (%) (Bron: Blank & van Hulst, 2005).

De afgelopen tien jaar is het gebruik van minimaal en non-invasieve technieken in Nederland snel toegenomen. Bijna alle ziekenhuizen kunnen inmiddels minimaal-invasieve laparoscopische galblaas- en dikkedarmingrepen uitvoeren. De laparoscopische nierverwijdering kan nog slechts door iets meer dan 30% van de ziekenhuizen worden uitgevoerd. Wat betreft de non-invasieve diagnostiek blijkt dat tussen de 70 en 80% van de ziekenhuizen MRI-eenheden heeft (zie *figuur 2.9.2*).

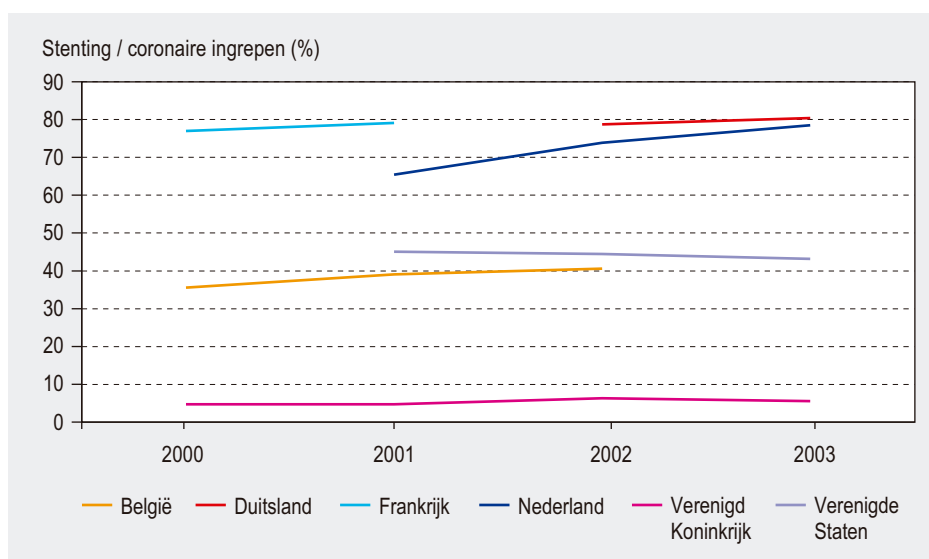
Stents veel en steeds meer toegepast

Stents zijn kleine cilindervormige gaasjes die kunnen worden aangebracht in vernauwde hartslagaders. Meer dan driekwart van het totale aantal coronaire ingrepen in Nederland betreft stenting. In vergelijking met andere ontwikkelde landen is dat veel. Alleen Duitsland ligt in 2003 op een vergelijkbaar niveau (zie *figuur 2.9.3*).

Tabel 2.9.3: Het percentage patiënten met herseninfarct dat getromboliseerd wordt in stroke services in verschillende ziekenhuizen (Bron: Nieboer et al, 2005).

Ziekenhuis ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9
%	1	17	8	4	10	3	7	0	7

^a 1: Goes, 2: Maastricht, 3: Arnhem, 4: Sittard, 5: Land van Cuijk, 6: Almere, 7: Amsterdam (Onze Lieve Vrouwen Gasthuis), 8: Tiel, 9: Rotterdam (Erasmus MC, St Franciscus Gasthuis, Medisch Centrum Rotterdam Zuid en Ikazia).



Figuur 2.9.3: Percentage coronaire stenting van alle coronaire ingrepen (Bron: OECD Health data 2005).

Procesinnovatie levert grote winst op, maar er zijn grote regionale verschillen

Winst door behandelstraten

In Nederland zijn diverse "straten" ingericht met als doel bepaalde groepen patiënten heel snel te helpen: de vatenstraat, bekkenbodemstraat en de cataractstraat. Meer dan de helft van de ziekenhuizen had in 2004 een cataractstraat (RVZ, 2005b). Op één afdeling in het ziekenhuis wordt de patiënt in korte tijd van het ene stadium naar het andere stadium meegenomen, onderzoeken vinden gecombineerd plaats en overbodige controles zijn geschrapt. Processtandaardisatie en een aparte patiëntenstroom leiden in de praktijk tot een korte doorlooptijd. Bovendien mag de patiënt na de behandeling direct naar huis, waardoor er geen bedden worden bezet.

CVA-ketenzorg in meeste ziekenhuizen, maar grote regionale verschillen

CVA-ketenzorg, in de vorm van stroke units en stroke services, is een voorbeeld van procesinnovatie in het zorgsysteem. In bijna alle Nederlandse ziekenhuizen was in 2004 een vorm van CVA-ketenzorg aanwezig (RVZ, 2005b). Om inzicht te krijgen in het

functioneren van stroke services en een continue verbetering van de zorgverlening te bewerkstelligen, is een benchmark uitgevoerd (Nieboer et al., 2005). Een benchmark levert zorgverleners en managers een spiegel van elkaars best practices en maakt verbeteracties mogelijk (Nieboer et al., 2005).

Eén van de kernindicatoren die verzameld is binnen de CVA-benchmark is de toepassing van trombolysen onder mensen met een herseninfarct. Om trombolysen goed en snel genoeg uit te voeren, is het van belang dat de keten van specialisten hun werkzaamheden op elkaar afstemmen. Er zijn grote regionale verschillen in het gebruik van trombolysen (zie tabel 2.9.3).

ICT op steeds meer onderdelen van de zorg toegepast

ICT werkt bij preventie

Geïndividualiseerde preventieve voorlichting met behulp van ICT blijkt in bepaalde gevallen effectiever te zijn dan algemene voorlichting: patiënten reageren beter op het gegeven advies. Het grote voordeel van deze manier van voorlichting is dat het nauwelijks extra belasting betekent voor de huisarts (Maes et al., 2005). Deze ICT toepassing bevindt zich in de fase van uittesten.

Een tweede voorbeeld is gecomputeriseerde en gestandaardiseerde informatieverzameling als een effectief hulpmiddel bij bijvoorbeeld het selecteren van hoogrisicopatiënten bij gerichte preventiecampagnes (Tacken, 2005).

Zorg efficiënter door internettoepassingen

In 2002 konden 84% van de huisartsen beschikken over het Elektronische Voorschrijf Systeem (EVS). Het percentage huisartsen dat het systeem dagelijks gebruikt is dat jaar 48% en 17% gaf aan het systeem meer dan tien keer per dag te gebruiken (Wolters et al., 2003).

De steeds snellere internetverbindingen hebben ook tot gevolg dat internet kan worden gebruikt voor visuele technieken. Met bijvoorbeeld de hulp van een videoverbinding kan een zorgverlener communiceren met de patiënt. Een andere succesvolle toepassing is de teledermatologie. Een dermatoloog krijgt via e-mail foto's en een ingevuld anamneseformulier opgestuurd over een huidklacht en is in staat met deze informatie een diagnose te stellen. De voordelen hiervan zijn dat de patiënt niet hoeft te reizen en de patiënt geen zes weken op een wachtlijst staat voor een diagnosestelling. Deze toepassing wordt al op veel plaatsen toegepast en leidt tot een afname in doorverwijzingen naar de dermatoloog (Mulder, 2004).

De term zorgdomotica wordt gebruikt voor zorgtoepassingen in woonhuizen met behulp van ICT. Zo kunnen beveiligingstoepassingen zoals bewegingsmelders of het automatisch uitzetten van het gasfornuis ouderen en gehandicapten in staat stellen langer en op een veilige manier thuis te blijven wonen.

Hoog percentage chirurgische dagbehandelingen

Het percentage chirurgische dagbehandelingen van het totale aantal ziekenhuisopnames voor chirurgische ingrepen is in verschillende Europese en welvarende landen in de periode 2000-2003 toegenomen. Dat kan mede veroorzaakt zijn door innova-

Tabel 2.9.4: Percentage chirurgische dagbehandelingen van alle chirurgische behandelingen (Bron: OECD Health data 2005).

	2000	2001	2002	2003
Nederland	46,3	48,0	49,5	47,3
België	33,5	35,0	36,9	
Luxemburg	39,9	39,5	39,4	39,4
Verenigd Koninkrijk	52,5	52,7	53,1	53,0
Ierland	40,9	42,0	44,5	45,5
Denemarken	45,4	46,8	51,0	52,6
Finland	34,6	35,4	37,4	37,8
Italië	20,8	24,2	28,7	32,9
Portugal	6,4	7,0	10,4	12,6
Spanje	21,9	24,8		
Hongarije	1,5	1,7	2,0	2,1
Nieuw Zeeland	37,5	37,5	35,7	35,8

ties, waardoor de zwaarte van ingrepen minder groot is geworden en minder mensen voor een chirurgische ingreep (langdurig) moeten worden opgenomen. Het Verenigd Koninkrijk en Denemarken zijn koplopers en ook Nederland scoort relatief hoog. De toename in Nederland is echter gering.

Wat we niet weten

Het is niet bekend of de R&D-investeringen in de zorgsector op een efficiënte wijze plaatsvinden. Er is alleen internationale informatie gevonden over patenten op het gebied van biotechnologie en niet op andere terreinen. Het gebruik en de diffusiesnelheid van product- en zorginnovaties verschillen sterk tussen landen. Het is van groot belang dat er meer gegevens komen waarmee het gebruik van innovaties in de Nederlandse zorg kan worden vergeleken met het buitenland. Het gebruik van zorginnovaties is op zichzelf niet altijd een goede indicator voor verbeteringen in de zorg; het optimale niveau ligt immers niet altijd op 100% gebruik. Bij dikkedarmoperaties is bijvoorbeeld alleen een laparoscopie mogelijk wanneer de uitzaaiingen zich nog binnen de darm bevinden. De zorgprofessionals zijn bij deze en andere innovaties nog op zoek naar de gewenste optimale toepasbaarheid van deze technieken, waardoor nog onduidelijk is bij welke waarde het optimum ligt. De meeste vormen van procesinnovatie zijn bedoeld om werkprocessen efficiënter te doen verlopen. Het is vaak wel mogelijk om te achterhalen in welke mate een procesinnovatie wordt toegepast, maar vaak is onduidelijk of het ook tot hogere doelmatigheid en effectiviteit leidt.

HOOFDSTUK 3

HOE TOEGANKELIJK IS DE GEZONDHEIDSZORG?

In dit hoofdstuk staan de toegankelijkheid en keuzevrijheid in de gezondheidszorg centraal. Vragen hierbij zijn: hoe toegankelijk is onze gezondheidszorg en valt er wat te kiezen voor de burger? Dat de gezondheidszorg toegankelijk moet zijn, is iets waarover brede maatschappelijke consensus bestaat. Het begrip keuzevrijheid krijgt vooral de laatste jaren veel aandacht, mede in verband met recente zorgvernieuwingen en het nieuwe zorgstelsel. In *paragraaf 3.1* gaan we in op de definities van toegankelijkheid en keuzevrijheid, de aspecten die we hieraan onderscheiden en de relatie tussen toegankelijkheid en keuzevrijheid. Ten slotte wordt de hoofdstukindeling toegelicht.

3.1 Wat is toegankelijkheid?

Een belangrijk uitgangspunt van het Nederlandse en de meeste andere Europese gezondheidszorgsystemen is dat er een rechtvaardige verdeling van beschikbare voorzieningen voor de gehele bevolking moet zijn (gelijke toegankelijkheid).

Toegankelijke zorg betekent dat personen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot de zorgverlening (Smits et al., 2002; AHRQ, 2006). Whitehead (1991) omschrijft gelijke toegankelijkheid als: gelijke *toegang* bij gelijke behoefte, gelijk *gebruik* van zorg bij gelijke behoefte, en gelijke *kwaliteit* van zorg voor iedereen. Het door Whitehead gebruikte begrip 'gelijk gebruik' kan worden beschouwd als een indicator voor gelijke toegang. 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, 2004a).

De toegankelijkheid van zorg kan door tal van factoren beperkt worden. Bijvoorbeeld door wachtlijsten, het ontbreken van voorzieningen, personeelstekorten, een grote geografische afstand of door financiële, sociale en culturele belemmeringen. Zorg kost geld, daarom is wettelijke en feitelijke toegankelijkheid van ziektekostenverzekeringen een voorwaarde voor een goede toegankelijkheid van de zorg zelf.

Keuzevrijheid

De Consumentenbond (2005) verstaat onder keuzevrijheid: *'de mate waarin u zelf kunt kiezen voor de wijze waarop u tegen ziektekosten verzekerd wilt zijn en door wie of hoe de zorg aan u wordt verleend'*. Keuzevrijheid dient dus zowel beoordeeld te worden bij de toegang tot ziektekostenverzekeringen als bij de toegang tot (kwalitatief goede) zorgvoorzieningen, zorgverleners en behandelingen.

Het belang dat zowel overheid als patiënten aan vrije keuze hechten, heeft twee hoofdredenen. Op de eerste plaats de overtuiging dat de kwaliteit van de zorg verbetert als de patiënt meer keuzemogelijkheden heeft, en dus meer in staat is zelf de zorg te

kiezen die bij zijn of haar zorgbehoeften past. Op de tweede plaats het idee dat het vergroten van keuzemogelijkheden de concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders vergroot, en zo de kosten(groei) zal reduceren.

Er is een rechtstreeks verband tussen toegankelijkheid en keuzevrijheid. In de eerste plaats is toegankelijkheid een voorwaarde voor keuzevrijheid. Als er te weinig aanbod is, valt er weinig te kiezen. In de tweede plaats houdt keuzevrijheid verband met het ook door Whitehead (1992) genoemde kwaliteitsaspect. Gelijke kwaliteit betekent immers niet 'dezelfde zorg voor iedereen', maar op de behoefte van de patiënt afgestemde zorg. Voor keuzevrijheid is dus niet alleen toegang vereist tot zorg, maar ook toegang tot de door de patiënt gewenste of benodigde zorg.

Indeling van dit hoofdstuk

De gezondheidszorg moet aan veel voorwaarden voldoen wil er sprake zijn van toegankelijkheid en keuzevrijheid. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op het gebruik van enkele nieuwe keuzemogelijkheden in de zorg, op wachttijden voor acute en reguliere zorg, de mate waarin de zorg overeenkomt met de behoefte van (kwetsbare) bevolkingsgroepen, de financiële toegankelijkheid en de geografische bereikbaarheid van zorg. Om de toegankelijkheid en keuzevrijheid te waarborgen is een eerste vereiste dat er voldoende personeel aanwezig is met de nodige kennis en kunde. Daarom wordt dit hoofdstuk afgesloten met twee paragrafen over respectievelijk het personeelsaanbod en de ontwikkelingen in de opleidings- en beroepenstructuur (zie *Tekstkader*).

Toegankelijkheid

- Keuzevrijheid (3.2)
- Tijdigheid acute en reguliere zorg (3.3; 3.4)
- Sociale toegankelijkheid: zorg naar behoefte (3.5)
- Financiële toegankelijkheid (3.6)
- Geografische bereikbaarheid (3.7)
- Personeelsaanbod en beroepenstructuur (3.8; 3.9)

3.2 Hoe staat het met de keuzevrijheid in de toegang tot zorg?

Kernbevindingen

- Het aantal personen met een persoonsgebonden budget nam toe van 10.000 in 1998 tot 70.000 in 2004
- In 2004 stapte 2,4% van de ziekenfondsverzekerden over naar een andere verzekeraar, in 2001 was dat nog 2,6%
- 10% van de verzekerden overwoog serieus de afgelopen drie jaar te veranderen van verzekeraar
- Van de particulier verzekerden die overwogen over te stappen, maar dit uiteindelijk niet hebben gedaan, is 9,1% daadwerkelijk geweigerd

Waarom is keuzevrijheid belangrijk?

Een belangrijke beleidsdoelstelling van de afgelopen jaren is het vergroten van de keuzevrijheid voor patiënten en andere partijen in de zorg. De veronderstelling is dat de kwaliteit van de zorg verbetert als de patiënt meer keuzemogelijkheden heeft, en dus meer in staat is zelf de zorg te kiezen die bij zijn of haar zorgbehoeften past. Bovendien is de hoop dat het vergroten van keuzemogelijkheden de concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders vergroot, en zo de kosten(groei) zal reduceren.

Hoe we het thema keuzevrijheid vaststellen

- Gebruik van enkele nieuwe mogelijkheden tot keuze: persoonsgebonden budget en verzekeraar
- Wensen van burgers ten aanzien van keuzevrijheid (behandelaar, informatiebronnen en woonzorgvormen)

De keuzemogelijkheid voor een persoonsgebonden budget (pgb) bestaat al een aantal jaren. De keuzemogelijkheid van verzekeraar is per 1 januari 2006 vergroot. Hier worden gegevens over verzekerdemobiliteit gepresenteerd over de periode 2001-2005, zodat deze in de volgende Zorgbalans afgezet kunnen worden tegen gegevens uit 2006-2007. Het thema keuzevrijheid betreft meer dan alleen de toegang tot zorg. Daarom worden enkele voorbeelden gegeven van wensen van burgers ten aanzien van keuzevrijheid die op de zorg zelf betrekking hebben. Jongeren, volwassenen en ouderen vinden andere zaken belangrijk. Voor elke leeftijdsgroep zijn daarom andere voorbeelden gekozen. De voorbeelden kunnen dienen als referentiekader voor het ontwikkelen van een meer evenwichtige set van prestatie-indicatoren voor de volgende Zorgbalans. Omdat wensen van burgers zelf geen prestatie-indicatoren zijn, komen ze niet in de kernbevindingen terug.

De stand van zaken

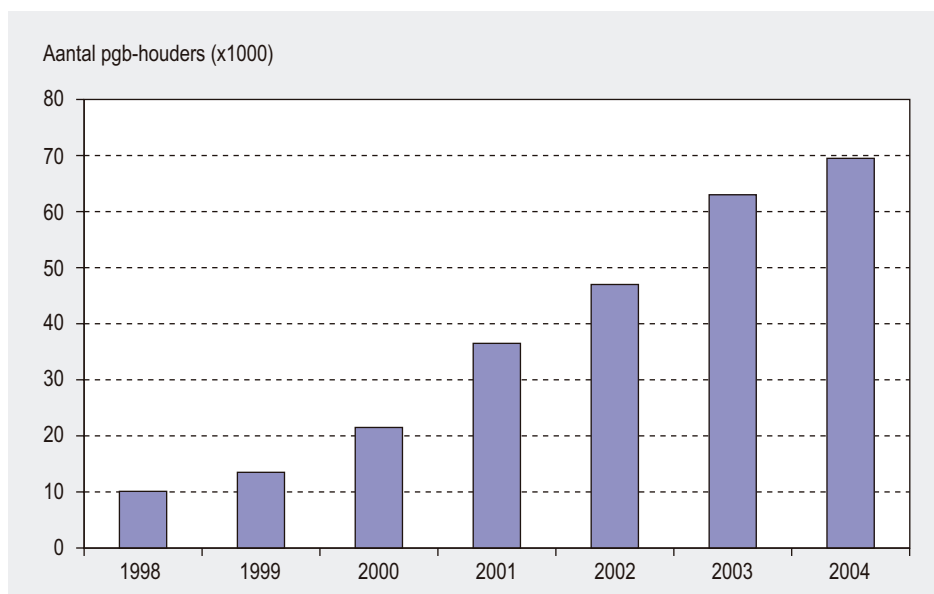
Aantal personen met een persoonsgebonden budget neemt toe

Iedereen die door een ziekte, handicap of ouderdom AWBZ-zorg nodig heeft, komt in aanmerking voor een pgb (VWS, 2005c). Met dit pgb kiezen mensen zelf hun hulpverlener en bepalen zij zelf op welk moment de zorg wordt verleend. Tussen 1998 en juli 2004 is het aantal pgb-budgethouders toegenomen van 10.000 tot bijna 70.000 (zie *figuur 3.2.1*).

Van de gebruikers gaf 63% aan dat de zorg die met het pgb wordt geleverd, aansluit op hun behoefte, 36% gaf aan dat de geleverde zorg deels aansluit en volgens 1% sluit de geleverde zorg helemaal niet aan. Op de vraag of het nu beter is geregeld dan vroeger, antwoordde 92% dat het beter (48%) is geworden of gelijk is gebleven (44%). De uitvoering en de administratie worden echter als zeer belastend ervaren (van de Wijngaart & Ramakers, 2005).

Toenemend percentage ziekenfondsverzekerden stapt over naar andere verzekeraar

De mobiliteit van ziekenfondsverzekerden is in 2005 significant gestegen ten opzichte van de voorafgaande jaren. Het percentage dat in de overstapperiode van 3 maanden



Figuur 3.2.1: Ontwikkeling van het aantal houders van een persoonsgebonden budget, 1998-2004 (Bron: VWS, 2005c).

naar een (ander) ziekenfonds overstapte nam toe van circa 2,6% in de periode 2001-2004 tot 4,2% in 2005. Dit blijkt uit een vragenlijstonderzoek bij een representatieve steekproef van circa 2.000 verzekerden (Laske-Aldershof & Schut, 2005).

De mobiliteit van particulier verzekerden is groter dan onder ziekenfondsverzekerden. In 2005 stapte 8,7% van de particulier verzekerden in de overstapperperiode van drie maanden over (zie tabel 3.2.1). Veel particulier verzekerden stapten over omdat hun werkgever een collectief contract met een andere verzekeraar afsloot (meer dan de helft); dit is de voornaamste oorzaak van de grotere mobiliteit. De mate waarin particulier en ziekenfondsverzekerden op eigen initiatief van zorgverzekeraar veranderde, verschilt weinig. Het percentage particulier verzekerden dat op eigen initiatief van verzekeraar is veranderd, lag in 2005 op circa 3% (niet in tabel). De hoogte van de premie van de hoofdverzekering en van de aanvullende verzekering vormen belangrijke motieven om te veranderen.

Tabel 3.2.1: Aandeel verzekerden dat veranderde van zorgverzekeraar (%) (Bron: Laske-Aldershof & Schut, 2005).

	Ziektenfondsverzekerden				Particulier verzekerden ^a		
	2001	2003	2004	2005	2001	2003	2005
In de afgelopen drie maanden	2,6	2,8	2,4	4,2	6,6	8,6	8,7
In de afgelopen drie jaar	10,8	10,3	10,4	12,1	23,6	23,1	24,0

^a In 2004 is onder particulier verzekerden geen enquête gehouden.

10% van de verzekerden overwoog te veranderen van verzekeraar

De meerderheid van de verzekerden overwoog de afgelopen jaren niet om te veranderen van verzekeraar. Onder ziekenfondsverzekerden overwoog in 2005 ruim 75% dit niet, onder de particulier verzekerden ruim 65% (zie tabel 3.2.2). Belangrijke motieven om niet te wijzigen zijn tevredenheid met de eigen verzekeraar, niet weten naar welke verzekeraar over te moeten stappen, en verwachte rompslomp.

Tabel 3.2.2: Aandeel verzekerden dat wel/niet overwoog te veranderen van verzekeraar, 2001-2005 (%) (Bron: Laske-Aldershof & Schut, 2005).

	Ziekenfondsverzekerden				Particulier verzekerden ^a		
	2001	2003	2004	2005	2001	2003	2005
Overwoog <i>serieus</i> om te veranderen	6,2	10,4	12,5	10,7	7,6	8,7	9,3
Overwoog <i>niet</i> om te veranderen	83,0	79,2	77,1	77,2	68,9	68,2	66,7

^a In 2004 is onder particulier verzekerden geen enquête gehouden.

Toegangsbeperkingen bij zorgverzekeringen

Voor de (ervaren) keuzevrijheid is daarnaast van bijzonder belang hoeveel mensen door zorgverzekeraars geweigerd worden vanwege gezondheid of leeftijd, en hoeveel mensen op grond van het vermoeden van een mogelijke weigering hun gedrag laten beïnvloeden. Dit speelde onder particulier verzekerden een grotere rol dan onder ziekenfonds verzekerden (zie tabel 3.2.3).

Van de particulier verzekerden die overwogen over te stappen, maar dit uiteindelijk niet hebben gedaan, was 9,1% daadwerkelijk geweigerd door de nieuwe verzekeraar, in alle gevallen vanwege hun gezondheid. Onder ziekenfondsverzekerden was dit nihil, omdat voor ziekenfondsen een acceptatieplicht voor de hoofdverzekering gold.

Onder degenen die *niet overwogen* over te stappen, gaf een groter percentage particulier verzekerden als reden aan dat zij vermoeden te worden geweigerd vanwege hun gezondheid of leeftijd dan onder ziekenfondsverzekerden (respectievelijk 6,7% en 12,7% onder particulier verzekerden en 5,9% en 4,2% onder ziekenfondsverzekerden).

Bij de ziekenfondsverzekerden die in 2005 géén *aanvullende* verzekering afsloten, vermoedde 4,4% niet geaccepteerd te worden vanwege leeftijd en 1,8% vanwege gezondheid; 1,8% was daadwerkelijk geweigerd. Bij de particulier verzekerden die geen aanvullende verzekering afsloten, vermoedde 6,2% niet geaccepteerd te worden vanwege leeftijd en 2,3% vanwege gezondheid; 1,2% was daadwerkelijk geweigerd.

Tabel 3.2.3: Ondervonden toegangsbeperkingen bij zorgverzekeringen, in 2005 (%) (Bron: Laske-Aldershof & Schut, 2005).

	Vermoeden niet geaccepteerd te worden		Geweigerd
	Gezondheid	Leeftijd	
Reden om niet te veranderen van zorgverzekeraar, nadat dit wel is overwogen			
- ziekenfonds	9,4	3,9	0,0
- particulier	9,1	6,5	9,1
Reden om niet te overwegen te veranderen van zorgverzekeraar			
- ziekenfonds	5,9	4,2	n.v.t
- particulier	6,7	12,7	n.v.t
Reden om geen aanvullende verzekering af te sluiten			
- ziekenfonds	4,4	1,8	1,8
- particulier	6,2	2,3	1,2

De meeste mensen willen keuzemogelijkheden in de zorg

In een onderzoek onder 1.000 respondenten naar hun mening over de ideale gezondheidszorg in Nederland zegt 95% van de respondenten zelf hun huisarts, tandarts of andere zorgverlener te willen kiezen, 90% wil dat de zorgverlener alternatieven biedt zodat zij zelf kunnen kiezen welke behandelingsoptie zij zullen nemen en 82% wil buiten kantoortijden naar de eerstelijnszorg toe kunnen (van Linschoten et al., 2004).

Deze behoefte aan keuzemogelijkheden wordt bevestigd in een onderzoek onder zorgcliënten in Nederland en vier andere West-Europese landen (België, Frankrijk, Groot-Brittannië en Duitsland) (RVZ, 2003) (zie tabel 3.2.4).

Tabel 3.2.4: Behoeftte aan keuzemogelijkheden (%) (Bron: RVZ, 2003).

	Nederland	Gemiddelde van de 5 landen ^a
Keuze diagnostisch onderzoek	90	74
Keuze behandelaar	84	80
Keuze behandelplaats (electief)	83	81
Keuze behandelplaats (chronisch)	78	87
Keuze revalidatieproces	73	92

^a België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Nederland; de gemiddelde score is herwogen naar bevolkingsgrootte van de deelnemende landen.

Enkele andere bevindingen uit dit internationale onderzoek geven achtergrondinformatie waarmee deze wensen beter geïnterpreteerd kunnen worden. Alleen de Nederlandse cliënten willen meer keuzemogelijkheden dan nu beschikbaar zijn. Nederlanders zijn niet tevreden met het poortwachtersysteem en willen directe toegang tot de specialist en het ziekenhuis. Keuzemogelijkheden voor revalidatie zijn minder

belangrijk voor de Nederlander. Maar als hij mag kiezen, heeft de Nederlandse cliënt een voorkeur voor behandeling thuis door de fysiotherapeut. Als cliënten meer keuzemogelijkheden hebben, blijken ze die ook meer te waarderen. Als cliënten kunnen kiezen tussen een bezoek aan de huisarts of de specialist, kiezen ze niet per definitie voor een bezoek aan de specialist. De Nederlandse cliënt staat verhoudingsgewijs positief tegenover innovaties in de zorg (bijvoorbeeld nieuwe geneesmiddelen) en tegenover zorgverlening in het buitenland. De Nederlandse cliënten zijn bereid te reizen, niet alleen voor betere toegang, maar ook voor betere kwaliteit. Ondanks de aanwezigheid van eigen bijdragen blijken cliënten toch bereid meer te betalen, mits dit duidelijk meerwaarde oplevert. De Nederlandse cliënten hebben het meest van alle geïnterviewden geld over voor meer keuze en betere toegang (RVZ, 2003).

Enquêtes verbinden geen consequenties aan het uiten van wensen. Het is dan ook goed denkbaar dat de wensen in de praktijk anders liggen als de kosten die er aan verbonden zijn, duidelijker voelbaar worden. Desalniettemin geven ze waardevolle inzichten in de gebieden waar wel en waar niet of minder sterk keuzevrijheid gewenst wordt.

Jongeren willen veel vaker dan ouderen informatie via internet

Jongeren geven vaker dan ouderen de voorkeur aan het internet (45% versus 36% en 12%). Voor alle leeftijdsgroepen is informatie via de zorgverlener het meest populair (zie tabel 3.2.5).

Tabel 3.2.5: Bron waarvan Nederlanders bij voorkeur medische informatie willen ontvangen naar leeftijd (%) (Bron: RVZ, 2003).

	18-34 jaar n=734	35-54 jaar n=941	55+ jaar n=851
Medische zorgverleners	62	65	69
Apotheek	45	44	43
Internet	45	36	12
TV/ krant/ tijdschrift	36	36	34
Medisch naslagwerk	26	25	20
Patiëntenvereniging	5	6	5
Overheid	7	8	4
Geneesmiddelfabrikanten	4	4	5
Geen van deze	2	3	7

Ouderen willen vooral zorg in eigen woning of zorgappartement

De wensen ten aanzien van wonen en zorg lijkt voor de nieuwe generatie senioren sterk te veranderen. Verpleeg- en verzorgingshuis worden door de jongere senioren steeds minder als een optie voor de toekomst gezien (zie tabel 3.2.6). Het zijn overigens juist de midden en hoge inkomens die de traditionele zorgvormen de rug toekeren (Provoost & Delfgaauw, 2003).

Tabel 3.2.6: Gewenste woonvorm op oudere leeftijd in de toekomst (%) (Bron: Provoost & Delfgaauw, 2003).

	< 55 jaar	55-70 jaar	> 70 jaar
Eigen woning	44	46	53
Appartement met zorg	24	44	38
Verzorgingshuis	22	17	12
Verpleeghuis	12	7	3
Luxe zorgvilla	2	6	7
Verpleeghotel	0	3	2

Wat we niet weten

De gegevens uit deze paragraaf zijn gebaseerd op enquêtes onder burgers, zorggebruikers en verzekerden. De monitor verzekerdenmobiliteit, die al vanaf 2001 bestaat, is een goede bron om trends in veranderingsgedrag en motieven om (wel/niet) van verzekeraar te veranderen, te volgen. De afgelopen tijd wordt in enquêtes vaker vragen gesteld naar wensen van patiënten en de behoefte om te kunnen kiezen. Dit gebeurt o.a. al in het Consumentenpanel (NIVEL). Daarin zouden meer expliciete vragen over de gewenste keuzevrijheid opgenomen kunnen worden. Er is nog weinig inzicht in de achterliggende processen van keuzegedrag van burgers, patiënten en verzekerden in de zorg.

De belangrijkste vragen die met betrekking tot keuzevrijheid in de Zorgbalans vanuit het perspectief van de burger en van het beleid gesteld kunnen worden, zijn:

- neemt de keuzevrijheid in de zorg toe, af of blijft deze gelijk?
- zijn de ontwikkelingen in keuzevrijheid in overeenstemming met de wensen van burgers?
- op welke wijze maken burgers gebruik van aangeboden nieuwe vormen van keuzevrijheid?
- wat zijn de effecten van meer keuzevrijheid?

In deze Zorgbalans is gekozen voor het beantwoorden van de derde vraag: het 'stemmen met de voeten'. Door alleen op het gebruik van nieuwe vormen van keuzevrijheid in te gaan, blijven beperkingen in keuzevrijheid daardoor echter buiten beeld en ontstaat mogelijk een onvolledig beeld.

3.3 Hoe bereikbaar is acute en levensreddende zorg?

Kernbevindingen

- In 2001 was 8,2% van de ambulances in spoedeisende gevallen niet binnen 15 minuten op de plaats van het incident
- 2% van de bevolking woonde in 2005 meer dan 30 minuten rijden van een spoedeisende hulpdienst; in 2001 was dit 0,8%

- 340.000 mensen moeten langer dan 30 minuten reizen om een huisartsenpost te bereiken
- Huisartsenposten konden 11% van de spoedbellers in 2004 *niet* binnen één minuut deskundig te woord staan
- 1400 mensen wachtten de afgelopen jaren op een donororgaan

Waarom is bereikbaarheid van acute en levensreddende zorg belangrijk?

Te lang wachten op zorg kan kleine en grote gevolgen voor de patiënt hebben. Naarmate er meer op het spel staat, wordt (te) lang wachten op zorg als een groter probleem ervaren. In het Engelse taalgebied worden de nadelige gevolgen van te lang wachten van ernstig tot minder ernstig gerangschikt in *death, disease, disability, discomfort* en *dissatisfaction*.

Acute levensbedreiging en levensbedreiging op korte termijn spelen in de gezondheidszorg op veel plaatsen een rol: in de acute zorg, verloskundige zorg, (hart)chirurgie, oncologie, de acute geestelijke gezondheidszorg, bij orgaandonatie en bij rampen. In deze Zorgbalans besteden we aandacht aan twee onderdelen: de bereikbaarheid van de basisdiensten in de acute zorg (ambulances en spoedeisende hulp) en de vraag om orgaandonoren. Samen geven ze geen volledig beeld van de acute en levensreddende zorg. Ze kunnen wel als belangrijke signalen dienen. De basisdiensten in de acute zorg helpen jaarlijks een groot aantal mensen en het merendeel van alle mensen die acute zorg nodig heeft, heeft met deze diensten te maken. De behoefte aan orgaandonoren betreft een veel kleinere aantal mensen (circa 1.400), voor wie orgaandonatie van levensbelang is, die hoogtechnische zorg nodig hebben en die afhankelijk zijn van het aanbod van donororganen.

De scheidslijn tussen acute, levensreddende en reguliere zorg is niet overal haarscherp te trekken. Niet alle acute zorg betreft immers levensbedreigende omstandigheden en een belangrijk deel van de reguliere zorg, zoals de (hart)chirurgie en oncologie is gericht op patiënten die in levensbedreigende situaties verkeren. Levensbedreiging is meestal wel aan de orde bij de behoefte aan orgaandonatie. De bereikbaarheid van de reguliere zorg komt in *paragraaf 3.4* aan de orde.

De acute zorg kan onderverdeeld worden in acute zorg die naar de patiënt toekomt (ambulance, traumahelikopter, verloskundige) en acute zorg waar de patiënt zelf naar toe gaat (SEH's, huisartsenposten). De afgelopen jaren wordt er aan gewerkt om de acute zorg zodanig te stroomlijnen dat een aaneensluitende kwaliteitsketen ontstaat. Terugkerende punten van aandacht zijn de reistijden van ambulances in geval de normtijd wordt overschreden, de bereikbaarheid van spoedeisende hulpdiensten (SEH) van ziekenhuizen en de bereikbaarheid van huisartsenposten tijdens avond-, nacht-, en weekenddiensten (IGZ, 2004a).

Hoe we de bereikbaarheid van spoedeisende en levensreddende zorg vaststellen

Acute/spoedeisende zorg

- Percentage spoedeisende ambulanceritten dat binnen een bepaalde responstijd ter plekke is
- Het aantal spoedeisende ambulanceritten dat de norm van de responstijd (15 minuten) overschrijdt
- Het aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst, respectievelijk een huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken
- Het aantal spoedopbellers naar huisartsenposten dat binnen één minuut te woord wordt gestaan door een deskundige

Levensreddende zorg

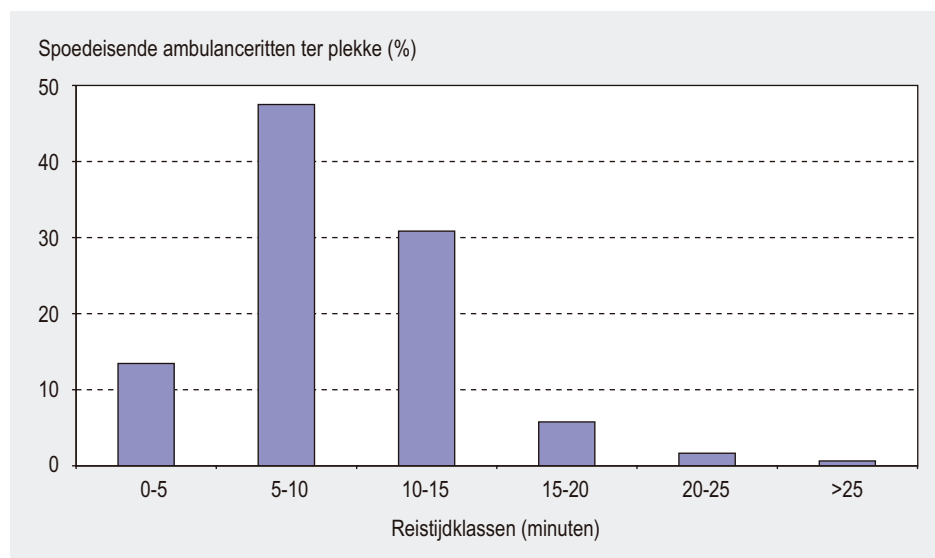
- Het aantal mensen dat wacht op een donororgaan

De stand van zaken

8,2% van de ambulances in spoedeisende gevallen niet binnen 15 minuten ter plaatse

Per dag vinden gemiddeld 2.200 ambulanceritten plaats. In 2001 was ruim 60% van de ambulanceritten een spoedrit (A1- of A2-ritten), de overige zijn bestelde ritten (B-ritten). Ruim 40% bestaat uit A1-ritten.

Beleidsregels stellen dat een ambulance bij een spoedeisende situatie binnen 15 minuten na melding ter plaatse moet zijn. Het meest recente onderzoek naar het aantal overschrijdingen van deze norm is gebaseerd op gegevens uit 2001. In dat jaar was 8,2% van de ambulances in spoedeisende gevallen niet binnen 15 minuten ter plaatse



Figuur 3.3.1: Percentage spoedeisende ambulanceritten (A1-ritten) dat binnen een bepaalde responstijd ter plekke is, in 2001 (Bron: Kommer et al., 2003).

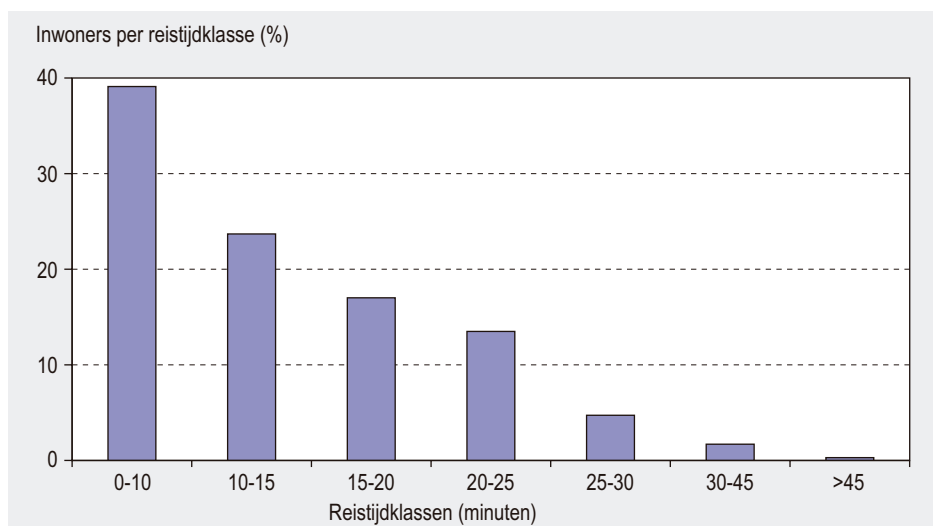
(zie *figuur 3.3.1*). Partijen zelf vinden een jaarlijkse overschrijding van 3% tot 5% acceptabel, mits de oorzaak van incidentele aard is. Een vergelijking met voorgaande jaren of met latere jaren kan niet worden gemaakt als gevolg van verandering in registratiemethodiek. Vaak ontstaan overschrijdingen door een combinatie van factoren als onvoldoende beschikbaarheid, onvoldoende spreiding van standplaatsen en overmacht.

In onderzoek naar de spreiding van standplaatsen wordt de 15-minuten responstijd onderverdeeld in 2 minuten meld- en uitruktijd en 13 minuten rijtijd. In 2003 woonde in Nederland 7,2% van de bevolking (ruim 1,1 miljoen inwoners) in een gebied waar deze 13-minuten rijtijdnorm niet gehaald kon worden. In 2005 was dit percentage gedaald tot 5,6% van de bevolking (ruim 900.000 inwoners). Gebieden buiten 13-minuten bereik van een standplaats betreffen vooral dunbevolkte en grensgebieden.

2% van bevolking woont meer dan half uur rijden van spoedeisende hulpdienst

Jaarlijks worden er naar schatting ruim 1.000.000 mensen na een ongeval, geweld of zelfbeschadiging geholpen op een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis. Het gebruik van spoedeisende hulp is het grootst in de grote steden. In 2001 waren er 109 SEH-afdelingen, in 2005 waren dat er 106. Sluitingen worden opgevangen door andere SEH's in de directe omgeving.

De meeste mensen gaan op eigen gelegenheid naar een SEH toe. Voor een minderheid wordt de ambulance ingeroepen. Per privé auto kon in 2001 in theorie 99,2% van de Nederlandse bevolking een SEH binnen 30 minuten bereiken. Ongeveer 0,8% (128.000 mensen) woonde meer dan 30 minuten rijden verwijderd, vooral in dunbevolkte en afgelegen gebieden (RIVM, 2005a). In 2005 is dit toegenomen tot 2% (318.500 mensen) (zie *figuur 3.3.2*). Er zijn geen gegevens over feitelijke reistijden bekend.

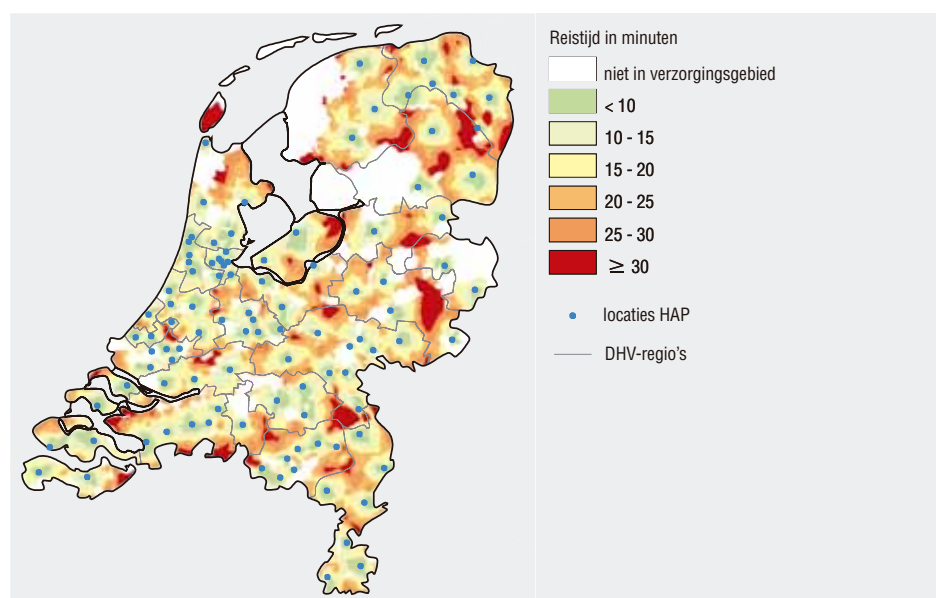


Figuur 3.3.2: Percentage inwoners dat in theorie binnen een bepaalde reistijd een spoedeisende hulpdienst van een ziekenhuis met de auto kan bereiken, in 2005 (Bron: RIVM, 2005a).

340.000 mensen langer dan half uur onderweg om huisartsenpost te bereiken

In Nederland is in twee jaar tijd (circa 2002-2004) een vrijwel landelijk dekkend netwerk van huisartsenposten ontstaan. De verwachting is dat het aandeel van de huisartsen in de spoedeisende hulp hierdoor verder zal toenemen (IGZ, 2004a).

De onevenwichtige spreiding van de huisartsenposten in sommige regio's (in 2003) kan tot een matige bereikbaarheid van de zorg leiden. Ongeveer 340.000 mensen moeten langer dan 30 minuten reizen. In de witte gebieden worden de avond-, nacht- en weekenddiensten nog verzorgd door samenwerkende huisartsen (zie *figuur 3.3.3*). In hoeverre een goede fysieke bereikbaarheid een rol speelt bij de keuze om óf naar een SEH te gaan, óf de huisartsenpost te bellen, is tot nu toe niet bekend (IGZ, 2004a).



Figuur 3.3.3: Berekende reistijd naar de eigen huisartsenpost per auto, in 2003 (Bron: RIVM, 2004a)

11% van de spoedbellers naar huisartsenposten niet binnen 1 minuut deskundig geholpen

Eind 2004 bleek grote variatie te bestaan in de wachttijd van een patiënt die opbelde naar een huisartsenpost tot het moment waarop een opgeleide medewerker hem of haar te woord stond. Van de spoedoproepen werd 51% binnen 30 seconden en 89% binnen één minuut persoonlijk beantwoord. De inspectie achtte de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten over het algemeen redelijk, maar is van mening dat er voldoende ruimte is voor verbetering. De inspectie achtte het onverantwoord dat 11% van de spoedoproepen niet persoonlijk binnen één minuut beantwoord wordt en 1% zelfs niet binnen vijf minuten (IGZ, 2005i).

1400 mensen wachten op een donororgaan

Per 1 maart 2004 wachtten 1381 Nederlanders op een donororgaan waarvan 1156 personen op een donornier en 225 personen op een ander orgaan (zie tabel 3.3.1). Per 31 december 2005 bedroeg het aantal wachtenden 1426. Het aantal wachtenden verandert de afgelopen jaren dus weinig.

Tabel 3.3.1: Aantal Nederlandse patiënten dat wacht op orgaandonatie naar orgaan (Bron: NTS, 2006).

	1 maart 2004	1 maart 2005
Nier	1156	1143
Lever	127	156
Hart	35	37
Longen	63	85
Totaal	1381	1421

Ruim tweehonderd nierpatiënten sterven per jaar omdat ze niet op tijd een nieuw orgaan krijgen aangeboden. De gemiddelde wachttijd bedraagt 4,5 jaar. Per jaar zijn 225 bruikbare nierorganen voor transplantatie beschikbaar in Nederland (NSN, 2004).

Het Donorregister kende in december 2003 4,9 miljoen registraties. Dit houdt in dat 39% van de Nederlandse bevolking boven de 18 jaar zijn wil in het register heeft laten registreren. Daarvan geeft 46% volledige en 8% gedeeltelijke toestemming (Friele et al., 2004).

Met dertien orgaandonaties per miljoen inwoners scoort Nederland het laagste vergeleken met negen andere West-Europese landen. Deze lage positie hangt sterk samen met het feit dat Nederland een relatief veilig land is waar betrekkelijk weinig verkeersongevallen plaatsvinden, waardoor er minder potentiële donororganen beschikbaar komen. Op het gebied van donorefficiëntie - het aantal daadwerkelijk gedoneerde organen per miljoen inwoners gedeeld door het donorpotentieel - scoort Nederland beter en behoort het tot de middenmoot (Coppen et al., 2002). Het feit dat in Spanje, het land met de hoogste donorefficiëntie, een groot aantal potentiële donororganen niet beschikbaar komt, duidt er op dat er nog aanzienlijke verbetering mogelijk is.

Wat we niet weten

De beschikbare gegevens leveren een beeld op hoe snel het merendeel van de mensen met acute gezondheidsproblemen zelf spoedeisende hulpverlening kunnen bereiken of door ambulances bereikt kunnen worden. Ze leveren bovendien een beeld op hoe snel dit ook feitelijk het geval is voor wat betreft de reactie- en aanrijtijden van ambulances. Ze geven geen inzicht in hoe snel mensen zelf spoedeisende hulpverlening bereiken.

De analyses met betrekking tot de responstijden van ambulances hebben betrekking op 2001 en zijn dus gebaseerd op oude gegevens. De afgelopen jaren was er geen continui-

teit in de informatievoorziening in de ambulancesector. De brancheorganisatie heeft in 2005 het initiatief genomen voor een vernieuwde landelijke registratie (AZN, 2005). De gepresenteerde gegevens geven geen overzicht van eventuele knelpunten in de afstemming tussen SEH's en huisartsenposten, het functioneren van de triage en de beschikbaarheid van dossiers op huisartsenposten. De komende jaren zal extra aandacht uitgaan naar de verbetering van de ketenzorg, de bereikbaarheid van alarmnummers en huisartsenposten en de kwaliteit van de spoedeisende hulp (IGZ, 2004a,c; 2005i). Een volgende Zorgbalans zal aan die onderwerpen aandacht moeten besteden. Verschillende instanties, waaronder RIVM en NIVEL werken aan de ontwikkeling van valide indicatoren hiervoor.

3.4 Hoe lang wordt er gewacht op reguliere zorg?

Kernbevindingen

- 60%-70% van de zorggebruikers vindt in 2004 dat ze overdag tijdig geholpen worden door de huisarts (en/of specialist)
- De tevredenheid over de bereikbaarheid van de huisarts buiten kantooruren daalde tussen 1997 en 2003 van 60% naar 42%
- Het aantal wachtenden op klinische ziekenhuisopname daalde in 2002-2004 met bijna 17%. Bij de planbare klinische ziekenhuiszorg was eind 2002 20% van de wachtlijst problematisch
- Het aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg in 2004 nam toe met 6%
- Het aantal wachtenden op verpleging en verzorging daalde in 2001-2003 met 30%. De gemiddelde wachttijd daalde met 7%-19%, in de thuiszorg steeg dit met 13%-43%
- Een hoog percentage wachtenden in de langdurige zorg krijgt overbruggingszorg; 60% in de verpleging en verzorgingssector
- De mediane wachttijd van gehandicapten die zorg ontvangen, is in de periode 2000-2003 met circa 90% gedaald; de gemiddelde wachttijd van hen die nog wachten daalde met ruim 40%

Waarom is vermindering van wachttijden in de reguliere zorg belangrijk?

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).

Hoe we wachten in de reguliere zorg vaststellen

Eerste lijn

- Percentage patiënten dat tevreden is over de snelheid waarmee zij terecht kunnen bij huisarts, specialist of tandarts

Ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en langdurige zorg

- Het aantal mensen dat wacht op zorg (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

De afgelopen jaren wordt steeds meer geprobeerd wachtlijstanalyses te beperken tot problematisch wachtenden. De achtergrond daarvoor is dat er mensen op de wachtlijst staan, terwijl het wachten medisch gezien geen ernstig probleem vormt, bijvoorbeeld omdat men uit voorzorg op de wachtlijst staat, op meerdere plaatsen op de wachtlijst staat of een behandelingsaanbod heeft afgezegd. Er worden verschillende indicatoren gebruikt om zicht op de omvang van 'werkelijke', geschoonde wachtlijsten te krijgen. In de ziekenhuizen onderzoekt men welk deel van het aantal mensen langer wacht dan de Treeknorm, terwijl daar geen aannemelijke persoonlijke of medische reden voor is. In de verpleeg- en verzorgingssector rekent men wachtenden die overbruggingszorg krijgen en daarmee (tijdelijk) tevreden zijn, niet tot de problematisch wachtenden. In de gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg berekent men de afgelopen jaren liever de gemiddelde of mediane wachtduur op het moment dat de wachttijd voorbij is en de zorg een aanvang neemt. Deze wachttijd is korter dan de wachttijd van de mensen die op een bepaald moment nog op zorg wachten. Dit geeft dan aanleiding (maar geen zekerheid) te veronderstellen dat een deel van degenen die op een bepaald tijdstip wachten minder urgente problematiek heeft. Van het aantal problematisch wachtenden bestaat pas sinds kort een eerste beeld.

De stand van zaken

60%-70% tevreden over tijdigheid huisartsenhulp overdag

Aan de leden van het Consumentenpanel is in september 2004 gevraagd hoe snel zij hulp hebben gekregen van de huisarts (en/of specialist). 60% tot 70% van de respondenten kreeg altijd hulp zo snel als zij dat wilden. Rond 10% van de respondenten kreeg dit nooit of soms (Delnoij et al., 2005). Begin 2002 constateerde de Consumentenbond dat het wel goed zit met de wachttijden in de huisartsen- en tandartsenzorg. Het merendeel van de consumenten vond de wachttijd acceptabel. Bij de huisarts kon ruim de helft van de ondervraagden nog dezelfde dag terecht als zij 's ochtends contact zochten (Consumentenbond, 2002).

Veel huisartsen hebben een telefonisch spreekuur. Bijna een kwart (22%) van de patiënten vindt dat de huisartspraktijk telefonisch niet goed genoeg bereikbaar is (Braspenning et al., 2004). Enkele jaren eerder lijkt dat beeld (iets) positiever. Bijna de helft van de bellers kreeg toen de huisarts onmiddellijk aan de lijn; ruim een kwart moest even wachten. De overige respondenten kregen pas na lang wachten of meer-

dere keren bellen contact; 3,7% kreeg helemaal geen contact (Consumentenbond, 2002; van der Schee et al., 2002).

Tevredenheid over bereikbaarheid huisarts buiten kantooruren neemt af

In 1987 vond 90% van de bevolking de huisarts 's avonds en 's nachts goed bereikbaar. In 2001 was dat gedaald tot 87%. In weekend- en vakantieperiode nam de tevredenheid af van 89% naar 86%. De verontrusting over de bereikbaarheid buiten kantooruren nam toe van 8% naar 12%. De tevredenheid over de bereikbaarheid van de huisarts om huisbezoek af te leggen daalde van 93% naar 84% (Braspenning et al., 2004). Uit een ander trendonderzoek blijkt dat patiënten in de periode 1997-2003 alle jaren onverminderd tevreden waren over de bereikbaarheid en de spreekuurorganisatie van de huisarts, maar dat de tevredenheid over de regeling *buiten kantooruren* afnam: van rond de 60% tevreden patiënten in de periode 1997-2001 naar 42% in de periode 2002-2003 (Engels et al., 2006). Dit patiëntenoordeel wordt bevestigd door de huisartsen zelf. In 1987 gaf 88% van de huisartsen aan dat patiënten doorgaans 'dezelfde dag' bij hen terecht konden. In 2001 kon 73% nog dezelfde dag terecht als zij 's morgens belden (van den Berg et al., 2004).

Voor een *afspraak* bij de tandarts geldt voor circa de helft een wachttijd van tussen de twee weken en twee maanden, behalve bij een spoedgeval (Consumentenbond, 2002).

Daling aantal wachtenden op klinische ziekenhuisopname met 17% tussen 2002 en 2004

Rond de eeuwwisseling had Nederland – net als een aantal andere landen – relatief lange wachtlijsten voor planbare chirurgie (Siciliani & Hurst, 2003). In 2004 bedroeg het totale aantal wachtenden op ziekenhuisopname 53.300. Dit is een daling met 10.800 personen ten opzichte van 2002 (17%). De daling vond vooral in 2004 plaats. Het aantal wachtenden op dagopname daalde met 5%.

Tabel 3.4.1: Aantal wachtenden voor opname in algemene ziekenhuizen^a (Bron: Prismant & NVZ, 2004).

	2002	2003	2004
Klinische opname	64.100	62.500	53.300
Dagopname	77.200	76.800	73.400

^a Uit het 4^e kwartaal van het desbetreffende jaar.

De specialisten met het grootste aantal wachtenden waren eind 2004 voor klinische opname: chirurgie (9.800), orthopedie (15.700), plastische chirurgie (7.900) en keel-, neus- en oorheelkunde (5.200). Voor dagopname betrof het chirurgie (10.800), orthopedie (11.200), keel-, neus- en oorheelkunde (6.000) en kaakchirurgie (18.100).

Verwachte wachttijden in ziekenhuizen nauwelijks veranderd

De verwachte *wachttijd* voor het eerste polikliniekbezoek en voor klinische opname verschilde voor de meeste specialisten in 2004 weinig van 2003. Voor dagopname

nam de verwachte wachttijd iets af. De gemiddelde verwachte wachttijd was verreweg het langst voor plastische chirurgie (14 weken voor het eerste polikliniekbezoek, 17 weken voor dagopname en 26 weken voor klinische opname) (Prismant & NVZ, 2004).

Overschrijdingen Treeknorm in ziekenhuizen onveranderd

Tussen specialismen bestaan grote verschillen in het percentage patiënten dat op een bepaalde peildatum daadwerkelijk langer wacht dan de Treeknorm. Deze streefnorm geldt alleen voor niet-spoedeisende hulp en zijn in 2000 in het zogeheten Treekoverleg door ziekenhuizen, huisartsen en medisch specialisten vastgesteld. Specialismen waarbij voor klinische opname minder dan 5% van de patiënten langer dan de norm had moeten wachten waren in 2004: interne geneeskunde, gastro-enterologie, cardiologie, reumatologie en kindergeneeskunde. Daartegenover staan specialismen waarbij meer dan 50% van de patiënten langer dan de norm moest wachten: orthopedie, plastische chirurgie, keel-, neus- en oorheelkunde en oogheelkunde. De Treeknorm wordt vaker overschreden voor klinische opname dan voor dagopname. Er was weinig verschil tussen 2003 en 2004 in het percentage overschrijdingen.

Twintig procent van de wachtlijst planbare klinische ziekenhuiszorg problematisch

Prismant onderzocht eind 2002 de zeven specialismen die verantwoordelijk waren voor de langste wachtlijsten. Onderscheid wordt gemaakt tussen wachtenden op eigen verzoek en problematisch wachtenden. Problematisch wachtenden betreft de groep patiënten die langer dan de Treeknorm wacht op hun opname c.q. behandeling en deze absoluut niet willen uitstellen. De problematische wachtlijst voor klinische opname en dagopname is onder te verdelen in twee groepen: een groep patiënten die zonder bepaalde reden nog wacht op een opname (direct planbaar) en een groep die om een aantal verschillende redenen niet direct opgenomen kan worden (niet direct planbaar). Van de onderzochte groep patiënten op de zogenaamde problematische wachtlijst, blijkt 37% om verschillende redenen niet direct planbaar te zijn. De groep die langer dan de Treeknorm op de wachtlijst stond én voor wie bovendien geen verklaarbare reden was waarom nog geen (verdere) behandeling plaats kon vinden, is in dit onderzoek vastgesteld. Dit betrof op de peildatum 20% van alle wachtenden voor de zeven specialismen. Het betreft voor een groot deel planbare zorg zoals heup-, knie- en staaroperaties (Singeling, 2004).

Toename aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg van 6% in 2004

Het aantal wachtenden in de jeugd-, volwassenen-, en ouderen-ggz is in 2004 met ruim 4.000 personen toegenomen. Dit is een toename van 6%. De toename betreft vooral de aanmeldingsfase. Daar vond een verdubbeling plaats (zie tabel 3.4.2).

Gemiddelde (werkelijke) wachttijd in de geestelijke gezondheidszorg ongeveer gelijk in afgelopen jaren

Het percentage wachtenden in de ggz dat op een bepaalde peildatum langer wacht dan de Treeknorm ligt de afgelopen jaren onverminderd hoog (tussen de 50% en 80%) (zie tabel 3.4.2). Dit percentage wordt niet langer als een goede graadmeter gezien. Er is een grote mate van vervuiling van de wachtlijsten doordat een aantal mensen nog

Tabel 3.4.2: Wachtlijstgegevens¹ geestelijke gezondheidszorg (Bron: GGZ-Nederland, 2005).

	2004	2005
Aantal wachtenden		
- aanmeldingsfase	10.500	21.400
- beoordelingsfase	37.700	34.000
- behandelingsfase	18.000	15.000
Totaal	66.300	70.400
Gemiddelde wachttijd op peildatum (1 januari) in weken		
- aanmeldingsfase	7	7
- beoordelingsfase	17	5
- behandelingsfase	20	17
Gemiddelde werkelijke wachttijd van degenen die uiteindelijk zijn behandeld in het betreffende jaar in weken ²		
- aanmeldingsfase	3	
- beoordelingsfase	4	
- behandelingsfase	4	
Percentage dat langer wacht dan de Treeknorm op peildatum ³ (in %)		
- aanmeldingsfase ⁴	57	53
- beoordelingsfase ⁴	82	76
- behandelingsfase ⁵	71	68

¹ Per 1 januari; ² Mogelijk is dit een onderschatting, namelijk in het geval de groep mensen dat extreem lang moet wachten toeneemt; ³ Een deel wordt veroorzaakt door administratieve vervuiling van de wachtlijsten; ⁴ Norm 4 weken; ⁵ Norm ambulante: 6 weken, klinisch: 7 weken, beschermd wonen: 13 weken.

op de wachtlijst staat, maar in feite niet meer wacht. Een betere graadmeter (maar wel van een ander type), is de gemiddelde wachttijd van degenen die daadwerkelijk zorg krijgen. Deze bedraagt (slechts) 3-4 weken in elk van de drie onderscheiden wachtfases. Trendgegevens zijn hierover (nog) niet beschikbaar (zie tabel 3.4.2) (GGZ-Nederland, 2005).

Daling aantal wachtenden op verpleging en verzorging met 30% in 2002-2005

Wachtlijstcijfers in de verpleging en verzorging moeten mede beoordeeld worden in het licht van een toenemende vraag, welke tot uiting komt in een groei van het aantal afgegeven nieuwe indicaties. Dit aantal steeg de afgelopen jaren sterk van 485.000 in 2000 naar 745.000 in 2004 (zie tabel 3.4.3). Volgens de VWS-begroting 2006 worden alle aanvragen binnen 6 weken verwerkt.

Tabel 3.4.3: Aantal afgegeven nieuwe indicaties verpleging en verzorging (Bron: HMM, 2005).

	2000	2001	2002	2003	2004
Totaal aantal nieuwe indicaties ^a	485.000	548.000	600.000	688.000	745.000

^a De nieuwe indicatiebesluiten zijn gecorrigeerd voor vervolindicaties.

De wachtlijsten voor verpleging en verzorging zijn tussen 2002 en 2004 gedaald met 30% (ondanks het toenemende aantal indicaties). Voor zorg met verblijf bedroeg de daling 20% en voor zorg zonder verblijf 45%. De daling vond vooral plaats in 2003. In 2004 was de omvang van de wachtlijst bijna constant. Op 1 januari 2005 stonden 52.000 mensen op de wachtlijst (2.200 minder dan eind 2003), waarvan ruim 34.200 wachtenden op zorg met verblijf (zie *tabel 3.4.4*).

Tabel 3.4.4: Aantal wachtenden op verpleging en verzorging (Bron: CVZ, 2005b).

Aantal cliënten wachtend op	1-11-2002 (diverse bronnen)	1-10-2003 (diverse bronnen)	1-1-2005 (AZR)
Zorg met verblijf	42.547	34.786	34.305
Zorg zonder verblijf	31.835	19.458	17.731
Totaal wachtend	74.382	54.244	52.036

Daling wachttijden voor verpleging en verzorging in 2001-2003 en stijgingen in thuiszorg

De gemiddelde wachttijd na plaatsing op de wachtlijst - nog uitgedrukt in de oude AWBZ-systematiek - daalde ook, behalve voor thuiszorg (zie *tabel 3.4.5*). De gemiddelde wachttijd op een wachtlijst is ongeveer negen maanden, maar varieert per regio van vier tot dertien maanden (van Gameren, 2005). De gemiddelde wachttijd in de verpleging en verzorging lag eind 2003 daarmee twee tot vijf keer boven de Treeknorm.

Tabel 3.4.5: Wachttijden in verpleging en verzorging, en thuiszorg (Bron: HHM, 2001; 2004).

	Gemiddelde wachttijd (in weken) ¹		Verandering 2001-2003 (in %)
	2001	2003	
Verpleeghuizen			
- Opname somatiek ²	30	28	-7%
- Opname psychogeriatric ²	41	33	-19%
Verzorgingshuizen ^{3,4}	66	54	-17%
Thuiszorg			
- Verzorging ²	23	26	+13%
- Verpleging ²	14	20	+43%

¹ Peildatum is oktober; ² Treeknorm: 6 weken; ³ Opname; ⁴ Treeknorm: 13 weken.

Veel gebruik van overbruggingszorg in verpleging en verzorging

Van alle ruim 54.000 wachtenden op verpleging en verzorging maken bijna 35.000 mensen (65%) gebruik van een vorm van overbruggingszorg (meestal thuiszorg). Dit maakt de wachtlijstproblematiek veel minder urgent. Het oplossen van de wachtlijst voor de verpleeghuiszorg zou circa 7.000 nieuwe plaatsen vergen (van Gameren, 2005).

Daling aantal wachtenden in de gehandicaptenzorg met 12% in 2004-2005

In de *totale* gehandicaptenzorg bleef het aantal indicaties tussen 2002 en 2003 ongeveer gelijk (37.480 respectievelijk 37.685). Het aantal cliënten dat in behandeling was steeg van 21.688 naar 23.694 (CVZ, 2005a). De afname van het aantal wachtenden bedroeg ruim 400 personen in de lichamelijke en 1.800 personen in de verstandelijke gehandicaptenzorg (zie *tabel 3.4.6*).

Tabel 3.4.6: Aantal wachtenden gehandicaptenzorg (Bron: CVZ, 2005b).

Aantal cliënten wachtend op	1-1-2003 (bron: ZRS)			1-1-2004 (bron: ZRS)			1-1-2005 (bron: AZR)		
	LG	VG	totaal	LG	VG	totaal	LG	VG	totaal
Zorg met verblijf	848	8.694	9.542	1.008	7.993	9.001	924	7.132	8.056
Zorg zonder verblijf	1.124	6.831	7.955	1.513	7.088	8.601	1.158	6.146	7.304
Totaal wachtenden	1.972	15.525	17.497	2.521	15.081	17.602	2.082	13.278	15.360

LG: lichamelijke gehandicapten; VG: verstandelijke gehandicapten.

Afname wachttijd in de gehandicaptenzorg met 40%-96% in 2000-2003

De mediane wachttijd nam in de gehandicaptenzorg de afgelopen jaren sterk af, vooral voor degenen die daadwerkelijk in zorg kwamen. Voor hen daalde de wachttijd tot minder dan één week voor dagbesteding en tot minder dan tien weken voor wonen (zie *tabel 3.4.7*). Onder deze groep zal nauwelijks meer sprake zijn van overschrijdingen van de Treeknorm. Aangenomen wordt dat de wachttijd van degenen die nog op de wachtlijst staan, geen goede indicator is van de omvang van urgente wachtproblematiek (CVZ, 2005a).

Tabel 3.4.7: Mediane wachttijd in de verstandelijke gehandicaptenzorg¹ (in weken) (Bron: CVZ 2001, 2004).

	2000	2003	verandering (in %)
Per 31 december op wachtlijst			
Wonen	73	42	-40%
Dagbesteding	45	25	-44%
Van wie zorg is gerealiseerd			
Wonen	57	10	-82%
Dagbesteding	26	1	-96%

¹ Treeknorm wonen: 13 weken; Treeknorm dagbesteding: 6 weken

Wat we niet weten

De OECD-analyse van wachtlijsten voor specifieke ziekenhuisoperaties zijn gebaseerd op gegevens uit 2000; een recentere rapportage is niet gevonden. De meeste wachtlijstregistraties zijn in 2000 gestart en kenden aanloopproblemen. Wachtlijstgegevens zijn moeilijk te interpreteren zonder verdere detailinformatie over de aard en de ernst van het wachten. Om inzicht te krijgen in het aantal urgent wachtenden is meer fundamenteel onderzoek nodig (CVZ, 2005b). Op verzoek van het Ministerie van VWS zal

het CVZ vanaf 2006 inzicht bieden in de problematische wachtlijsten in de langdurige zorg (VWS, 2005g).

Door veranderingen in wetgeving, registratiemethodiek, definities, manieren van samenvoegen en presentatie van wachtlijstgegevens is het nauwelijks mogelijk om op basis van gepubliceerde gegevens over de afgelopen jaren een goede trendanalyse te maken. Laat staan dat die analyse vergelijkbaar zou zijn tussen alle zorgsectoren. Binnen de langdurige zorg wordt de laatste hand gelegd aan een geharmoniseerde AWBZ-brede zorgregistratie (AZR).

Landelijke wachtlijstregistraties zijn in de toekomst zeker nodig om de vinger aan de pols te houden. Wachtlijsten zijn in het verleden een krachtig signaal gebleken om de toegankelijkheid van de zorg te monitoren. Er zijn problemen die de continuïteit van een aantal (wachtlijst)registraties bedreigen en de interpretatie van ontwikkelingen in wachtlijsten in de toekomst (sterk) zullen bemoeilijken. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de stopgezette landelijke wachtlijstregistratie in ziekenhuizen.

Verbeterpunten zijn:

- Garanderen van de continuïteit van de bestaande landelijke wachtlijstregistraties (bijv. de wachtlijsten voor ziekenhuiszorg).
- Verdere harmonisatie van wachtlijstregistraties en -rapportages zodat een sectoroverstijgend beeld kan worden geschetst.
- Onderzoek naar de beoordeling van de ernst van (urgente) wachtlijsten in termen van de nadelige gezondheids- en maatschappelijke effecten die het (te) lang wachten met zich meebrengt.

3.5 Is de toegankelijkheid voor iedereen naar behoefte?

Kernbevindingen

- Gezondheidsverschillen tussen hoger en lager opgeleiden zijn toegenomen (in de laatste 15 jaar)
- Lager opgeleiden gebruiken voor de meeste zorgvoorzieningen evenveel zorg als hoger opgeleiden. Zij bezoeken wel minder vaak de tandarts en psychosociale hulpverleners en nemen in geringere mate deel aan cervix screening
- Per saldo zijn de verschillen in zorggebruik naar etniciteit gering; in subgroepen is ondergebruik
- De toegankelijkheid van de zorg is vooral kwetsbaar in achterstandswijken en voor marginale groepen in de samenleving (onverzekerden, illegalen, dak- en thuislozen)
- Volgens de inspectie is de medische opvang van asielzoekers voldoende. Volgens asielzoekers zelf worden ze niet altijd serieus genomen door de zorgverleners

Waarom is toegang tot zorg naar behoefte belangrijk?

Een goede toegankelijkheid van de zorg is een voorwaarde voor een zorgverlening die past bij de behoefte van de patiënt. In de andere paragrafen in dit hoofdstuk wordt vooral ingegaan op de verschillende *barrières* die de toegang tot de zorg zouden kunnen belemmeren. In deze paragraaf ligt de nadruk op het resultaat: krijgen patiënten in principe de zorg die zij nodig hebben gezien hun gezondheidstoestand? Ook als patiënten wel toegang hebben tot zorg, maar niet tot *kwalitatief* goede zorg, is de zorg immers onvoldoende toegankelijk (*paragraaf 3.1*).

Op bevolkingsniveau is een vaak gebruikte toets voor de toegankelijkheid van de zorg, of *bevolkingsgroepen* met een verhoogde kans op een slechtere gezondheidstoestand (kwetsbare groepen) voldoende zorg krijgen. Voorzover vergelijkbare gegevens beschikbaar zijn, blijken de verschillen in gezondheidstoestand naar sociaal-economische status (ses) relatief groot in vergelijking met andere verschillen zoals burgerlijke staat, gezinssamenstelling of urbanisatiegraad (Mackenbach & Verkleij, 1997). 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 Oers, 2002). Er zijn echter meer groepen met een gemiddeld slechtere of kwetsbare gezondheidstoestand te onderscheiden, zoals alleenstaande ouderen, allochtonen, mensen woonachtig in achterstandswijken, dak- en thuislozen, asielzoekers en illegalen.

Hoe we toegankelijkheid naar behoefte vaststellen

- Vergelijking van zorggebruik onder laag en hoog opgeleiden waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen
- Vergelijking van zorggebruik onder de allochtonen en autochtone bevolking, waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen
- Zorggebruik in achterstandswijken van grote steden en van marginale groepen
- Tevredenheid van asielzoekers over de medische opvang

In deze paragraaf concentreren we ons op een beperkt aantal maatschappelijk kwetsbare bevolkingsgroepen. Samen kunnen zij een indruk geven hoe de Nederlandse gezondheidszorg gericht is op de zorg voor deze burgers.

De stand van zaken

Toegenomen gezondheidsverschillen tussen hoger en lager opgeleiden

De Tweede Nationale Studie (uitgevoerd in 2001) constateert dat mensen met een lagere ses (gemeten aan opleidingsniveau) hun eigen gezondheid slechter beoordelen en gemiddeld meer acute klachten, meer chronische aandoeningen en een slechtere ervaren gezondheidstoestand rapporteren dan mensen met een hoge ses (Braspenning et al., 2004). De sociaal-economische verschillen in ervaren en geestelijke gezondheidstoestand en in het voorkomen van diabetes zijn toegenomen in vergelijking met de Eerste Nationale Studie in 1987 (Groenewegen et al, 1992). Onder laag opgeleiden nam het percentage met een matige ervaren gezondheid toe van 29% naar 38%, onder hoog opgeleiden van 9% naar 11%. Het percentage met een minder goede geestelijke gezondheid (GHQ-score ≥ 2) nam onder laag opgeleiden toe van 17% naar 26%, en onder hoog opgeleiden van 19% naar 24%. Het percentage diabetes (zelfrapportage)

nam onder laag opgeleiden toe van 5% naar 10% en onder hoog opgeleiden van 1% naar 2% (van Lindert et al., 2004; RIVM, 2006b).

Zorggebruik lager en hoger opgeleiden voor meeste zorgvoorzieningen ongeveer gelijk

Gegeven de genoemde verschillen in gezondheid is het te verwachten dat het zorggebruik onder lager opgeleiden hoger is. Dat blijkt ook het geval, met name voor de huisarts (statistisch significant). Ook voor andere zorgverleners, zoals de fysiotherapeut, de thuiszorg en de specialist, ziekenhuisopname en voorgeschreven medicijnen is het gebruik hoger, maar deze verschillen zijn statistisch niet significant.

Na correctie voor andere demografische verschillen en voor verschillen in ervaren gezondheid, blijft het zorggebruik in een aantal gevallen bij laag opgeleiden hoger dan bij hoog opgeleiden, maar wordt het verschil wel kleiner (huisarts, fysiotherapeut, thuiszorg). In andere gevallen wordt het gebruik van lager opgeleiden gelijk aan (ziekenhuisopname) of zelfs kleiner (medisch specialist, voorgeschreven medicijnen) dan dat van hoog opgeleiden. Bij geen van de verschillen is er nog sprake van statistische significantie (zie *tabel 3.5.1*). Er lijkt voor de meeste zorgvoorzieningen dus geen verschil in volume van gebruik van zorg tussen laag en hoog opgeleiden, als we rekening houden met hun ervaren gezondheidstoestand.

Er is in de onderzoeksliteratuur wel discussie over de toegankelijkheid van specialistische zorg voor groepen met een lagere ses. Enkele studies tonen aan dat mensen met een lagere ses minder vaak medisch specialisten bezoeken (van der Meer, 1998; Doorslaer et al., 2004). In de Tweede Nationale Studie wordt géén verschil gevonden in het aantal hoog en laag opgeleiden dat de specialist bezoekt (van Lindert et al., 2004). Internationaal vergeleken (gegevens uit 1996) zijn de verschillen in toegankelijkheid van de specialist, gecorrigeerd voor ervaren gezondheid, in Nederland klein (van Doorslaer et al., 2004).

Lager opgeleiden wel minder vaak naar tandarts en psychosociale hulpverleners en minder deelname aan cervix screening

Lager opgeleiden maken van sommige zorgvoorzieningen minder gebruik dan hoger opgeleiden. Dat geldt in het bijzonder voor de tandarts, psychosociale hulpverleners en het laten maken van een uitstrijkje in het kader van preventie van cervixkanker (zie *tabel 3.5.1*).

Er zijn signalen dat het gebruik van de tandarts de laatste jaren vermindert. Het aantal *ongevulde* gaatjes is bij jeugdige ziekenfondsverzekerden de laatste jaren toegenomen (Abbink & den Dekker, 2005). Ook het aantal opnamen in ziekenhuizen vanwege gebitsafwijkingen (met name cariës) nam in 1995-2003 met ongeveer 70% toe. Het betreft hoofdzakelijk dagopnamen vanwege tandcariës. In ongeveer de helft van de gevallen gaat het om kinderen beneden de 10 jaar. Dit zou mogelijk kunnen wijzen op een toename van het aantal kinderen met een zeer slechte gebitstoestand. Het aantal opnamen voor cariës is overigens in absolute zin laag (CBS, 2005b).

Tabel 3.5.1: Zorggebruik van personen ouder dan 25 jaar naar opleidingsniveau in 2001 (%) (Bron: van Lindert et al., 2004).

	Opleidingsniveau			OR	
	Laag	Mid- den	Hoog	Gecorrigeerd voor demografie ^{7,8,9}	Gecorrigeerd voor demogra- fie en ervaren gezondheid ^{7,8,9}
Huisarts ¹	51	42	36	1,4	1,2
Fysiotherapeut ²	16	16	14	1,3	1,1
Thuiszorg ²	14	6	3	1,3	1,1
Tandarts ²	39	76	86	0,2	0,2
Medisch specialist ¹	26	21	19	1,1	0,9
Opname ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum ²	11	7	6	1,2	1,0
Psychosociale hulpverlener ³	15	20	30	0,5	0,5
RIAGG ^{2,10}	2	1	1	-	-
AMW ²	2	1	1	-	-
Vrijgevestigd psycholoog ²	1	2	3	-	-
Alternatieve behandelaar ²	5	7	9	0,7	0,6
Medicijnen voorgeschreven ⁴	23	16	13	1,3	1,0
Voorgeschreven medicijnen gebruikt ⁴	70	47	40	1,2	0,9
Vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt ⁴	33	39	39	1,0	1,1
Griep prik ³ (45-64 jaar)	37	30	26	-	-
Griep prik ³ (65-74 jaar)	83	82	82	-	-
Uitstrijke ⁵ (vrouwen 30-59 jaar)	75	82	85	0,5	0,6
Röntgenfoto's borst ⁶ (vrouwen 18 jaar en ouder)	46	38	29	0,8	0,8

¹ Afgelopen 2 maanden; ² Afgelopen jaar; ³ Ooit; ⁴ Afgelopen 2 weken; ⁵ Afgelopen 5 jaar; ⁶ Afgelopen 2 jaar; ⁷ OR >1: laag opgeleiden gebruiken *meer* zorg dan hoog opgeleiden; OR <1: laag opgeleiden gebruiken *minder* zorg dan hoog opgeleiden; ⁸ Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau; ⁹ Vetgedrukt: statistisch significant p < .05; ¹⁰ Ook gecorrigeerd voor GHQ-score (indicator psychische klachten).

De algemene conclusie is dat er rond 2000-2004 alleen voor enkele zorgvoorzieningen duidelijke aanwijzingen zijn voor een lager zorggebruik onder Nederlanders met een lage ses.

Geringe verschillen in zorggebruik naar etniciteit; in subgroepen is ondergebruik

Allochtonen rapporteren meer ongezondheid dan autochtonen. Bij de beoordeling van hun zorggebruik moet hiermee rekening gehouden worden. In de Tweede Nationale Studie zijn vier groepen allochtonen ondervraagd: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. In de twee maanden voor het onderzoek bezocht ongeveer 50% van de allochtone inwoners uit deze vier groepen de *huisarts*. Onder autochtone Nederlanders lag dit percentage op ongeveer 40% (zie tabel 3.5.2). Als rekening wordt gehouden met

verschillen in leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding en gezondheid, worden deze verschillen kleiner. Er blijven dan alleen aanwijzingen over dat Turken en Marokkanen vaker de huisarts bezoeken (Droomers et al., 2005).

Tabel 3.5.2: Verschillen in zorggebruik (ongecorrigeerd) tussen allochtone groepen van 18 jaar en

	Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
Huisarts (afgelopen 2 maanden)	41,8	52,2	46,9	53,3	48,4
Medisch specialist (afgelopen jaar)	41,3	57,4	44,3	54,1	58,3
Fysiotherapeut (afgelopen jaar)	16,4	13,9	12,6	20,2	11,4
Ziekenhuisopname (afgelopen jaar)	7,3	7,6	6,8	6,4	9,2
Thuiszorg (afgelopen jaar)	6,3	3,9	2,3	4,8	6,7
Voorgescreven medicijnen (2 weken)	47,2	38,4	35,9	52,4	41,1
Vrij verkrijgbare medicijnen (2 weken)	37,8	31,3	31,1	37,4	38,9

Vetgedrukt: Significant afwijkend van de autochtone groep

In het afgelopen jaar bezocht ruim 50% van de allochtone inwoners uit de vier onderzochte groepen de medisch specialist. Onder autochtone Nederlanders lag dat percentage op 41% (zie tabel 3.5.2). Het specialistenbezoek is relatief laag onder Marokkanen. Oudere Turken en Marokkanen bezoeken uiteindelijk *minder* vaak de medisch specialist dan Nederlandse 55-plussers als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen en gezondheid tussen allochtone en autochtone groepen (niet in tabel). Voor deze groepen uit de eerste generatie allochtonen zou dit erop kunnen wijzen dat het zorggebruik niet overeenkomstig hun behoefte aan zorg is. Voorheen werden er weinig tot geen verschillen tussen allochtonen en autochtonen betreffende hun bezoek aan een medisch specialist gevonden. De situatie lijkt dus – met uitzondering van oudere Turken en Marokkanen – verbeterd te zijn (Droomers et al., 2005).

Allochtonen maken over het algemeen minder vaak gebruik van fysiotherapie, thuiszorg en medicijnen dan Nederlanders. Met name Marokkanen maken weinig gebruik van deze zorg. De bevinding van een lager medicijngebruik onder allochtonen is nieuw. Eerdere studies wezen veelal op een hoger medicijngebruik onder allochtonen. Hier is nog geen verklaring voor (Droomers et al., 2005). De VTV-2006 geeft een completer beeld van het (lagere) zorggebruik van allochtonen (RIVM, 2006).

Toegankelijkheid van zorg kwetsbaar in achterstandswijken en voor marginale groepen

Met de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen leek het rond 2000 redelijk gesteld te zijn, concludeert een onderzoek onder 245 huisartsen, 110 verloskundigen en 72 spoedeisende hulpafdelingen (Kulu Glasgow et al., 2000). Toch is die toegankelijkheid kwetsbaar en variabel. Slechts een deel van de hulpverleners is bereid illegalen te helpen. In wijken waar veel illegalen een beroep deden op de hulpverlening zijn er hulpverleners die helemaal geen contact hebben met illegalen en aan de andere kant

hulpverleners die juist veel contacten hebben. Een deel van de huisartsen en spoedeisende hulpafdelingen beperkt zich bewust tot 'medisch noodzakelijke zorg' of eist eerst financiële garantstelling. De afhankelijkheid van een kleine groep illegaal-vriendelijke hulpverleners betekent ook kwetsbaarheid. Van de noodzakelijk geachte verwijzingen naar de tweede lijn werd 20%-25% niet gerealiseerd (Kulu Glasgow et al., 2000).

Het is niet verwonderlijk dat in achterstandswijken van grote steden waar veel mensen wonen die deel uitmaken van kwetsbare bevolkingsgroepen (zowel in gezondheid als anderszins), de zorgverlening omvangrijker, diverser en complexer is dan elders en de toegang tot goede zorg eerder onder druk staat. Het betreft niet alleen de bewoners van de achterstandswijken, maar ook marginale groepen zoals onverzekerden, illegalen en zwervers (Verkleij & Verheij, 2003). Rond 2000 kreeg 60% van de dak- en thuislozen niet de hulp die zij naar het oordeel van de hulpverleners nodig hadden (Wolf et al., 2002). In sociaal isolement levende verkommerden en verloederden die thuis wonen en daardoor minder zichtbaar zijn, en onder vereenzaamde bejaarden vinden velen de weg niet naar de hulpverlening (Wolf et al., 2002; Hortulanus et al., 2003).

Toegankelijkheid van medische opvang van asielzoekers voldoende, volgens de inspectie

Er zijn enkele onderzoeken bekend naar de medische zorg aan asielzoekers. Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen rapporteren een (veel) slechtere gezondheidstoestand dan de autochtone en allochtone bevolking. Uit de medische dossiers blijkt dat het zorggebruik vergelijkbaar is met de Nederlandse bevolking (Gerritsen et al., 2005). De geïnterviewde asielzoekers hadden gemiddeld 10,9 contacten per jaar met de verpleegkundige van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) en 3,2 met de huisarts. Of de contacten met de MOA-verpleegkundige juist tot een efficiënter gebruik van de huisartsenzorg leiden of een extra drempel vormen en dus tot ondergebruik leiden is onduidelijk (Gerritsen et al., 2005).

Uit een ander onderzoek blijkt dat asielzoekers gemiddeld evenveel spreekuurminuten bij de huisarts per jaar 'gebruiken' als autochtone ziekenfondspatiënten. De Opvang- en Onderzoekscentra (OC's) vormen een uitzondering, daar besteden huisartsen dubbel zoveel tijd. De zorg voor asielzoekers kost wel extra 'organisatorische' tijd voor de huisarts. Inhoudelijk wordt het werk verder extra belast door de veel grotere proportie aan psychische problematiek, de moeilijke communicatie en de emotionele belasting (van Oort et al., 2003).

Het oordeel van de IGZ over de toegankelijkheid van de MOA in een onderzoek in 2002 is over het geheel genomen positief. De inspectie maakte wel enkele kritische kanttekeningen: in enkele gevallen besluiten huisartsen telefonisch over de behandeling zonder dat mogelijkheid tot consult of visite wordt aangeboden, de afspraken over de bereikbaarheid van de huisarts worden onvoldoende vastgelegd, en de toegankelijkheid is vooral te danken aan de grote inzet van de individuele hulpverleners (IGZ, 2003b).

De uitkomsten van een pilotonderzoek geven aan dat sommige asielzoekers ontevreden zijn over de bereikbaarheid (openingstijden van de MOA-balie), de bruikbaarheid van de gegeven voorlichting, het begrip van en voor hun vragen door de MOA-medewerker tijdens een persoonlijk contact en over het resultaat van persoonlijk contact (Thomas & van Wieringen, 2002).

Wat we niet weten

In deze paragraaf is van enkele kwetsbare bevolkingsgroepen nagegaan hoe de toegankelijkheid van de zorg feitelijk is. Er is niet nagegaan of er verschillen zijn in de kwaliteit van de ontvangen zorg. Dat zou een (veel) uitgebreidere analyse vergen. Een (internationaal) voorbeeld van zo'n analyse is het Amerikaanse National Health Care Disparities Report (AHRQ, 2004a). In Nederland ontbreken hiervoor de noodzakelijke gegevens.

De commissie Albeda constateerde in 2001 op basis van een overzicht van tien jaar onderzoek dat de toegang tot de zorg voor groepen met een lage ses goed was, en deed de aanbeveling deze toegankelijkheid te blijven monitoren (Programmacommissie SEGV-II, 2001). De monitor gezondheidsachterstanden biedt hiervoor een mogelijkheid voor op voorwaarde dat deze ook op zorggebruik wordt gericht. Gezondheids-enquêtes (zoals POLS) zijn een goede informatiebron om gegevens over zorgbehoefte, zorggebruik en sociaal-demografische kenmerken van bevolkingsgroepen met elkaar in verband te brengen en te monitoren. POLS leent zich ook voor goede trendanalyses over de afgelopen decennia. Daarnaast zal meer en meer gebruik gemaakt kunnen en moeten worden van koppeling van databestanden.

Er zijn de afgelopen jaren goede incidentele onderzoeken geweest om een indruk te verkrijgen van het zorggebruik onder de allochtone bevolking. Er is behoefte om de enquêtes onder allochtonen met regelmaat te herhalen en aan te vullen, zowel naar andere allochtone groepen als naar behandelde onderwerpen. De bestaande onderzoeken leveren geen informatie over het gebruik van preventieve zorg, kraamzorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg onder allochtonen, noch over ervaren knelpunten in de zorgverlening.

In de volgende Zorgbalans verdient het aanbeveling na te gaan hoe de toegankelijkheid van de (eerstelijns)zorg in achterstandswijken en voor marginale groepen zich ontwikkelt. Dit vergt herhaling van incidentele onderzoeken en analyses die hiernaar gedaan zijn.

3.6 Hoe is de financiële toegankelijkheid van zorg?

Kernbevindingen

- Bijna alle Nederlanders waren in 2003 verzekerd voor ziektekosten, wel nam het aantal niet verzekerden vanaf 2000 toe tot 1,4% in 2004

- De kosten van zorg voor Nederlanders stegen in de periode 1998-2004 met 58%; alleen volumestijging zou geleid hebben tot een stijging van 21%
- In 2004 maakte 56 procent van de chronisch zieken die hier voor in aanmerking kwam gebruik van de buitengewone uitgaven regeling voor belastingaftrek
- Chronisch zieken hadden in de periode 1997-2003 bovenop hun ziektekostenpremie jaarlijks gemiddeld 500 euro extra uitgaven in verband met ziekte
- De rijkste helft van Nederland betaalt circa tweederde van de zorguitgaven.

Waarom is financiële toegankelijkheid belangrijk?

Financiële toegankelijkheid is een basisvoorwaarde voor het functioneren van een zorgsysteem. Wanneer burgers vanwege kosten afzien van noodzakelijke zorg, kan dit hun gezondheid schaden. 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 (VWS, 2003a; VWS, 2005a). De laatste jaren doet de overheid een toenemend beroep op de eigen financiële verantwoordelijkheid van de burger om de stijgende zorgkosten te beteugelen. Stijgende zorgkosten worden daarom niet altijd volledig gecompenseerd (VWS, 2003a).

Deze paragraaf concentreert zich vanwege de bovengenoemde primaire beleidsdoelstelling op de mogelijke omvang van financiële belemmeringen voor zorggebruik. Zorg wordt volgens internationale definities 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 (USDHHS, 2000; Schoen et al., 2004, 2005b; Salganicoff et al., 2005).

In deze paragraaf worden indicatoren gebruikt die verschillende aspecten van financiële toegankelijkheid belichten. Allereerst is het verzekerd-zijn tegen ziektekosten een belangrijke garantie voor financiële toegang tot de zorg. Een tweede, internationaal veel gebruikte indicator is de mate waarin (groepen) burgers de kosten van medische zorg al dan niet als een belemmering ervaren om gebruik te maken van noodzakelijk geachte zorg. Een derde indicator is het aandeel van het netto-inkomen dat burgers direct of indirect in verband met ziekte uitgeven, rekening houdend met compenserende overheidsmaatregelen. Tot slot is er het begrip financiële solidariteit dat de mate uitdrukt waarin mensen met een hoog inkomen meebetalen aan de zorg voor mensen met een laag inkomen.

Hoe we financiële toegankelijkheid vaststellen

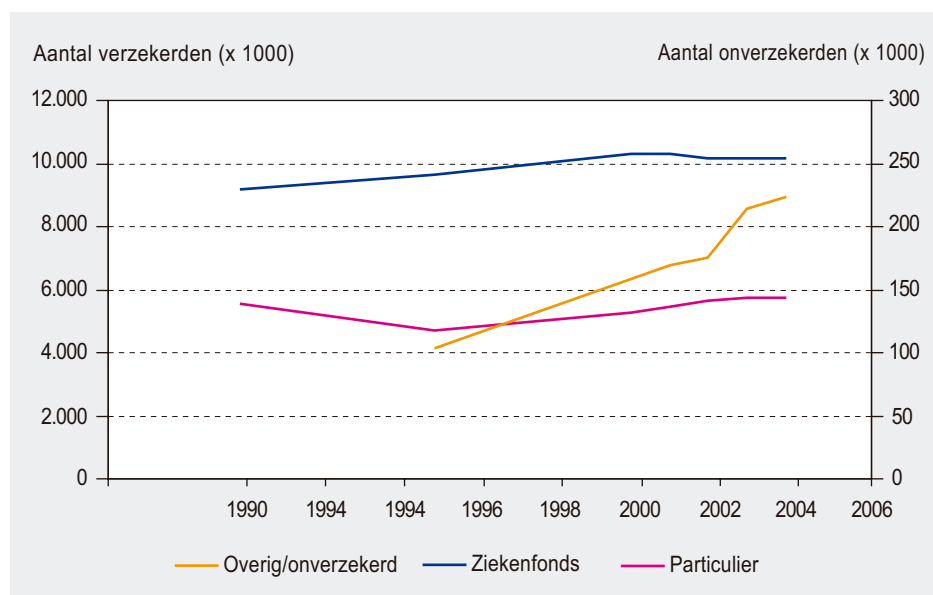
- Verzekeringsstatus van de bevolking, waaronder het aantal onverzekerden
- Zorgkosten per burger
- Omvang eigen bijdragen en eigen betalingen

- Belastingteruggaven wegens ziektekosten
- Extra zorgkosten die chronisch zieken maken
- Gebruik van financiële compensatieregelingen door chronisch zieken
- Percentage van het gezinsinkomen dat uitgegeven wordt aan ziektekosten, uitgesplitst naar hoge en lage inkomensgroepen
- Aandeel van totale zorgkosten in Nederland dat betaald wordt door hoge en lage inkomensgroepen (inkomenssolidariteit in de zorg)

De stand van zaken

Bijna alle Nederlanders in 2003 verzekerd voor ziektekosten

In 2003 waren ruim tien miljoen mensen verzekerd bij een ziekenfonds en 5,7 miljoen mensen waren particulier verzekerd. Het aantal onverzekerden bedroeg in 2004 naar schatting 223.000 (1,4% van de bevolking). Dit aantal is verdubbeld sinds 1995. Toen bedroeg het aantal onverzekerden 103.000 (0,7%) (zie *figuur 3.6.1*). Over de samenstelling van de groep onverzekerden is zeer weinig bekend. Een deel is slechts tijdelijk onverzekerd. Anderen worden geweigerd vanwege achterstallige premiebetalingen of voldoen niet aan de toelatingseisen. Rond de 5.000 personen hebben zich op religieuze gronden niet verzekerd. Jongeren tussen de 15 en 30 jaar zijn het vaakst niet geregistreerd bij ziektekostenverzekeraars (Vektis, 2005a). Volgens de VWS-Werkgroep onverzekerden bestaat de grootste groep van de huidige onverzekerden uit zelfstandigen, freelancers en miljonairs en vormen dak- en thuislozen slechts een klein deel van de huidige onverzekerden (VWS, 2005d). Ook in dat rapport is de samenstelling van de groep onverzekerden niet becijferd.



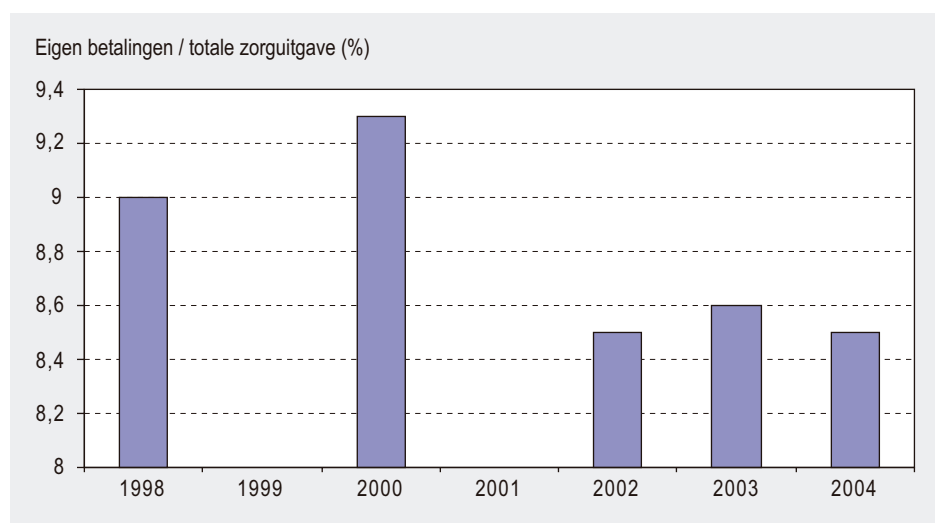
Figuur 3.6.1: Aantal personen (on)verzekerd voor ziektekosten naar soort verzekering, per 30 juni 1990-2004 (Bron: Vektis, 2004, 2005b; CBS-Statline, 2005a).

Stijgende kosten van zorg per Nederlander

De kosten van de gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren sterk gestegen, zowel in absolute zin als in percentage van het nationaal inkomen (zie *paragraaf 4.2*). Dit uit zich in stijgende premies van ziektekostenverzekeringen, in hogere AWBZ-premies, en in de toename van eigen bijdragen en eigen betalingen als gevolg van beperkende pakketmaatregelen. De wettelijke zorgpremie van de modale werknemer steeg in de periode 1997-2003 met bijna 80%, terwijl het inkomen van diezelfde werknemer met 25% toenam (VWS, 2003a). Volgens de CBS Zorgrekeningen bedroegen de zorguitgaven per burger in 2004 alleen al als gevolg van volumestijgingen 21% meer dan in 1998 (CBS, 2006b). Rekening houdend met prijsstijgingen tussen 1998 en 2004 is dit zelfs 58%.

Toename macrobedrag aan eigen betalingen, lichte afname relatief aandeel in 1998-2004

Eigen betalingen (onder andere in de vorm van eigen bijdragen) vormen een onderdeel van de totale uitgaven aan zorg. De eigen betalingen namen toe van 3.575 miljoen euro in 1998 tot 5.128 miljoen euro in 2004. Het aandeel van de eigen betalingen in het totaal van de zorguitgaven nam echter iets af: van 9% in 1998 naar 8,5% in 2004 (zie *figuur 3.6.2*). Het aandeel van de eigen betalingen in Nederland is laag in vergelijking met andere EU-landen, zoals bijvoorbeeld Spanje en Italië, waar dit aandeel in 1998 omstreeks 25% bedroeg (VWS/FIN, 2003).



Figuur 3.6.2: Aandeel eigen betalingen in de zorg (%) (Bron: Smit et al., 2006).

Chronisch zieken jaarlijks gemiddeld 500 euro extra uitgaven door ziekte

Tachtig procent van alle chronisch zieken maakte in 2003 bovenop hun ziektekostenpremie 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 mantelzorg. Het gemiddelde bedrag van de chronisch zieken die extra kosten maakten, bedroeg ruim 600 euro. Omgelagen over alle chronisch zieken lag dit bedrag op ongeveer 500 euro (Rijken, 2004). Als gevolg van veranderingen in de PPCZ-enquête zijn gegevens over een langere tijd alleen vergelijkbaar als uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen buiten beschouwing blijven. Over de periode 1997-2002 fluctueerden de zorggerelateerde uitgaven van chronisch zieken enigszins. Er is echter geen sprake van een duidelijke toe- of afname van de eigen uitgaven over deze periode. De laatste jaren is het gemiddelde inkomen van chronisch zieken niet of nauwelijks gestegen.

Voorals chronisch zieken met meerdere lichamelijke beperkingen zijn financieel kwetsbaar. Zij hebben gemiddeld een lager inkomen dan andere chronisch zieken. Het gemiddelde netto equivalent inkomen van chronisch zieken met drie of meer lichamelijke beperkingen bedroeg in 2004 1130 euro per maand. Onder chronisch zieken zonder beperkingen was dat 1370 euro. Daarnaast hebben zij ook hogere uitgaven samenhangend met hun ziekte of handicap. In 2003 had ruim 80% van de chronisch zieken met drie of meer lichamelijke beperkingen dergelijke uitgaven, die gemiddeld bijna 800 euro bedroegen (Rijken, 2004).

Nog geen optimaal gebruik van belastingaftrek door chronisch zieken en gehandicapten

De belastingteruggaven bijzondere zorgkosten maken onderdeel uit van maatregelen om de financiële toegankelijkheid van zorg (gedeeltelijk) te waarborgen. In 1998 is in totaal voor 800 miljoen euro door de belastingdienst goedgekeurd als aftrekposten bijzondere zorgkosten. In 2001 was dat bedrag opgelopen tot 1.545 miljoen euro (FIN, 2003). Deze toename is een gevolg van de gestegen zorgkosten en wijst mogelijk op een toename van het aantal burgers dat afhankelijk was van deze compensatie. De bekendheid met én het gebruik van de buitengewone uitgaven (BU) regeling voor belastingaftrek nam in 2003 duidelijk toe (Rijken, 2004), maar is nog niet optimaal. In 2003 maakte 44% van de chronisch zieken en gehandicapten die daarvoor in aanmerking kwamen, nog géén gebruik van deze regeling (Rijken, 2004; Janssens et al., 2005). Voor 2004 is dat beeld hetzelfde (Rijken & Janssens, 2005).

De rijkste helft van Nederland betaalt circa tweederde van de zorguitgaven

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg constateert over houdbare solidariteit dat de hoeveelheid inkomenssolidariteit in het zorgstelsel de afgelopen vijftien tot twintig jaar relatief stabiel is gebleven (RVZ, 2005a). Verder wijst de RVZ op een toename van de risicosolidariteit tussen 2000 en 2004. Hoe Nederland het op dit punt doet in vergelijking met andere West-Europese landen is voor 2004 niet aan te geven omdat actuele gegevens ontbreken. Analyses over de negentiger jaren laten zien dat de financiële solidariteit met betrekking tot de zorgkosten in Nederland minder sterk was dan in andere West-Europese landen zoals Groot-Brittannië, Finland, Italië, Frankrijk, Duitsland en België, maar groter dan in Zwitserland, Polen en Griekenland (Jansen & van Doorslaer, 2002; de Graeve & van Ourti, 2003).

Wat we niet weten

In deze paragraaf is gebruik gemaakt van gegevens uit verschillende bronnen, waaronder de verzekerden monitor, het Chronisch Zieken Panel, het budgetonderzoek, de nationale rekeningen en belastinggegevens. Desondanks kon deze indicator niet volledig 'gevuld' worden. Er is alleen voor chronisch zieken een redelijk goed inzicht in welke mate zij de afgelopen jaren financiële drempels ervaren hebben bij de toegang tot de zorg. Goede tijdsreeksen en internationale vergelijkingen ontbreken voor meerdere indicatoren. Er is niet ingegaan op de effecten van beperkingen in de financiële toegankelijkheid op feitelijk zorggebruik en de gezondheidstoestand. Er zijn enkele onderzoeken die hier mogelijk op wijzen, zoals het verminderde gebruik van thuiszorg na de verhoging van eigen bijdragen (Baanders, 2004; Vernhout et al., 2004) en de toename van het aantal afgebroken behandelingen na de verwijdering van fysiotherapie uit het basispakket (Swinkels & van der Ende, 2004, Swinkels et al., 2005).

De stelselherziening die per 1 januari 2006 is ingevoerd, bevat veel maatregelen in de financiële sfeer. De in deze paragraaf gehanteerde indicatoren zijn er nog onvoldoende op toegerust om de belangrijke veranderingen die met de stelselwijziging verband houden, goed te monitoren voor wat betreft de financiële toegankelijkheid voor financieel kwetsbare groepen. Een aantal veranderingen en verbeteringen lijkt mogelijk:

- Veel partijen kijken met bijzondere aandacht naar de ontwikkeling van het aantal onverzekerden. De overheid acht monitoring op dit punt van groot belang (VWS, 2005d).
- Om verschillende typen onverzekerden te kunnen onderscheiden lijken aanpassingen in de operationele definities van onverzekerd en *onderverzekerd* in de verzekerdenmonitor wenselijk; met name ontbreken op dit moment gegevens over de mate waarin burgers aanvullend verzekerd zijn en de hoogte van eigen risico's.
- Het is onbekend in hoeverre financiële kosten voor burgers een *belemmering* vormen voor zorggebruik (uitgesplitst naar verzekeringsstatus en inkomen). Er zijn goede voorbeelden van internationaal onderzoek op dit punt.
- Er zijn wel incidentele onderzoeken naar de zorguitgaven van burgers in relatie tot hun inkomen en het gebruik van alle verschillende landelijke en gemeentelijke compenserende maatregelen, maar continuïteit daarin ontbreekt. Het lijkt daarom wenselijk dat de zorguitgaven naar gezinsinkomen beter in kaart worden gebracht, onder andere gespecificeerd naar de uitgaven voor de ziektekostenverzekering (basis en aanvullende) en de eigen betalingen. Om dit beeld compleet te maken is inzicht nodig in het gebruik en de omvang van landelijke en gemeentelijke compensatieregelingen, zoals de zorgtoeslag, teruggaven van de no-claim regeling, de fiscale aftrekregeling wegens bijzondere ziektekosten, de gemeentelijke bijstandsregeling en de tegemoetkomingen vanuit de Wvg en straks de Wmo.
- Onderzoek lijkt wenselijk naar de gevolgen van de stelselwijziging en andere financiële maatregelen voor het feitelijke *zorggebruik* en de mogelijke gevolgen voor de *gezondheid*. Daartoe zal een systematisch overzicht beschikbaar moeten zijn van inkrimpingen én uitbreidingen van het basispakket.
- Er ontbreekt actueel inzicht in de inkomenssolidariteit in de zorg vergeleken met andere landen. De gegevens en de expertise om deze te analyseren zijn beschikbaar.

De samenstelling en de interpretatie van de solidariteitsindex vereisen aanpassing wanneer basispakket en aanvullende pakketten meer uit elkaar gaan lopen. Om deze onderwerpen goed aan te kunnen pakken is een combinatie van enquête(s) onder burgers en registraties vereist, evenals koppeling van gegevensbestanden. Er zullen prioriteiten gesteld dienen te worden in deze lijst van wenselijkheden.

3.7 Hoe is de geografische bereikbaarheid en regionale spreiding van zorg?

Kernbevindingen

- De nabijheid van zorgvoorzieningen en zorgverleners in de Randstad en grote steden is groter dan in de rest van het land
- Het verschil in aanbod tussen de regio met de hoogste en laagste dichtheid, en daarmee het verschil in bereikbaarheid, is klein voor huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, en verzorgings- en verpleeghuizen. De verschilfactor tussen de diverse regio's varieert tussen 1,3 en 2,5
- Voor verloskundigen, dagbehandelingsplaatsen in verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg is de spreiding tussen regio's groter. De verschilfactor voor deze zorgvoorzieningen bedraagt meer dan een factor 4

Waarom zijn bereikbaarheid en spreiding van zorg belangrijk?

Hoe meer zorgvoorzieningen in een bepaald gebied aanwezig zijn, des te beter is deze zorg voor inwoners in de omgeving bereikbaar. Als er meer dan één zorgvoorziening in de nabijheid beschikbaar is, dan is in principe ook de mogelijkheid om te kiezen tussen voorzieningen aanwezig.

Voorkeuren en professionele normen voor geografische bereikbaarheid en spreiding verschillen naar type zorg. Dat heeft voor een belangrijk deel te maken met de functie van de voorziening en het aantal patiënten dat er gebruik van maakt en de optimale schaalgrootte van de voorzieningen die daar het gevolg van is. Vooral voorzieningen voor acute zorg, eerstelijns- en preventieve voorzieningen waar veel mensen vaak een beroep op doen, dienen goed bereikbaar te zien (zie *paragraaf 3.3*).

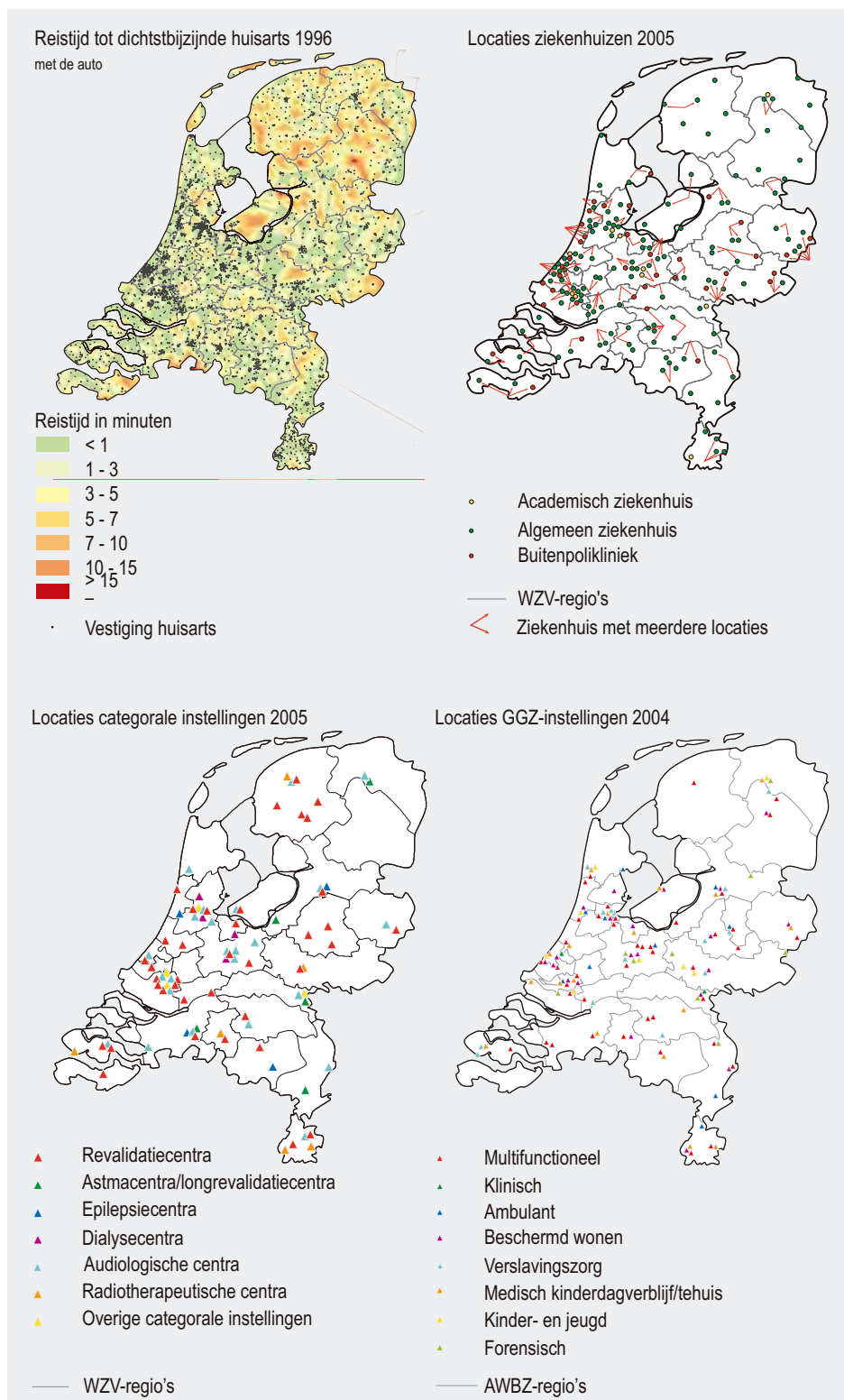
Hoe we bereikbaarheid en spreiding van zorg vaststellen

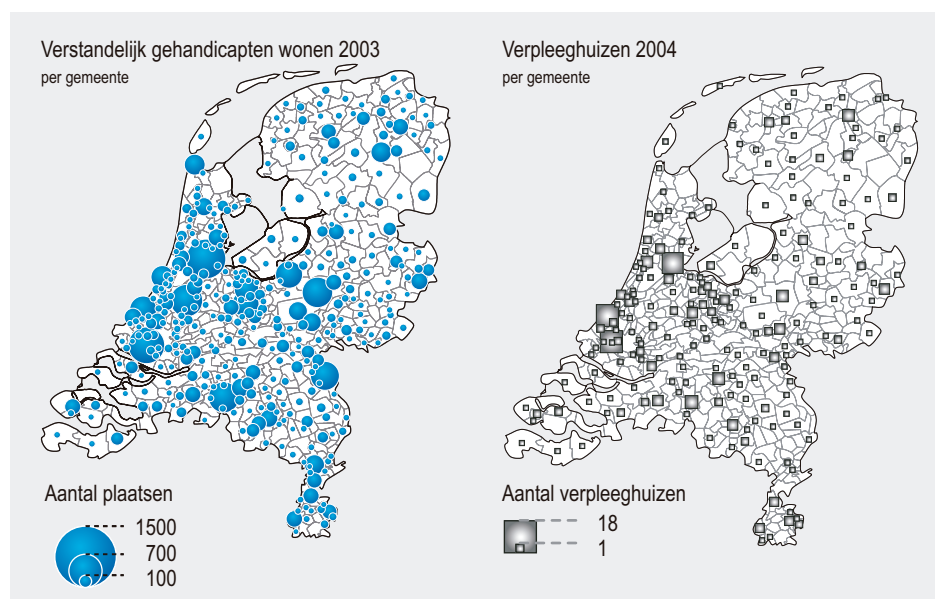
- Nabijheid van voorzieningen, uitgedrukt in benodigde reistijd, dan wel aantal zorglocaties per gemeente of regio
- Aantal extra- en intramurale voorzieningen per regio per 10.000 inwoners

De stand van zaken

Zorgvoorzieningen en zorgverleners in Randstad en grote steden dichterbij dan in rest van het land

Figuur 3.7.1 toont de nabijheid en locaties van een aantal zorgvoorzieningen uit verschillende zorgsectoren. Samen geven zij het beeld dat er een grotere dichtheid van zorgvoorzieningen en zorgverleners is in de Randstad en de grote steden. Dat zal vaak





Figuur 3.7.1: Nabijheid zorgvoorzieningen uitgedrukt in reistijd, aantal locaties of aantal zorgvoorzieningen per regio of gemeente (Bron: RIVM 2004b,c; 2005b-e).

betekenen dat de reistijd van bewoners van steden en de Randstad naar zorgvoorzieningen in de stedelijke gebieden kleiner is. De verkeers- en openbaarvervoerssituatie in de stad en het platteland heeft echter ook een grote invloed op de benodigde reistijd. Dit hoeft niet altijd in het voordeel van stadsbewoners uit te pakken.

Voor ziekenhuizen is de vuistregel een maximum van 30 minuten reistijd met de auto. Dit is de wens van de Tweede Kamer en blijkt uit de Wet ziekenhuisvoorzieningen (CBZ, 2002). Daarbij gaat men ervan uit dat iedere patiënt de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie bezoekt. Voor het grootste deel van de bevolking waren ziekenhuizen in 2001 veel sneller bereikbaar dan deze vuistregel: volgens modelmatige berekeningen zou in dat jaar 63% van de bevolking binnen 10 minuten het dichtstbijzijnde ziekenhuis kunnen bereiken. Ongeveer 0,4% van de bevolking zou langer dan 30 minuten onderweg zijn. Het gaat voornamelijk om de Waddeneilanden, Zuidwest-Friesland en Noord-Groningen.

Regionale verschillen in zorgaanbod afhankelijk van type zorgvoorziening

Regionale verschillen in de omvang van het zorgaanbod zijn van invloed op de geografische nabijheid van zorgvoorzieningen. Tabel 3.7.1. geeft een overzicht voor een aantal zorgvoorzieningen. Om een grove eerste vergelijking te maken zijn regio's van een onderling redelijk vergelijkbare schaal grootte gekozen. Dit schaalniveau is niet voor alle zorgvoorzieningen even relevant. Voor de huisarts zou bijvoorbeeld een fijnere gebiedsindeling zoals wijken of gemeenten de voorkeur verdienen.

Op het gekozen schaalniveau blijken de regionale verschillen in zorgaanbod relatief gering voor de huisarts (1,3), tandarts (2), fysiotherapeuten in fte (2,2), het aantal bedden in verpleeg- en verzorgingshuizen (2,1-2,4), en het aantal plaatsen voor dagbehandeling in de verstandelijk gehandicaptenzorg (2,3), gemeten door het verschil in aanbod te bepalen tussen de regio met het hoogste en het laagste aanbod. De (maximale) verschilfactor bedraagt voor deze voorzieningen 1,3 tot 2,4. De verschilfactoren zijn groter voor verloskundigen (factor 6 of meer), de woonfunctie in de verstandelijk gehandicaptenzorg (factor 4,4) en de zorg voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten (factor 4,6 of meer) (zie tabel 3.7.1).

Het verschil voor verloskundigen lijkt op het eerste gezicht groot. Op basis van deze gegevens alleen is echter geen uitspraak te doen of er sprake is van regionale tekorten. Dat hangt af van de omvang van de regionale vraag naar deze zorg, de aanwezige noodzaak om snel een beroep te kunnen doen op de zorg en de aanwezigheid van andere zorgvoorzieningen die dezelfde zorg kunnen leveren (in dezelfde of naastlig-

Tabel 3.7.1: Regionale verschillen in zorgaanbod.

	Hoogste regio	Laagste regio	Vershilfactor	Soort Regio ¹	Noemer (aantal inwoners)	Jaar
Huisarts	5,7	4,5	1,3	DHV	10.000	2003
Verloskundige	6	0	6-∞	WGR	10.000 vrouwen 15-39 jaar	2003
Fysiotherapeut (fte) ²	11	5	2,2	WGR	10.000	2005
Tandarts	5,8	2,6	2	NMT	10.000	2003
Apotheek	g.a.b. ³					
Ziekenhuis	g.a.b. ³					
GGZ	g.a.b. ³					
Verzorgingshuis (bedden)	58	27	2,1	AWBZ	1.000 65+	2004
Verpleeghuis (bedden)	39	16	2,4	AWBZ	1.000 65+	2004
Verpleeghuizen (dagbehandeling)	9,3	0,8	11,6	AWBZ	1.000 65+	2004
Verstandelijk gehandicaptenzorg (woonfunctie)	70	16	4,4	AWBZ	10.000	2003
Verstandelijk gehandicaptenzorg (dagbehandeling)	16,6	7,2	2,3	AWBZ	10.000	2003
Lichamelijk gehandicaptenzorg (woonfunctie)	6,9	0	6,9-∞	AWBZ	10.000	2003
Lichamelijk gehandicaptenzorg (dagbehandeling)	4,6	0	4,6-∞	AWBZ	10.000	2003
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	9,6	0,1	9,6-∞	AWBZ	10.000	2003

¹ Het aantal DHV-regio's bedraagt 23, het aantal WGR-regio's 42, het aantal NMT-regio's 34 en het aantal AWBZ-regio's 32; ² Bron: NIVEL, 2006; ³g.a.b.: geen vergelijkbare analyse beschikbaar.

gende regio). Verder zijn in *tabel 3.7.1* alleen de extreme regio's vergeleken (de regio met de hoogste en die met de laagste dichtheid van zorgvoorzieningen). De verschil-scores zouden kleiner zijn als bijvoorbeeld de drie of vijf regio's met de hoogste dichtheid zouden worden afgezet tegen de drie of vijf regio's met de laagste dichtheid.

Wat we niet weten

In deze paragraaf is gebruikt gemaakt van een veelheid aan geregistreerde gegevens over zorglocaties. Deze zorgaanbodgegevens veranderen snel. Instellingen fuseren, zelfstandige beroepsbeoefenaren veranderen van praktijkadres, nieuwe zorgverleners treden toe, andere stoppen, de inhoud van het zorgaanbod dat een instelling op een bepaalde locatie geeft verandert. Het vereist een grote inspanning om deze gegevens up-to-date te houden. Om gegevens over de spreiding van zorgvoorzieningen adequaat te actualiseren én te beoordelen vanuit de oogpunten regionale tekorten/overschotten, geografische (on)bereikbaarheid en keuzevrijheid zijn meer gegevens nodig, waaronder gecombineerde gegevens over locaties, openingstijden, personeels-omvang (in fte), middelen (bedden, operatiecapaciteit, aangeboden type zorg), en zorgbehoefte/zorgvraag. Verbeteringen zijn met name gewenst met betrekking tot de actuele registratie van de feitelijke locaties van zorgvoorzieningen (postcode) en de inhoud van het betreffende zorgaanbod.

3.8 Is er voldoende personeel?

Kernbevindingen

- Het aantal moeilijk vervulbare vacatures in de gezondheidszorg vertoont sinds 2001 een dalende trend
- In de periode 2000-2003 nam het verzuim in de gezondheidszorg ieder jaar af, maar in 2004 nam het verzuim met 0,3% toe
- Vraag en aanbod van medisch-specialistische zorg is in evenwicht
- De komende jaren kunnen tekorten ontstaan aan verplegend en verzorgend personeel
- Vrijwel iedereen staat ingeschreven bij een huisarts
- Ruim 1% van de bevolking met een eigen gebit heeft geen tandarts, terwijl men dat wel zou willen

Waarom is de beschikbaarheid van personeel belangrijk?

Personeelstekorten in de gezondheidszorg wegen maatschappelijk zwaar. Dreigende tekorten krijgen dan ook veel aandacht, bijvoorbeeld van media en beleidsmakers. Dat de samenleving zoveel belang hecht aan personeelsvoorziening in de zorg is begrijpelijk. Zorgverleners verlenen immers een dienst die raakt aan wat door de meeste mensen als het hoogste goed wordt beschouwd: gezondheid. Bovendien vereist de meeste arbeid in de zorg complexe kennis en vaardigheden die alleen via specifieke opleidingen kunnen worden opgedaan. Niet voor niets zijn veel medische beroepen wettelijk beschermd. Het is daarom vaak niet mogelijk om op korte termijn mensen te rekruteren uit andere werkvelden (SCP, 2002).

Tekorten aan menskracht in de zorg kunnen leiden tot onwenselijke situaties. Voorbeelden hiervan zijn wachtlijsten in ziekenhuizen en patiëntenstops bij tandartsen en huisartsen. Enkele zaken die kunnen voortkomen uit personeelstekorten komen aan bod in de paragrafen over wachttijden (3.4), toegankelijkheid (3.5 en 3.6) en bereikbaarheid (3.3 en 3.7).

Hoe we de beschikbaarheid van personeel vaststellen

Om een beeld te krijgen van de beschikbaarheid van personeel, rapporteren we:

- Aantal moeilijk vervulbare vacatures in de sector gezondheidszorg
- Verzuimpercentage in de zorg
- Huidige onvervulde vraag
- Mate waarin de huidige instroom van zorgverleners is afgestemd op ontwikkelingen in de zorgvraag
- Aantal Niet Op Naam Ingeschrevenen in huisartsenzorg en tandartsenzorg

De stand van zaken

Het aantal moeilijk vervulbare vacatures in de gezondheidszorg daalt

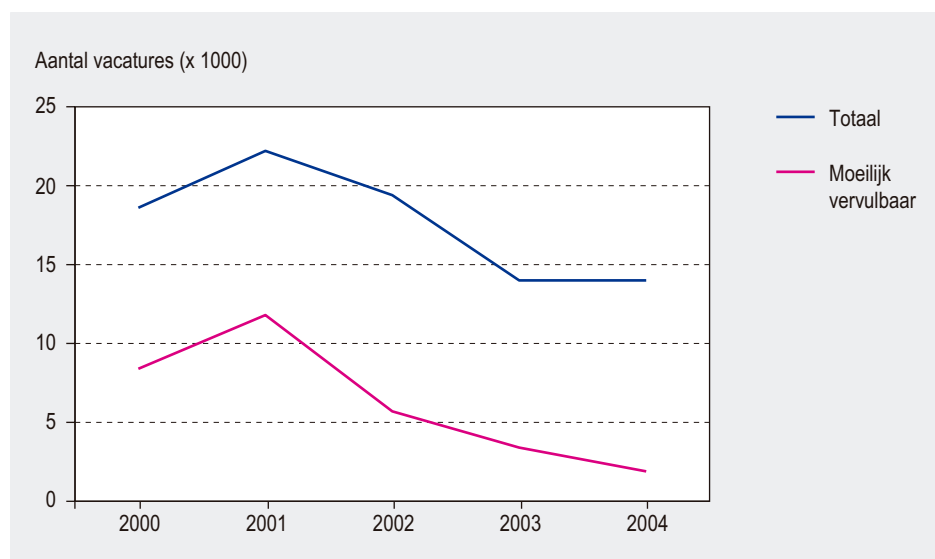
Het aantal vacatures in de gezondheidszorg geeft een indicatie van de behoefte aan personeel binnen de sector. Het aantal moeilijk vervulbare vacatures geeft een indruk van de omvang van de als problematisch ervaren tekorten. Hierbij past wel een kanttekening. Het beschikbare budget is uiteraard ook van invloed. Wanneer er behoefte is aan personeel maar er geen geld is om een nieuwe arbeidsplaats te bekostigen, zal dit immers niet leiden tot een vacature.

In *figuur 3.8.1* zijn de aantallen (moeilijk vervulbare) vacatures in de gezondheidszorg in de periode 2000–2004 weergegeven. Het betreft alle beroepen in deze sector. In 2001 bereikte het aantal vacatures een hoogtepunt met 22.200 waarvan 11.800 moeilijk vervulbaar. Na 2001 heeft zich een daling ingezet, in 2004 was het aantal vacatures afgenomen tot 14.000 waarvan 1.900 moeilijk vervulbaar. De daling in het aantal vacatures komt in hoge mate overeen met de ontwikkeling in andere sectoren, hoewel de daling binnen de gezondheidszorg een jaar later is begonnen. De vacaturegraad (aantal vacatures per 1000 banen) bedroeg 25 in 2001 en was in 2004 afgenomen tot 16.

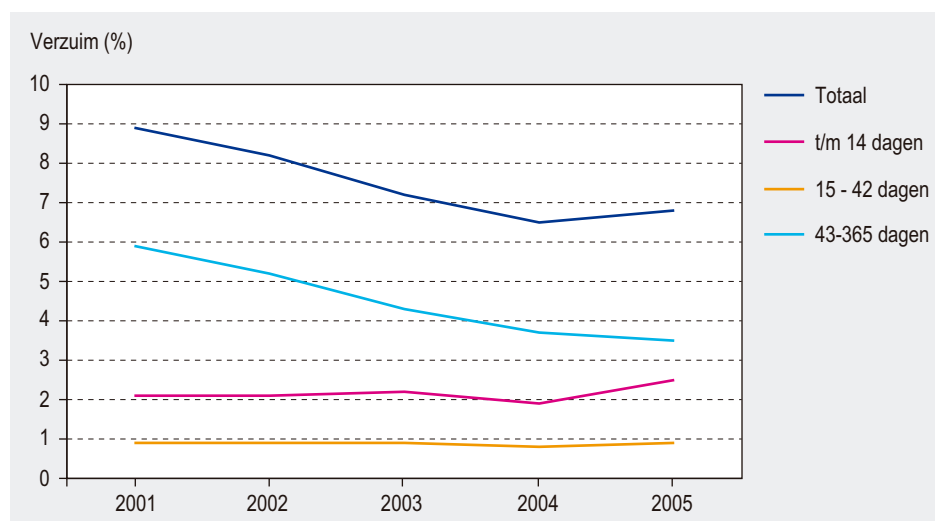
Kortdurend verzuim neemt toe

Tekorten komen niet alleen voort uit structureel personeelsgebrek maar kunnen ook het gevolg zijn van (ziekte)verzuim. De verzuimgegevens in deze paragraaf hebben betrekking op vijf branches die samen een belangrijk deel van de zorgsector vormen, namelijk thuiszorg, verpleeg- en verzorgingstehuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en algemene ziekenhuizen.

In *figuur 3.8.2* is het verzuimpercentage van de eerste kwartalen van 2001 tot en met 2005 weergegeven. Het totale verzuimpercentage daalde in de periode 2001–2004, maar nam tussen 2004 en 2005 voor het eerst sinds jaren weer toe, met 0,3%. Dat is een duidelijke trendbreuk. Deze toename wordt veroorzaakt door een toename van kortdurend verzuim.



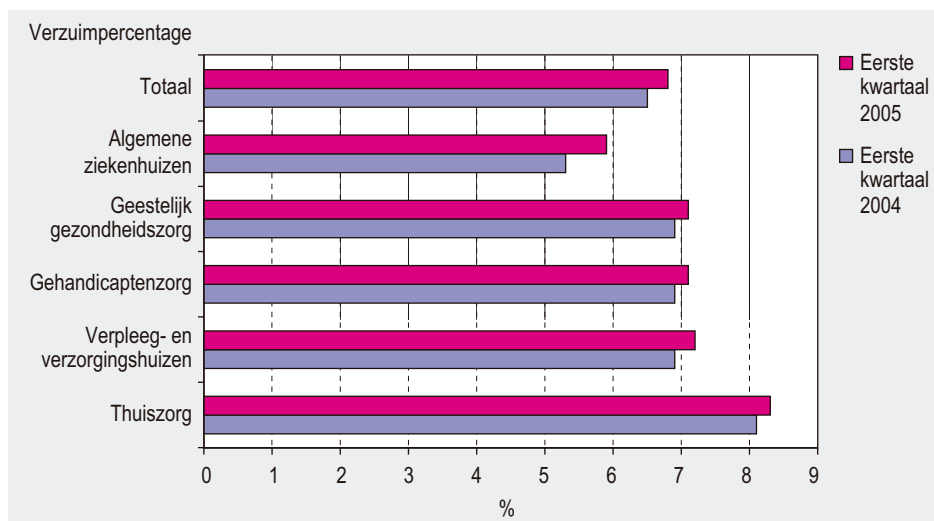
Figuur 3.8.1: Totaal aantal vacatures en aantal moeilijk vervulbare vacatures per jaar in de gezondheids- en welzijnszorg (Bron: CBS-Statline 2005b,c).



Figuur 3.8.2: Verzuimpercentage in de zorg naar jaar en naar duurklasse (Bron: Vernet, 2005).

De verzuimpercentages verschillen sterk tussen de verschillende branches. In *figuur 3.8.3* is te zien dat in de thuiszorg het meest wordt verzuimd: 8,3% in het eerste kwartaal van 2005. Het laagste verzuimpercentage vinden we bij de algemene ziekenhuizen, maar hier heeft wel de grootste toename plaatsgevonden: van 5,3 in 2004 naar 5,9 in 2005. Voor een deel laten de verschillen zich verklaren door het aantal vrouwen dat in een branche werkzaam is. Het verzuimpercentage onder vrouwen is in alle branches beduidend hoger dan onder mannen. In de hele zorgsector is het verzuimpercentage

(exclusief zwangerschapsverlof) van vrouwen een derde hoger dan dat van mannen: respectievelijk 7,2% en 5,4%. Wanneer zwangerschapsverlof wordt meegeteld, ligt het verzuimpercentage van vrouwen in deze branches gemiddeld 63% hoger dan dat van mannen. Gezien de ‘feminisering’ van de meeste artsenberoepen is mogelijk ook daar een toename van verzuim te verwachten.



Figuur 3.8.3: Verzuimpercentage (exclusief zwangerschapsverlof) in het eerste kwartaal van 2004 en 2005 naar branche (Bron: Vernet, 2005).

Geen tekorten op korte termijn bij de huidige instroom

Met betrekking tot de eerste lijn zijn de meest recente ramingen gerapporteerd in het rapport “Op één lijn” (Hingstman & van der Velden, 2005). In tegenstelling tot eerdere ramingen van het Capaciteitsorgaan is hierbij ook rekening gehouden met epidemiologische ontwikkelingen. In tabel 3.8.2 zijn de tekorten dan wel overschotten op vereenvoudigde wijze weergegeven, er is uitgegaan van het gemiddelde van de twee gebruikte scenario’s. Ten aanzien van de meeste beroepen in de eerste lijn worden geen (grote) tekorten verwacht. Het grootste tekort is te verwachten bij de huisartsen: 1,5% tot 9% in 2020 uitgaande van ongewijzigd beleid.

Tabel 3.8.2: Te verwachten beschikbaarheid van verschillende zorgverleners in de eerste lijn in de toekomst (Bron: Hingstman & van der Velden, 2005).

	2010	2020
Huisartsen	+/-	-
Apothekers	+/-	++
Verloskundigen	++	++
Fysiotherapeuten	++	++
Oefentherapeuten	+/-	+

-: tekort 2% of meer; +: overschot 2% of meer; ++: overschot 10% of meer.

De komende jaren kunnen tekorten ontstaan aan verplegend en verzorgend personeel

Het toekomstige aanbod van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen is geraamd door Prismant (van der Windt & Talma, 2005). De schattingen zijn op vereenvoudigde wijze weergegeven in *tabel 3.8.3*. In 2006 worden er niet of nauwelijks tekorten verwacht, behalve kleine tekorten in de GGZ en de thuiszorg. In 2008 worden, als de instroom niet omhoog gaat, wel in alle branches tekorten verwacht. Deze tekorten variëren van 1% in de ziekenhuizen tot 5% in de thuiszorg. De totale instroom in de opleidingen zal vergeleken met 2003 naar schatting ongeveer 10% omhoog moeten om een gelijk aanbod te behouden. Wel blijken de grootste tekorten zich voor te doen in de laagste kwalificatieniveaus, vooral niveau 1 en in mindere mate niveau 2 en 3. Prismant geeft aan dat de tekorten op deze lagere niveau's vrij gemakkelijk te voorkomen zijn. Veel ROC's hebben opleidingen waarin bij afstuderen zowel voor de richting zorg als welzijn kan worden gekozen. Voor de welzijnsvariant zijn flinke aanbodoverschotten te verwachten. Bovendien is instroom in deze beroepen vanuit andere werkvelden relatief eenvoudig, bijvoorbeeld door een combinatie van werken en leren.

Tabel 3.8.3: Te verwachten beschikbaarheid van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen, in 2006 en 2008 (Bron: van der Windt & Talma, 2005).

Branche	2006	2008
Ziekenhuizen	+/-	-
GGZ	-	--
Gehandicaptenzorg	+/-	--
Verpleeg- en verzorgingshuizen	+/-	--
Thuiszorg	-	--

-.: tekort 1% of meer; +: overschot 1% of meer; --: tekort 2% of meer; ++: overschot 2% of meer

Huidige onvervulde vraag

De huidige onvervulde vraag en de mate waarin de instroom van zorgverleners is afgestemd op de zorgvraag zijn gebaseerd op rapportages van het Capaciteitsorgaan. De onvervulde vraag is het percentage van de vraag dat nu eigenlijk onvoldoende kan worden verwerkt. Dit is geen 'hard' gegeven maar is een weloverwogen inschatting van de verschillende 'kamers'. Deze kamers bestaan uit deskundigen uit de betreffende beroepsgroep, opleidingsinstellingen, werkgevers en soms zorgverzekeraars. Deze onvervulde vraag wordt ook betrokken in de ramingen. De cijfers hebben alleen betrekking op beroepen die centraal gepland en geraamd worden.

In *tabel 3.8.4* worden de percentages onvervulde vraag weergegeven van verschillende medische disciplines. De meest recente schatting is gemaakt in 2005, deze is geplaatst naast de schattingen die in 2000 gemaakt werden (Capaciteitsorgaan, 2005; van de Velden et al., 2003). Over het algemeen zijn de percentages afgenomen, zowel voor huisartsenzorg als bij de meeste medische specialismen van 5% naar 2%. Deze afname komt onder andere door de groei van verschillende medische beroepsgroepen en de inzet van assisterende en ondersteunende disciplines. Hierop zal in de volgende paragraaf dieper worden ingegaan. Vier specialismen zijn apart vermeld omdat de onver-

Tabel 3.8.4: (Huidige) onvervulde vraag, 2000 en 2005 (%) (Bron: Capaciteitsorgaan, 2005; van de Velden et al., 2003).

	2000	2005
Huisartsen	5	2
Medisch specialisten*		
- Maag-darm-lever-artsen	5	12
- Nucleaire geneeskundigen	5	17
- Psychiaters	5	7
- Revalidatiegeneeskundigen	5	10
- Andere medische specialismen	5	2
Tandheelkundig specialisten		
- Kaakchirurgen	5	5
- Orthodontisten	3	1
Sociaal geneeskundigen		
- Bedrijfsartsen/verzekeringsartsen	10	
- Verpleeghuisartsen	5	1
Artsen verstandelijk gehandicapten		2

*In 2000 werd de onvervulde vraag voor specialisten algemeen op 5% geschat, er is geen uitsplitsing gemaakt.

vulde vraag daar hoger wordt ingeschat. Bij de nucleair geneeskundigen is deze het grootst, namelijk 17%, verder is het tekort iets groter bij de maag-darm-lever-artsen, revalidatiegeneeskundigen en psychiaters. Achter deze cijfers gaat veel discipline-specifieke informatie schuil, deze wordt uitgebreid beschreven in het Capaciteitsplan.

Omdat een medische opleiding lang duurt, moet ruim van tevoren geanticipeerd worden op tekorten die kunnen ontstaan. In tabel 3.8.5 wordt van de beroepsgroepen waarvoor het Capaciteitsorgaan ramingen uitvoert, de geplande en geraamde instroom weergegeven. Vooral de instroom van huisartsen is volgens deze berekeningen te laag. Het Capaciteitsorgaan concludeert op basis van de meest recente ramingen dat er in het algemeen een vrij goede afstemming is tussen vraag en aanbod.

Ongeveer 99,9% van de Nederlanders staat ingeschreven bij een huisarts

In 2005 werden in het kader van 'De staat van de gezondheidszorg' voor het eerst onderbouwde cijfers gerapporteerd over het aantal mensen zonder huisarts (Poortvliet et al., 2005; IGZ, 2005b). De cijfers hebben alleen betrekking op ziekenfondsverzekerden (tot 2006 ongeveer twee derde van de bevolking). Deze inventarisatie leverde een schatting op van 0,09% van de ziekenfondsverzekerden die tegen zijn/haar wil geen huisarts heeft, ofwel een kleine 10.000 mensen. Het probleem is dus, in ieder geval in kwantitatief opzicht, beperkt. Uit aanvullende enquêtes bleek dat deze groep niet ongezonder is. Bovendien blijken er lokaal vaak alternatieven te worden ontplooid en lijkt het er op dat de meeste mensen toch hun weg naar de zorg vinden wanneer dat echt nodig is. Desalniettemin kan het ontbreken van een huisarts lokaal een probleem vormen, met name in de zogenaamde VINEX-wijken komt dit nog al eens voor. Ook spreekt de inspectie haar zorg uit over de zorg voor 'illegalen' die relatief vaak geen

Tabel 3.8.5: Geplande en geraamde capaciteit voor bereiken evenwicht van medisch-specialistische zorg in 2020 (Bron: Capaciteitsorgaan, 2005).

	Gepland 2005	Geraamd 2006	Tekort/ overschot
Medisch specialisten	1080	1046	+34
Huisartsen	530	640	-110
Verpleeghuisartsen	96	96	0
Tandheelkundig specialisten	20	24	-4
Artsen verstandelijk gehandicapten	12	15	-3
Totaal	1738	1821	-38

huisarts hebben en tussen wal en schip vallen. Het strenger wordende vreemdelingenbeleid zet de zorg voor deze groep verder onder druk (IGZ, 2005b).

98,8% van de Nederlanders is ingeschreven bij een tandarts

Het aantal mensen zonder tandarts is vermoedelijk wat groter. Uit een onderzoek onder ruim 1000 respondenten van het Consumentenpanel bleek dat 1,2% van de mensen met eigen gebit in 2001 niet was ingeschreven bij een tandarts terwijl men dat wel zou willen (van der Schee et al., 2003).

Wat we niet weten

Momenteel worden voor veel medische beroepen regelmatig ramingen uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Aan de hand van deze ramingen kan worden ingespeeld op de behoefte aan zorgaanbod in de toekomst. Voor verplegend en verzorgend personeel is ramen vooral voor de wat langere termijn, lastiger. Het aanbod bij deze beroepen blijkt ook meer 'conjunctuurgevoelig'.

Om te komen tot een betere en meer economische afstemming van vraag en aanbod, heeft het ministerie van VWS ingezet op 'taakherschikking'. Er bestaan hoge verwachtingen van nieuwe zorgprofessionals als nurse practitioners en physician assistants (RVZ, 2002). Wanneer meer onderzoek is verricht naar de productiviteit van deze 'nieuwkomers', kunnen uitspraken worden gedaan over de benodigde instroom. In de volgende paragraaf gaan we hier dieper op in.

Verder is het van belang er op te wijzen dat personeelstekorten zoals die worden ervaren door zorgverleners, instellingen en patiënten zich niet altijd weerspiegelen in de hierboven gepresenteerde cijfers. Wanneer er geen geld is om personeel aan te nemen, zal dit niet leiden tot een vacature. Bovendien betekent een evenwichtige verhouding tussen vraag en aanbod op landelijk niveau niet automatisch dat er geen lokale tekorten zijn. Voor het beoordelen of er voldoende personeel is, blijven signalen vanuit de zorgsector zelf en van patiënten daarom een belangrijke bron van informatie.

Tot slot is de vraag van belang in hoeverre de stelselherziening die per 1 januari 2006 plaatsvond, zijn effect heeft op enerzijds de zorgvraag en anderzijds het handelen van zorgverleners. In alle tot nu toe gepubliceerde ramingen is hier weinig of geen rekening mee gehouden.

3.9 Hoe ontwikkelt de beroepen- en opleidingsstructuur zich?

Kernbevindingen

- In Nederland werken weinig artsen en veel verpleegkundigen vergeleken met de rest van Europa
- Vooral in de openbare apothekerszorg neemt het aandeel lager gekwalificeerd personeel toe
- De afgelopen decennia zijn doktersassistenten steeds meer medisch-technische handelingen gaan verrichten, naar verwachting zal deze trend zich voortzetten
- Het aantal nieuwe zorgprofessionals neemt toe, er zijn inmiddels zeven opleidingen voor nurse practitioners en vijf voor physician assistants
- Het aandeel Nederlanders dat informele zorg verleent, is in de loop der jaren ongeveer gelijk gebleven: zo'n 12,5%

Waarom zijn ontwikkelingen in de beroepen- en opleidingsstructuur belangrijk?

Om ook in de toekomst de zorg toegankelijk te houden, is het van belang dat taken op een efficiënte manier worden verdeeld. Twee vragen spelen hierbij een belangrijke rol: hoe kunnen taken zo doelmatig mogelijk worden verdeeld terwijl tegelijkertijd kwaliteit en veiligheid voor patiënten optimaal gewaarborgd blijven? En: hoe kan de opleidingsstructuur hier zo goed mogelijk op aansluiten? Wie wat doet in de gezondheidszorg wordt grotendeels bepaald door de specifieke expertise van elke beroepsgroep. Daarnaast kunnen echter ook historie en traditie een rol spelen, waardoor de verdeling van taken tussen verschillende beroepen lang niet altijd optimaal is (RVZ, 2002). In de koers die het ministerie van VWS heeft uitgezet, neemt een structurele herziening van de beroepenstructuur een belangrijke plaats in. Het RVZ-advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' (RVZ, 2002) is hiertoe een belangrijke aanzet geweest.

De vraag hoe taken beter kunnen worden verdeeld, krijgt momenteel veel aandacht. Dat geldt ook voor de structuur waarbinnen zorgverleners worden opgeleid. Op 1 april 2004 installeerde de minister van VWS de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG). Deze stuurgroep heeft als opdracht "binnen vijf jaar de beroepenstructuur en de zorgopleidingen te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende besturingsstructuur" (MOBG, 2005). Het gaat daarbij niet alleen om het opleiden van nieuwe disciplines die een deel van de zorg van andere beroepen kunnen overnemen maar ook om het flexibiliseren van het stelsel, bijvoorbeeld door meer 'verticale differentiatie' aan te brengen in geneeskundige opleidingen. Hierdoor kan sneller worden ingespeeld op tekorten doordat studenten gemakkelijker kunnen instromen vanuit een master-opleiding. Zo is voorgesteld een bacheloropleiding geneeskunde te ontwikkelen, een 'basis-specialist' te introduceren en de opleidingsduur voor artsen te verkorten door een

betere aansluiting van de initiële opleiding en de vervolgoopleidingen (LeGrand-van den Boogaard, 2003; Meyboom-de Jong et al., 2002).

In deze paragraaf wordt geschetst hoe de beroepen- en opleidingsstructuur zich ontwikkelt. Het beeld is onvolledig. Veel voorgenomen veranderingen vergen namelijk veel tijd, bijvoorbeeld omdat er geheel nieuwe opleidingen voor moeten worden ontwikkeld. Over deze zaken kunnen nog geen empirische gegevens worden gerapporteerd. Daarom zal in de afsluitende paragraaf een aantal indicatoren worden voorgesteld die in de toekomst een volledig beeld kunnen geven.

Hoe we ontwikkelingen in de beroepen- en opleidingsstructuur vaststellen

Aan de hand van de volgende gegevens zal een beeld worden geschetst van ontwikkelingen die thans gaande zijn:

- Aantal artsen en verpleegkundigen per 100.000 inwoners
- Beroepenratio's: aantal zorgverleners ten opzichte van een ander type zorgverlener (bijvoorbeeld aantal mondhygiënist per tandarts).
- Medisch-technische taken uitgevoerd door doktersassistenten
- Aantal praktijkondersteuners op hbo-niveau in de huisartspraktijk
- Aantal werkzame gediplomeerde physician assistants en nurse practitioners en aantal in opleiding
- Kwalificatieniveau van verplegend en verzorgend personeel
- Aandeel Nederlanders dat informele zorg verleent

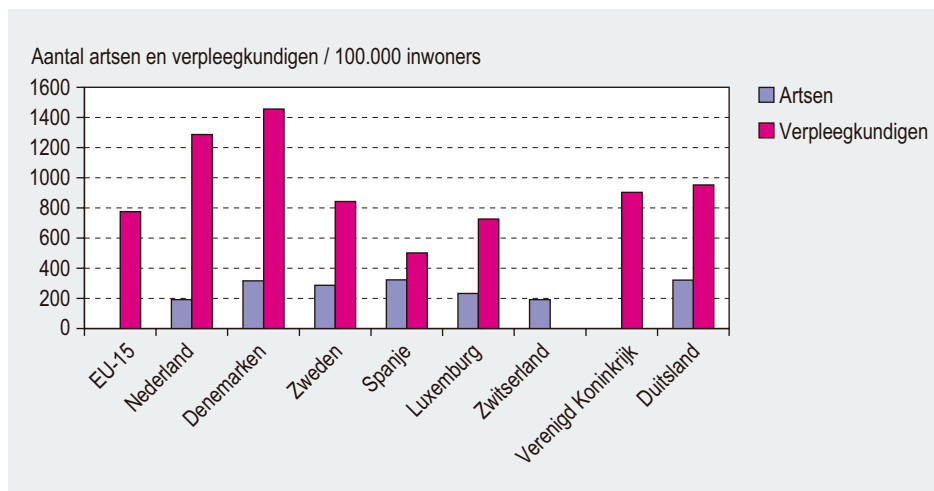
De stand van zaken

Nederland heeft relatief weinig artsen en veel verpleegkundigen

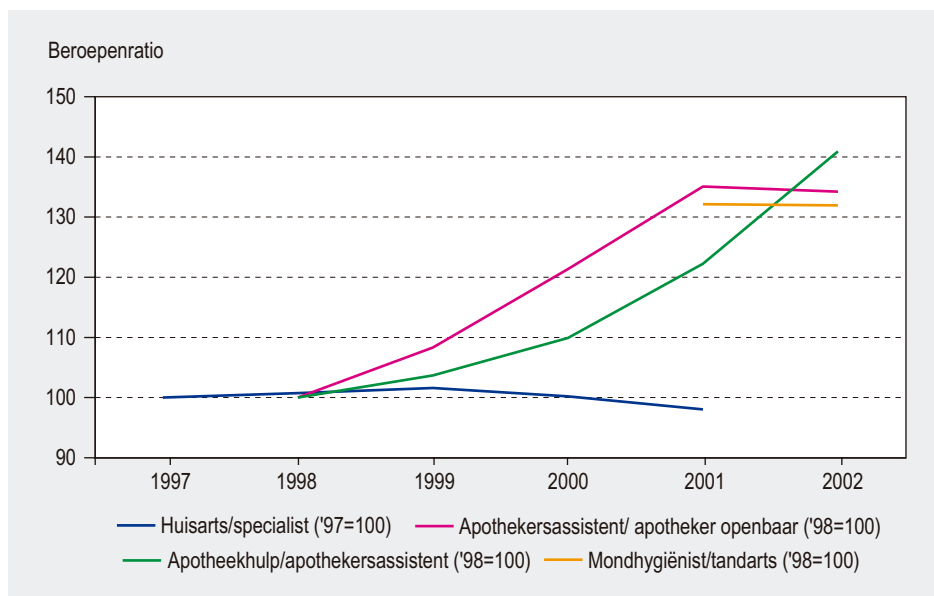
Het aantal artsen is vergeleken met andere Europese landen laag: 192 per 100.000 inwoners (zie *figuur 3.9.1*). Samen met Roemenië (niet in figuur) en Zwitserland is dat het laagste van de 26 Europese landen waarvan dit cijfer bekend is. In Duitsland, Denemarken en Spanje bijvoorbeeld, ligt dit aantal meer dan 65% hoger. Wel werken er in Nederland vrij veel verpleegkundigen: in 2002 (niet in tabel) bedroeg dat maar liefst 1.381 per 100.000 inwoners. Dat komt neer op ongeveer 84% boven het Europese gemiddelde. Overigens bestaat er een zeer grote variatie binnen Europa: variërend van 2.168 in Finland tot 424 op Cyprus. Samen met Denemarken, Ierland en Finland behoort Nederland tot de landen met de meeste verpleegkundigen.

Meer lager gekwalificeerd personeel in apothekerszorg en tandartsenzorg

In *figuur 3.9.2* is een aantal ratio's tussen beroepen voor een aantal jaren weergegeven. Om een goede vergelijking mogelijk te maken, zijn de ratio's als indexcijfers weergegeven waarbij de eerste meting op 100 is gesteld. Vooral in de apothekerszorg is duidelijk sprake van een ontwikkeling. Tussen 1998 en 2002 is in openbare apotheken het aantal apothekersassistenten ten opzichte van het aantal apothekers toegenomen van 3,5 naar 4,7. Daarnaast zijn er landelijk ongeveer 3500 apotheekhulpen werkzaam, dit zijn bijvoorbeeld schoonmakers, administratieve medewerkers en bezorgers.



Figuur 3.9.1: Aantal artsen en verpleegkundigen (inclusief verloskundigen) per 100.000 inwoners, 1999 (Bron: Eurostat (New Cronos database)).



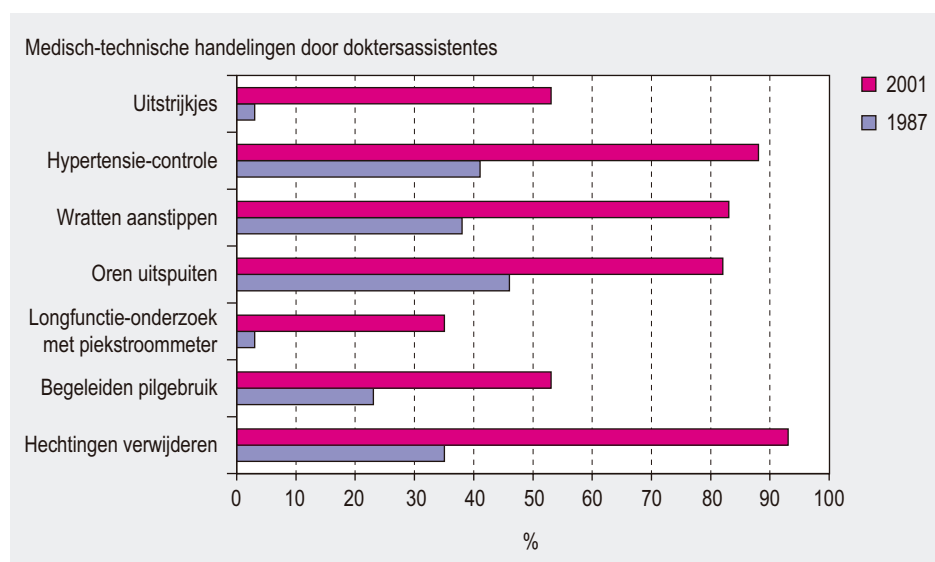
Figuur 3.9.2: Ontwikkeling van beroepenratio's, indexcijfers (Bron: NIVEL, OSA, ROA)

Deze apotheekhulpen verrichten eenvoudige werkzaamheden die anders door apothekersassistenten zouden worden gedaan. Tussen 1998 en 2002 is het aantal apotheekhulpen meer dan verdubbeld. Voor een deel lost dit het tekort aan apothekersassistenten op. Ook in ziekenhuisapotheken is het aantal apothekersassistenten sterker gegroeid dan het aantal apothekers; de ratio steeg van 4,9 naar 5,2 tussen 2001 en 2002 (niet in figuur).

Ratio's die door de jaren heen stabiel bleven, zijn bijvoorbeeld de ratio huisartsen/specialisten (ongeveer 0,8 huisarts op één specialist), het aantal verpleegkundigen in ziekenhuizen per specialist (ongeveer 5,5) en het aantal tandartsassistenten per tandarts (ongeveer 1,6).

Doktersassistente verricht meer medische handelingen

Veel zaken die vroeger door de huisarts werden gedaan, worden nu gedelegeerd aan de assistente. Een vergelijking van de eerste en tweede nationale studie van het NIVEL liet zien dat uit een lijst met 23 medisch-technische taken er 15 significant vaker worden uitgeoefend door de assistente (Nijland et al., 1991; van den Berg et al., 2004). In *figuur 3.9.3* worden de zeven grootste verschuivingen weergegeven. Opleiding blijkt een belangrijke determinant te zijn voor de mate waarin doktersassistentes medisch-technische taken verrichten (Nijland et al., 1991). Aangezien het aantal doktersassistentes dat als zodanig is opgeleid nog altijd toeneemt, zal deze trend zich waarschijnlijk voortzetten.

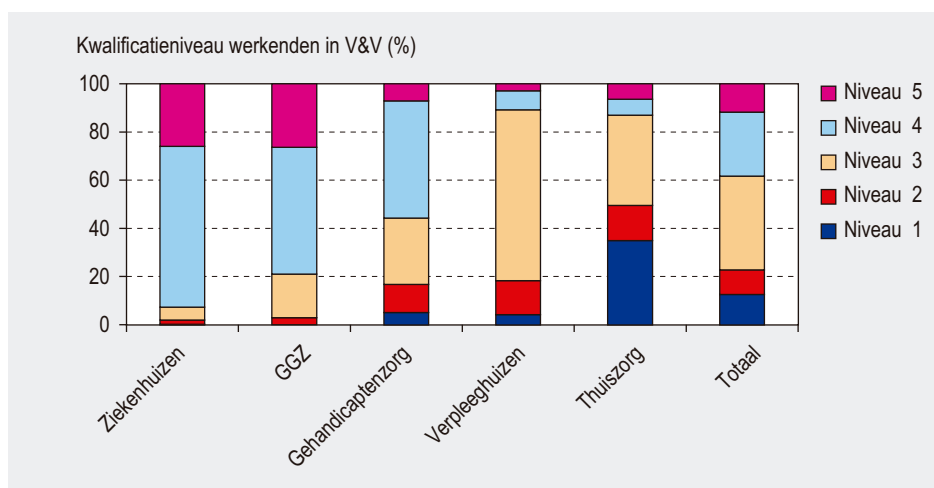


Figuur 3.9.3: Percentage doktersassistentes in de huisartspraktijk dat medisch-technische handelingen wel eens uitvoerde in 1987 en 2001; zeven grote verschuivingen (Bron: van den Berg et al., 2004).

Kwalificatieniveau van verplegend en verzorgend personeel

Binnen de verpleging en verzorging kunnen – de zojuist beschreven nieuwe beroepen buiten beschouwing gelaten – vijf kwalificatieniveaus worden onderscheiden. De hoogste twee niveaus (4 en 5) vormen de verpleegkundige beroepen, en 1, 2 en 3 de verzorgende of ‘helpende’ beroepen. In *figuur 3.9.4* wordt het aandeel werkenden naar kwalificatieniveau voor vijf branches weergegeven in fte's.

Bij elkaar is ongeveer 42% van de opgevlude arbeidsplaatsen in deze branches een verpleegkundige functie (niveau 4 of 5) waarvan het grootste deel niveau 4. De grootste categorie wordt gevormd door niveau 3: ongeveer 38%. Iets minder dan een vijfde bestaat uit helpende beroepen van niveau 1 en 2. Maar er zijn grote verschillen tussen de branches. In ziekenhuizen en in de GGZ bestaat een ruime meerderheid uit functies van de hoogste twee niveaus, respectievelijk 93% en 81%. Niveau 1 komt in deze branches niet of nauwelijks voor. In de gehandicaptenzorg bestaat ongeveer 59% uit niveau 4 en 5 functies. In de verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg daarentegen, werken weinig verpleegkundigen met niveau 4 of 5 (respectievelijk 10% en 13%). In verpleeg- en verzorgingshuizen zijn vooral de verzorgenden van niveau 3 sterk vertegenwoordigd (ongeveer 70%). De thuiszorg valt vooral op doordat ruim 30% bestaat uit helpenden met niveau 1. Alfahulpverleners zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.



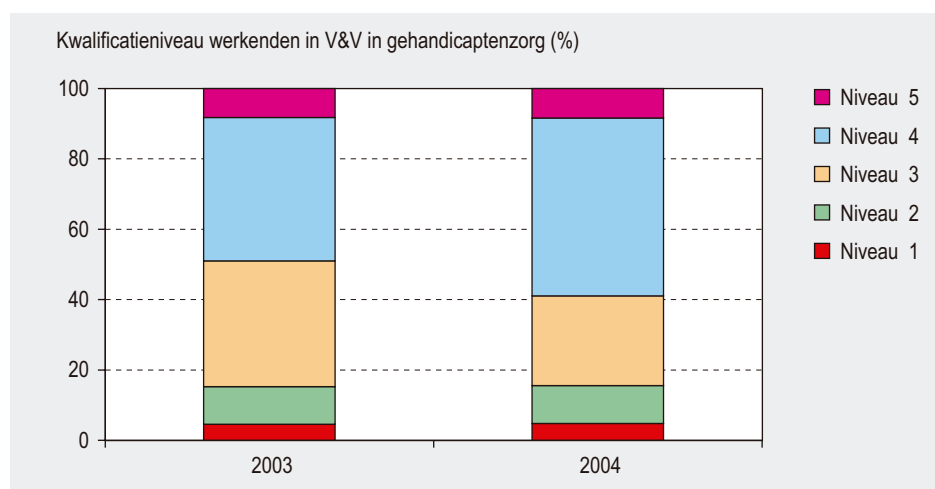
Figuur 3.9.4: Percentages werkenden in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau per branche, in 2004 (fte's) (Bron: RegioMarge, Prismant)

In de meeste branches is de verdeling tussen de verschillende niveaus vrij stabiel over de afgelopen jaren. Een uitzondering vormt de sector gehandicaptenzorg, waar een duidelijke toename is van hoger gekwalificeerd personeel. De verdeling in de jaren 2003 en 2004 is weergegeven in *figuur 3.9.5*. Vooral de verpleegkundigen met niveau 4 hebben terrein gewonnen. Een verklaring voor deze verschuiving is de andere beoordeeling van benodigde niveaus (van der Windt & Talma, 2005).

Steeds meer nieuwe zorgprofessionals

Praktijkondersteuners succesvol

Na hun komst in de jaren '90 hebben praktijkondersteuners een plek verworven in de Nederlandse huisartspraktijken. De ondersteuner neemt taken over van de huisarts. Veel van deze taken liggen op het vlak van categorale zorg voor diabetes, astma- en COPD-patiënten, problemen die gerelateerd zijn aan het ouder worden en in iets mindere mate hart- en vaatziekten, kanker en alledaagse klachten. Verschillende studies



Figuur 3.9.5: Percentages werkkenden in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau in de gehandicaptenzorg, in 2003 en 2004 (fte's) (Bron: RegioMarge, Prismant)

hebben laten zien dat de inzet van praktijkondersteuners de kwaliteit van zorg ten goede komt. Bovendien verlicht het de werklust van huisartsen enigszins, maar niet zodanig dat dit capaciteitstekorten zal oplossen (van den Berg & de Bakker, 2003, Lamkaddem et al., 2004).

In tabel 3.9.1 zijn de aantallen praktijkondersteuners in de periode 2001–2003 weergegeven. Het is duidelijk dat in deze periode een sterke toename plaatsvond. Na 2003 wordt het aantal ondersteuners niet meer centraal bijgehouden.

Tabel 3.9.1: Aantal werkzame praktijkondersteuners in huisartspraktijken, 2001-2003 (Bron: Maas & Delnoij, 2004).

	2001	2002	2003
Aantal werkzame praktijkondersteuners (personen)	158	540	1.005
Aantal fte praktijkondersteuner	94,2	302,9	558
Aantal praktijkondersteuners in opleiding	73	294	367

Nurse practitioners en physician assistants nemen in aantal toe

Sinds enige tijd hebben twee nieuwe zorgverleners hun intrede gedaan: nurse practitioners en physician assistants. In 2005 waren er zeven opleidingen 'Advanced Nursing Practice' en vijf voor physician assistants (zie tabel 3.9.2). Het gaat in alle gevallen om masteropleidingen. De opleiding voor nurse practitioners is begonnen in 1998 in Groningen, waar in 2000 de eerste lichting van twaalf afstudeerde. Sindsdien is het aantal snel gegroeid. In 2005 zijn er naar schatting bijna 280 afgestudeerde nurse practitioners werkzaam. Daarbij is er nog een aantal nurse practitioners in opleiding werkzaam. De opleiding van physician assistants is in 2001 gestart. In 2003 studeerden de eerste vijf physician assistants af. In 2005 nog eens tien. In 2004 en 2005 zijn er

respectievelijk 56 en 112 physician assistants ingestroomd in de opleiding. Ook hierin zit dus een duidelijke groei.

Tabel 3.9.2: Nurse practitioners en physician assistants: aantal opleidingen, opleidingsplaatsen en gediplomeerden (Bron: HBO-raad; Bruurs et al., 2005; Tempelman, (2005).

	Aantal opleidingen	Aantal opleidingsplaatsen (2005)	Aantal gediplomeerd (2005)
Nurse practitioners	7	213	279
Physician assistants	5	112	15

Of deze nieuwe beroepsgroepen inderdaad een rol van betekenis gaan spelen in de toekomstige gezondheidszorg is vooralsnog onduidelijk. Er zijn nog weinig resultaten bekend uit evaluaties en buitenlandse successen zijn niet zonder meer generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie.

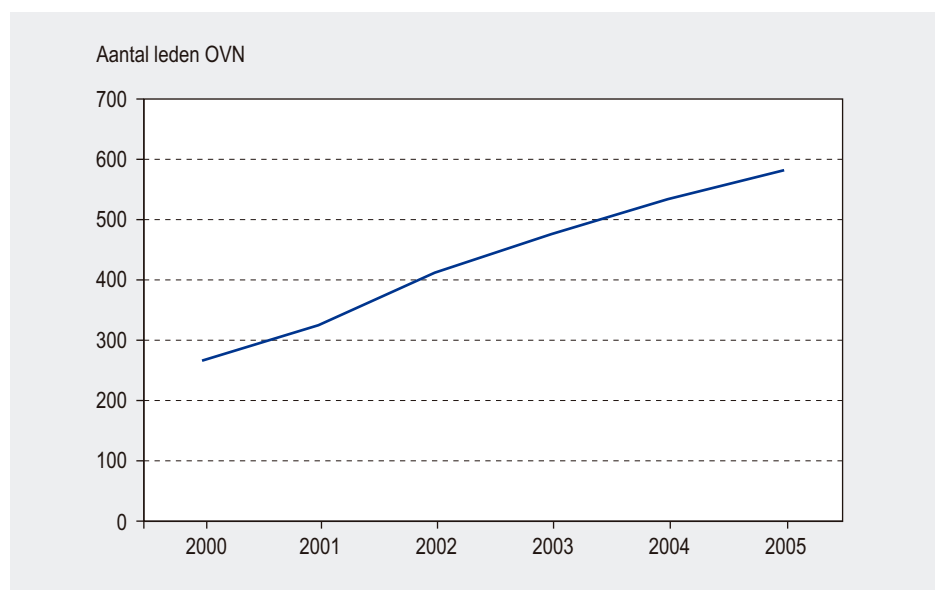
Formeel is het verschil tussen een nurse practitioner en een physician assistant dat de eerste zich voornamelijk begeeft in het verpleegkundige domein en de tweede in het medische domein. Bruurs (2005) noemt onder andere huisartsenzorg, cardiothoracale chirurgie, orthopedie, algemene chirurgie, anesthesie en kindergeneeskunde als werkterreinen van physician assistants. Tempelman (2005) rapporteert onder andere chronische patiënten, ouderen, oncologie- en cardiologiepatiënten als veel voorkomende patiëntencategorieën van nurse practitioners. In de praktijk blijken de werkgebieden elkaar echter vaak te overlappen. De invulling van de functie wordt veelal bepaald door de opvattingen van de instelling waarin en de arts waarmee de nurse practitioner of physician assistant werkt. De stuurgroep MOBG (2005) spreekt van een 'lappendeken van competenties en deelsdeskundigheidsgebieden'.

Groeiend aantal optometristen

Optometristen zijn naast het aanmeten van brillen en contactlenzen gespecialiseerd in onderzoek van oogklachten. Het beroep van optometrist is sinds 2000 BIG-geregistreerd. Er is een vierjarige hbo-opleiding nodig om het te worden. Optometristen kunnen op het gebied van onderzoek een deel van de taken van oogartsen overnemen. Wanneer verdere behandeling nodig is, vindt doorverwijzing via de huisarts plaats. Hoeveel optometristen er precies werkzaam zijn, is niet bekend maar het ledenaantal van de Optometristenvereniging Nederland geeft wel een indruk. Volgens eigen zeggen is het overgrote deel van de optometristen bij deze vereniging aangesloten. In *figuur 3.9.6* zijn de ledenaantallen weergegeven voor de periode 2000-2005. In de afgelopen vijf jaar heeft een ruime verdubbeling plaatsgevonden van 266 naar 582 leden.

Informele zorg stabiel

Onder informele zorg wordt verstaan: 'zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie'



Figuur 3.9.6: Aantal leden van Optometristen Vereniging Nederland (Bron: OVN)

(Kwekkeboom, 1990). Eigenlijk valt dit buiten de beroepenstructuur maar het gaat vaak om zorg die anders door professionele hulpverleners zou moeten worden verricht. In de kabinetsvisie 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing' (VWS, 2005f) wordt dan ook om zowel economische als maatschappelijke redenen belang gehecht aan het stimuleren en ondersteunen van deze vorm van zorg.

Analyses van het SCP (de Boer, 2005) laten zien dat het aandeel mensen dat informele hulp verleent tussen 1991 en 2003 nauwelijks is veranderd: 12,4% in 1991 en 12,8% in 2003. Omdat de bevolking in deze periode is gegroeid, betekent dit in absolute zin een stijging van ongeveer 170.000 personen. Vrouwen en 45-64-jarigen zijn het meest actief als mantelzorger. Gegevens over de intensiteit en hoeveelheid zorg die door deze mensen wordt verleend, zijn helaas niet bekend. Het SCP geeft op basis van deze studie wel aan dat de intensiteit per persoon waarschijnlijk zal zijn toegenomen, aangezien de vraag de afgelopen jaren wat sneller is gestegen dan het aanbod. Voor de toekomst worden op basis van gemaakte ramingen in de SCP-studies geen grote problemen verwacht, het aanbod zal waarschijnlijk zelfs wat sneller toenemen dan de vraag naar informele hulp.

Wat we niet weten

Gegevens over beroepen

Om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de beroepenstructuur is op termijn meer informatie op proces- en uitkomstniveau nodig. In het streven naar taakherschikking gaan kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen hand in hand. Het is daarom logisch om in toekomstige evaluaties juist deze aspecten in kaart te brengen.

Welke indicatoren kunnen in de toekomst een indruk geven van de wijze waarop taakherschikking gestalte krijgt? Sinds 2006 is de fysiotherapeut rechtstreeks toegankelijk. Dit kan efficiënt blijken maar kan ook nieuwe zorgvraag genereren. Een toekomstige indicator zou kunnen zijn het aantal verwijzingen van de huisarts naar de fysiotherapeut in combinatie met het totale aantal eerste contacten met fysiotherapeuten. Sinds 2004 heeft ook de bedrijfsarts een verwijfsfunctie gekregen. In opdracht van het CVZ wordt hier een evaluatie naar verricht. Verwijscijfers van huisartsen en bedrijfsartsen zouden als toekomstige indicatoren kunnen dienen. Ten aanzien van nurse practitioners en physician assistants is het van belang tot 'productiecijfers' te komen om vast te stellen of deze ontwikkeling werkelijk gewicht in de schaal legt.

Gegevens over opleidingen

Zoals gezegd, is ten aanzien van de opleidingsstructuur een aantal verbeteringen voorgesteld (LeGrand, 2003; Meyboom-de Jong, 2002; MOBG, 2005). Voorbeelden hiervan zijn verkorting van de totale opleidingsduur door een betere aansluiting tussen initiële en vervolgopleiding, het bevorderen van de samenhang door de vorming van zogenaamde opleidingsregio's waarin naast UMC's en ziekenhuizen ook hbo-instellingen participeren, het creëren van meer mogelijkheden voor verticale differentiatie door bijvoorbeeld de introductie van bachelors geneeskunde en basisspecialisten. Door het opleidingsstelsel flexibeler te maken kan sneller worden ingespeeld op de behoefte aan een bepaald soort zorgverlener.

Vooruitblik

Vooruitlopend op deze ontwikkelingen worden hieronder enkele suggesties gegeven voor toekomstige indicatoren:

- Het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten (thans ongeveer 20 maal per 1000 huisartscontacten)
- Aantal eerste contacten met fysiotherapeuten zonder verwijzing van de huisarts
- Aantal opleidingsplaatsen / afgestudeerde basisspecialisten
- Opleidingsduur in jaren (van begin initiële tot einde vervolgopleiding) voor specialisten. Al eerder meetbaar: tijd die verstrijkt tussen einde initiële opleiding en start vervolgopleiding
- Aantal hbo-instellingen met zorgopleidingen dat participeert in een opleidingsregio

Voor het monitoren van de ontwikkelingen met betrekking tot de directe toegang tot de fysiotherapeut (eerste twee indicatoren) kunnen bestaande netwerken als LINH en LIPZ als bron gebruikt worden (www.linh.nl, www.lipz.nl).

HOOFDSTUK 4 HOEVEEL KOST DE GEZONDHEIDSZORG?

4.1 Wat is betaalbare zorg?

Betaalbaarheid vormt een belangrijk thema in het debat over de gezondheidszorg. Vooral wanneer het nationaal inkomen weinig groeit en de zorgkosten in verhouding (sterk) stijgen kan de betaalbaarheid een probleem worden. In een periode van economische recessie kan de zorg zelfs bij een gelijkblijvend kostenniveau onbetaalbaar worden. Toch is het niet eenvoudig om te zeggen of de zorg betaalbaar is of niet. Dat veronderstelt namelijk een algemene norm hoeveel geld er aan zorg mag worden uitgegeven en hoeveel van het nationaal inkomen voor andere doeleinden beschikbaar moet zijn. Zo'n algemene norm is er niet. Dit betekent dat het oordeel over de betaalbaarheid van de zorg in een politieke afweging tot stand komt, waarbij die afweging bij veranderende tijden en kabinetten een andere uitkomst kan hebben. Er zijn verschillende belangrijke indicatoren die beleidsmakers en politici houvast kunnen geven bij hun oordeelsvorming.

Macrokosten van de gezondheidszorg

Betaalbaarheid legt een relatie tussen kosten en beschikbare middelen. De kosten van de gezondheidszorg vormen daarmee een van de belangrijkste indicatoren voor betaalbaarheid. Hoewel men anders zou verwachten, is het kostenbegrip in de gezondheidszorg niet eenduidig. De overheid hanteert het Budgettair Kader Zorg (BKZ), maar daarin worden niet alle zorgvoorzieningen meegeteld. De kosten die rechtstreeks door de patiënten worden betaald, vallen er buiten. Ook de uitgaven aan tandheelkundige zorg voor volwassenen, extramurale fysiotherapie, eerstelijns psychologische zorg en voorzieningen op de grens met andere sectoren zoals het algemeen maatschappelijk werk worden door de overheid niet tot de zorgkosten gerekend.

Voor de overheid zal het BKZ een belangrijke graadmeter voor de betaalbaarheid zijn. Vanuit een maatschappelijk perspectief gaat het vooral om de totale kosten, ongeacht wie ze betaalt. Voor de inwoners van Nederland is betaalbaarheid van zorg niet alleen een kwestie van ziektekostenpremies, maar ook van eigen betalingen en andere uitgaven aan medische zorg die buiten het basispakket vallen. Het is daarom van belang om meerdere kostenbegrippen naast elkaar te hanteren en onderling te vergelijken. In dit hoofdstuk gebeurt dat voornamelijk op landelijk niveau (macro) met af en toe een specificatie naar zorgsectoren (meso). Of de zorg voor individuele burgers (micro-niveau) betaalbaar is, wordt in *paragraaf 3.6* van deze Zorgbalans besproken.

De beschikbare middelen worden op macroniveau weergegeven door het aandeel van het nationaal inkomen of het bruto binnenlands product (bbp) dat aan zorg wordt

uitgegeven (de zorgquote). Door de kosten van de zorg uit te drukken als percentage van het bbp wordt ook zichtbaar gemaakt hoeveel geld over blijft voor andere doeleinden.

Betaalbaarheid gaat niet alleen over het huidige niveau van de kosten en beschikbare middelen, maar vooral ook over het verloop daarvan in de tijd en de verwachtingen voor de toekomst. Van grote betekenis zijn daarom de trends in de zorgkosten, zowel nominaal (in euro's) als relatief ten opzichte van het nationaal inkomen. Bij de nominale kostenontwikkeling is het ook goed om te weten in welke mate het een volumeontwikkeling of een prijsontwikkeling betreft. Vanwege het arbeidsintensieve karakter van de zorg is de prijsontwikkeling veelal gekoppeld aan de algemene loonontwikkeling via CAO-onderhandelingen. Bij volumeontwikkeling gaat het om een reële toename van het zorggebruik die meerdere – al dan niet beïnvloedbare – oorzaken kan hebben.

Hoewel ieder land uniek is en zorgstelsels onderling sterk verschillen is de betaalbaarheid van zorg een thema dat in alle Westerse landen periodiek op de publieke agenda staat. Alle Europese landen hebben te maken met een vergrijzende bevolking en epidemiologische ontwikkelingen laten zich niet aan landsgrenzen binden. Het is daarom interessant om te vergelijken hoe de zorgkosten zich in andere landen ontwikkelen. Daarbij is het raadzaam aansluiting te zoeken bij internationaal gangbare definities van zorg en zorgkosten zoals die geboden worden in de System of Health Accounts van de OECD.

De kostenontwikkeling in de gezondheidszorg kent meerdere drijvende krachten. Er kan onderscheid worden gemaakt in ontwikkelingen in de zorgvraag (die bijvoorbeeld verandert door vergrijzing en veranderende ziektelast), ontwikkelingen in het zorgaanbod (zoals uitbreiding van capaciteit en technologische vernieuwing), en veranderingen in het zorggebruik. Het ontrafelen van deze invloeden valt buiten het bestek van deze Zorgbalans.

Marktwerking

De overheid streeft naar gereguleerde marktwerking. Dit streven heeft als belangrijk doel om vraag en aanbod van zorg zo goed en economisch mogelijk op elkaar af te stemmen. Daarmee bestrijkt marktwerking een breder terrein dan alleen betaalbaarheid. Gewoonlijk worden drie markten onderscheiden, 1) de zorgmarkt tussen zorgvragers en zorgaanbieders; 2) de verzekeringsmarkt tussen verzekerden en verzekeraars; en 3) de bekostigingsmarkt tussen verzekeraars en zorgaanbieders. De bekostigingsmarkt wordt ook wel inkoopmarkt genoemd. De drie markten staan met elkaar in verband.

Arbeidsproductiviteit

Vanwege het arbeidsintensieve karakter van de gezondheidszorg heeft de arbeidsproductiviteit een sterke invloed op de kostenontwikkeling. De arbeidsproductiviteit stijgt bijvoorbeeld als operaties korter duren zodat er meer op één dag kunnen plaatsvinden, als er meer mensen tijdens het spreekuur worden behandeld en als de gemid-

delde opnameduur wordt teruggebracht. Patiënten kunnen hierdoor sneller worden behandeld, waardoor wachttijden kunnen worden teruggebracht. De arbeidsproductiviteit neemt toe vooral door technische vernieuwingen. Een hogere arbeidsproductiviteit leidt overigens niet per definitie tot lagere kosten. De exploitatiekosten per gewerkt uur kunnen immers toenemen door een groter verbruik van duurdere apparatuur en hulpmiddelen.

Financiële positie van zorgaanbieders

De financiële positie van zorgaanbieders gaat over de mate waarin zij aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen, zowel op korte termijn (liquiditeit) als op langere termijn (solvabiliteit). Onder condities van marktwerking waarbij aanbieders meer financiële risico's gaan dragen, neemt het belang van de financiële positie sterk toe. Volgens economische inzichten leidt een gunstige financiële positie tot toetreding van nieuwe aanbieders, waardoor de prijzen en winsten onder druk komen te staan en weer omlaag gaan tot een evenwicht is bereikt. De financiële positie van zorgaanbieders geeft volgens deze redeneerlijn een indicatie voor het functioneren van de markt. Hoge winsten duiden op een slecht functionerende markt en, wanneer de redenering wordt doorgetrokken, tot hogere zorgkosten op macro-niveau dan noodzakelijk zou zijn. De financiële indicatoren zeggen hiernaast ook iets over de financiële kwetsbaarheid van de zorgaanbieders. Dit is een belangrijk aspect voor investeerders als banken en aandeelhouders.

Indeling van dit hoofdstuk

Om overzicht te krijgen van de verschillende relevante aspecten van de betaalbaarheid van de zorg wordt in dit hoofdstuk achtereenvolgens ingegaan op de macrokosten van de zorg (trends en internationale vergelijking), de werking van de zorgmarkt, de arbeidsproductiviteit en de financiële positie van zorginstellingen (zie *tekstkader*). Omdat de introductie van marktwerking van recente datum is, zijn op dit punt nog weinig empirische gegevens beschikbaar. De betreffende paragraaf gaat daarom vooral in op de vraag welke indicatoren en gegevens een zo goed mogelijk inzicht kunnen verschaffen in het functioneren van de markt, en hoe deze gegevens geïnterpreteerd kunnen worden als zij in de toekomst beschikbaar komen.

Kosten

- Macrokosten (4.2)
- Werking zorgmarkt (4.3)
- Arbeidsproductiviteit (4.4)
- Financiële positie zorginstellingen (4.5)

4.2 Hoe ontwikkelen de macrokosten zich?

Kernbevindingen

- In 2004 bedroegen de kosten van de gezondheidszorg 45 miljard euro volgens het Budgettair Kader Zorg. Dit komt overeen met 9,2% van het bruto binnenlands product
- De uitgaven aan gezondheidszorg volgens de Zorgrekeningen zijn gestegen van 37 miljard euro in 1998 tot 60 miljard euro in 2004
- De uitgaven aan langdurige zorg zijn meer toegenomen dan die aan curatieve zorg
- Het aandeel van de gezondheidszorg in het bruto binnenlands product is in de vier jaren voor 2004 vooral gestegen door de economische recessie
- De kostenstijging tussen 2000 en 2004 is vooral veroorzaakt door volumestijging
- Zowel het aandeel van de zorgkosten in het bruto binnenlands product als de zorgkosten per hoofd van de bevolking liggen in Nederland boven het EU-15- en het OECD-gemiddelde

Waarom is de ontwikkeling van de macrokosten belangrijk?

Betaalbaarheid vormt een belangrijk thema in de gezondheidszorg. Het is daarom belangrijk om te weten hoe hoog de zorgkosten zijn, en hoe de kostenontwikkeling verloopt, zowel in de tijd als in vergelijking met andere landen.

Hoe we de ontwikkeling van de macrokosten vaststellen

- Uitgaven aan de gezondheidszorg volgens het Budgettair Kader Zorg (VWS)
- Uitgaven aan de gezondheidszorg volgens de Zorgrekeningen (CBS)
- Uitgaven aan de gezondheidszorg volgens het System of Health Accounts (OECD)
- Uitgaven aan de verschillende sectoren
- Uitgaven per financieringsbron voor de BKZ-relevante zorg
- Aandeel van de zorgkosten in het bruto binnenlands product
- Aandeel van de zorgkosten in de toename van het bruto binnenlands product
- Prijsontwikkeling in de zorg
- Volumeontwikkeling van de zorg
- Zorgkosten per hoofd van de bevolking

De stand van zaken

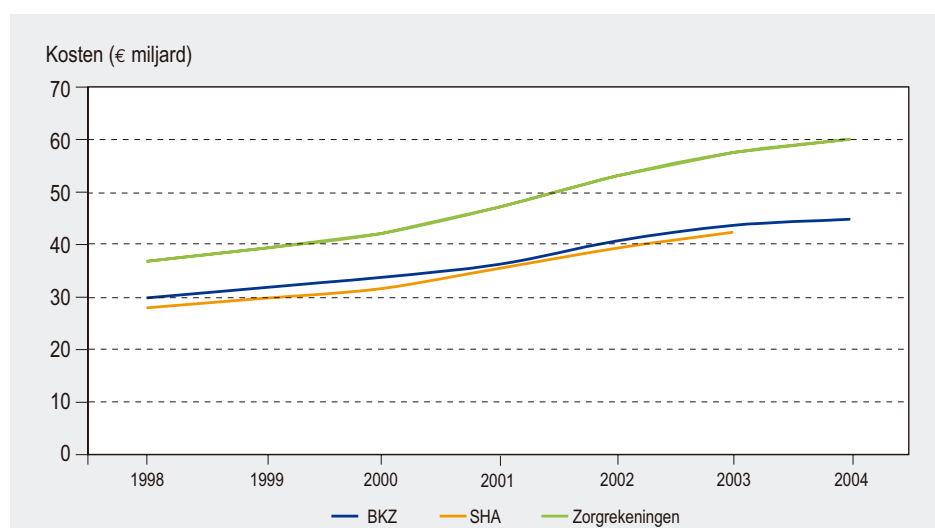
Uitgaven aan zorg gestegen tot 60 miljard euro

In 2004 bedroegen de kosten van de gezondheidszorg 45,0 miljard euro (zie *figuur 4.2.1*). In 1998 bedroegen deze uitgaven nog 30,7 miljard euro. Dit bedrag omvat de premie gefinancierde zorg die tot het Budgettair Kader Zorg (BKZ) wordt gerekend (bruto BKZ). Daar zit voor een bedrag van 2,2 miljard euro aan eigen betalingen van burgers in. Het premiebedrag waarvoor de minister verantwoording aan de Tweede Kamer aflegt (het netto BKZ) is dus 42,8 miljard euro. Daarnaast is de minister ook verantwoordelijk voor de begrotingsgefinancierde uitgaven, in 2004 ging het daarbij

om een totaal bedrag van 11,4 miljard euro. Dit betreft naast zorg ook uitgaven voor welzijn en sport.

Dit zijn niet de totale kosten van de gezondheidszorg. Eigen betalingen en aanvullende verzekeringen voor onder andere de uitgaven aan fysiotherapie en tandheelkundige zorg voor volwassenen vallen buiten het BKZ. Het CBS hanteert in de Zorgrekeningen een bredere definitie van gezondheidszorg en komt voor 2004 uit op een bedrag van 60 miljard euro. In 1998 was dit nog 37 miljard euro. Daar zitten ook voorzieningen in die het ministerie tot de terreinen van welzijn en maatschappelijke ondersteuning rekent. De Zorgrekeningen gaan uit van een constante definitie van zorg, ongeacht of de kosten binnen of buiten het BKZ vallen.

De definitie van gezondheidszorg als gehanteerd door de Zorgrekeningen is ook ruimer dan in het buitenland gebruikelijk is. De Zorgrekeningen zijn wel zo opgezet dat een eenduidige vertaling naar het System of Health Accounts (SHA) van de OECD mogelijk is. Wanneer die SHA-indeling wordt gevolgd, bedragen de zorgkosten voor 2003 42 miljard euro. Vijf jaar eerder bedroegen die kosten 28 miljard euro. Het cijfer voor 2003 is voor het SHA het meest recente cijfer en komt in de buurt van de BKZ relevante zorguitgaven. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de definities verschillen. Het BKZ sluit onder meer de begrotingsgefinancierde zorg uit, terwijl het SHA een aantal AWBZ-voorzieningen niet meetelt die wel tot het BKZ behoren.



Figuur 4.2.1: Kostenontwikkeling in de gezondheidszorg, 1998-2004 (Bron: CBS, 2006b; CBS, 2005d; VWS, 2006a; OECD Health data 2005).

Uitgaven aan langdurige zorg meer toegenomen dan aan curatieve zorg

In tabel 4.2.1 zijn de zorguitgaven in de periode 2001-2004 uitgesplitst naar sectoren van de gezondheidszorg. Gemiddeld stegen de BKZ relevante uitgaven in deze periode met 7,5% per jaar. De curatieve zorg vertegenwoordigt de grootste uitgavenpost,

maar de kosten stegen minder snel dan in de GGZ en de gehandicaptenzorg waar groeicijfers van meer dan 10% werden genoteerd. De uitgaven in de sector verpleging en verzorging en ouderen stegen met ruim 8%. Gegeven de omvang van deze sector gaat het echter om grote bedragen. *Tabel 4.2.1* bevestigt de eerdere constatering dat de zorguitgaven buiten het BKZ sneller zijn gestegen (11,5%) dan binnen het BKZ (7,5%). Dit heeft ook te maken met verschuivingen in kostenposten. Zo zijn in de sector gezondheidsbevordering en bescherming de BKZ-uitgaven gedaald doordat de ouder- en kindzorg uit het BKZ is verwijderd. Ook in de curatieve zorg is de afbakening van het BKZ smaller geworden, waardoor de kostenontwikkeling lager uitvalt dan in werkelijkheid het geval is geweest. De groeicijfers zijn daardoor onderling niet goed vergelijkbaar. Berekend op basis van de brede definitie van de Zorgrekeningen zijn de uitgaven tussen 2001 en 2004 gemiddeld met 8,5% per jaar gestegen (zie *tabel 4.2.1*).

Tabel 4.2.1: Uitgaven per sector van de gezondheidszorg (BKZ) en zorguitgaven buiten het BKZ, 2001-2004 (€ mln) (Bron: VWS, 2006a; VWS, 2005e; CBS, 2006b; CBS, 2005c).

Sector	2001	2002	2003	2004	Mutatie 2001-2004 (% per jaar)
Gezondheidsbevordering en preventie	329	349	220	239	-10,1
Curatieve zorg	14.748	16.537	17.296	17.683	6,2
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	3.677	4.022	4.334	4.204	4,6
Geestelijke gezondheidszorg, verslavings- zorg en maatschappelijke opvang	2.753	3.078	3.394	3.683	10,2
AWBZ-brede zorg	265	414	626	726	39,9
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	4.362	5.000	5.548	5.929	10,8
Verpleging en verzorging en ouderen	8.847	10.002	10.911	11.224	8,3
Zorgverzekeringen	1.265	1.276	1.322	1.355	2,3
Totaal bruto BKZ	36.246	40.678	43.651	45.043	7,5
Zorgkosten buiten BKZ	10.882	12.352	13.878	15.073	11,5
Totaal Zorgrekeningen	47.128	53.030	57.529	60.116	8,5

Verschillende financieringsbronnen voor de zorg

Het grootste deel van de zorg werd in 1998 en 2004 betaald uit de AWBZ, gevolgd door ziekenfondsen en particuliere verzekeringen (zie *tabel 4.2.2*). De cijfers van 1998 en 2004 zijn niet optimaal vergelijkbaar vanwege veranderingen in het verstrekkingenpakket en omdat in 1998 nog een ruimere definitie voor het BKZ werd gebruikt dan in 2004. De overheidsbijdragen bedroegen in 2004 nul euro omdat de betreffende posten uit het BKZ geschrapt zijn.

Aandeel gezondheidszorg in bruto binnenlands product gestegen door economische recessie

In termen van het BKZ is het aandeel zorgkosten in het bruto binnenlands product (bbp) in de periode 2001-2004 gestegen van 8,1% naar 9,2% (zie *tabel 4.2.3*). Volgens de

Tabel 4.2.2: Financiering van de BKZ-relevante zorg per financieringsbron, in 1998 en 2004 (Bron: VWS, 2006a; VWS, 2000).

	1998		2004		Mutatie 1998-2004 (% per jaar)
	€ mln	Aandeel (%)	€ mln	Aandeel (%)	
Ziekenfonds	11.043	35,9	16.533	36,7	7,0
Particuliere verzekering	4.307	14,0	6.861	15,2	8,1
AWBZ	11.238	36,6	19.444	43,2	9,6
Eigen betalingen	2.401	7,8	2.204	4,9	-1,4
Overheid	1.542	5,0	0	0,0	-100,0
Overig	189	0,6	0	0,0	-100,0
Totaal	30.720	100,0	45.042	100	6,6

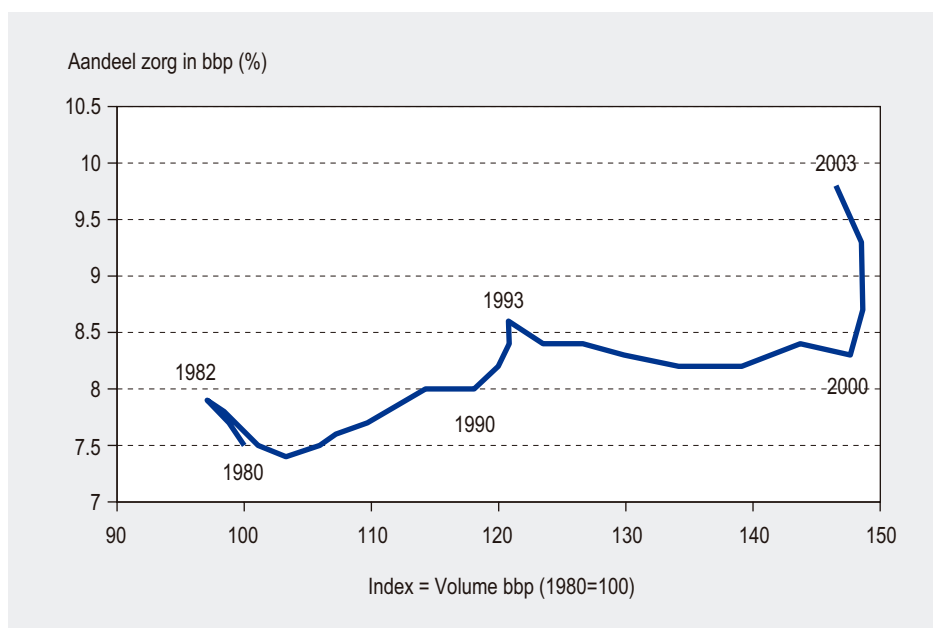
Tabel 4.2.3: Aandeel van de zorguitgaven in het bbp, 2001-2004 (%) (Bron: VWS, 2005e; VWS, 2000; CBS, 2006a,b; CBS, 2005d).

	2001	2002	2003	2004
- bbp (€ mln)	447.731	465.214	476.349	488.642
Aandeel gezondheidszorg in bbp				
- BKZ	8,1	8,7	9,2	9,2
- Zorgrekeningen	10,5	11,4	12,1	12,3
- SHA	7,9	8,5	8,9	n.n.b.
Aandeel toename zorgkosten in toename bbp				
- BKZ	-	25,4	26,7	9,3
- Zorgrekeningen	-	33,8	40,4	21,0
- SHA	-	22,1	27,3	n.n.b.
n.n.b.: nog niet bekend.				

Zorgrekeningen nam het aandeel toe van 10,5% naar 12,3%. Het internationaal vergelijkbare cijfer komt uit op bijna 9%.

Het aandeel van de economische groei dat wordt uitgegeven aan extra zorgkosten geeft aan hoeveel er van de extra beschikbare middelen in de zorg terecht komt. In de periode 2001-2002 nam het bbp met ongeveer 17 miljard euro toe. Daarvan werd 25,4% aan de zorg besteed, en zelfs 33,8% in termen van de Zorgrekeningen. In de periode 2002-2003 ging 40,4% van de economische groei naar de zorgsector. In 2003-2004 daalde het aandeel, met name door een verkleining van het BKZ. Uitgaande van de Zorgrekeningen was het aandeel 21,0%.

In tijden van geringe economische groei of neergang stijgt het aandeel van de zorg in het bbp (de zorgquote) (zie *figuur 4.2.2*). Dat was het geval in de perioden 1980-1982, 1990-1993 en sinds 2000, waarbij de sterke groei van de afgelopen periode duidelijk opvalt. De grafiek laat ook de historische keerpunten zien. Deze hadden zowel te maken met het overheidsbeleid, zoals de invoering van de budgettering in 1983, als met de aantrekkende economie. Wel blijkt er telkens een aantal jaren over heen te



Figuur 4.2.2: Aandeel gezondheidszorg (volgens SHA) in het bbp afgezet tegen de ontwikkeling van het volume bbp, 1980-2003 (1980=100) (Bron: OECD Health data 2005).

gaan voordat de zorgquote daalt. De grafiek suggereert tevens een stabilisatie van het aandeel op een hoger niveau.

Kostenstijging van 2000 tot 2004 vooral veroorzaakt door volumestijging

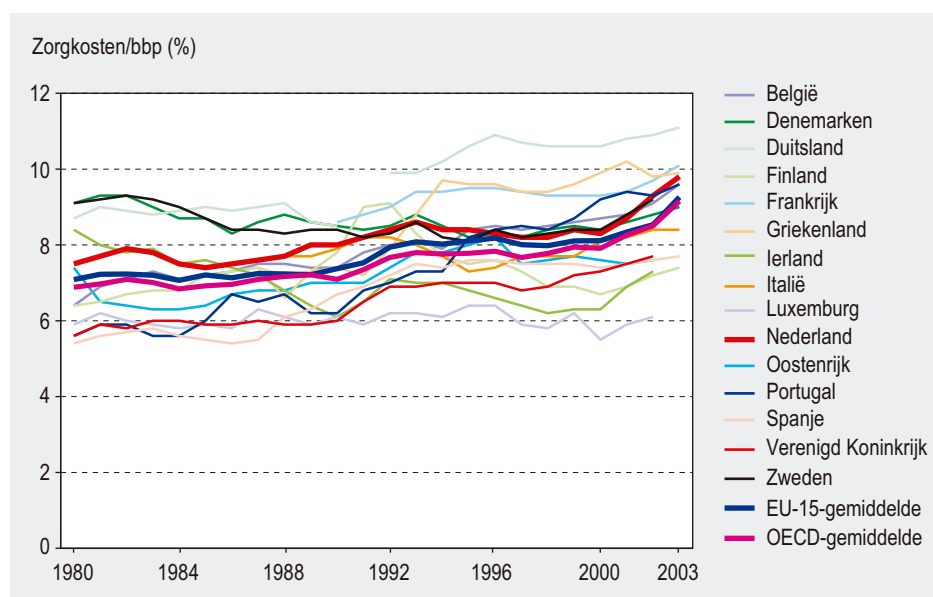
Tabel 4.2.4 geeft inzicht in de prijs- en volumeontwikkelingen sinds 2001. In deze periode, waarin het volume in de totale economie met 1,7% toenam, nam het zorgvolume toe met 14,5%. Ook stegen de prijzen in de zorg sneller dan in de rest van de economie (11,8% versus 7,4%). Tezamen geven deze cijfers duidelijk aan dat de recente kostenstijging in de zorg, zowel absoluut als ten opzichte van het bbp, vooral werd veroorzaakt door volumegroei in combinatie met verhoudingsgewijs ook iets sneller stijgende prijzen.

Tabel 4.2.4: Volume- en prijsontwikkeling in totale economie en gezondheidszorg, 2001-2004 (2001=100) (Bron: CBS, 2006a,b; CBS, 2005d).

	2001	2002	2003	2004
Volumeontwikkeling				
- Index bbp	100	100,1	99,9	101,7
- Index gezondheidszorg	100	104,5	110,0	114,5
Prijsontwikkeling				
- Index bbp	100	103,8	106,5	107,4
- Index gezondheidszorg	100	108,1	111,5	111,8

Aandeel zorgkosten in bruto binnenlands product boven het EU-15- en OECD-gemiddelde

Het aandeel van de zorgkosten in het bbp is voor Nederland iets boven het EU-15- en het OECD-gemiddelde (zie *figuur 4.2.3*). Duitsland en Frankrijk hebben binnen de EU-15 het hoogste percentage in 2003 en Finland, Ierland en Luxemburg het laagste percentage. Bij Nederland valt de sterke stijging van de zorgquote in de periode 2000-2003 op. Deze stijging is het gevolg van twee ontwikkelingen: de stijging van de zorgkosten als gevolg van het 'boter bij de vis' beleid, en de geringe economische groei.



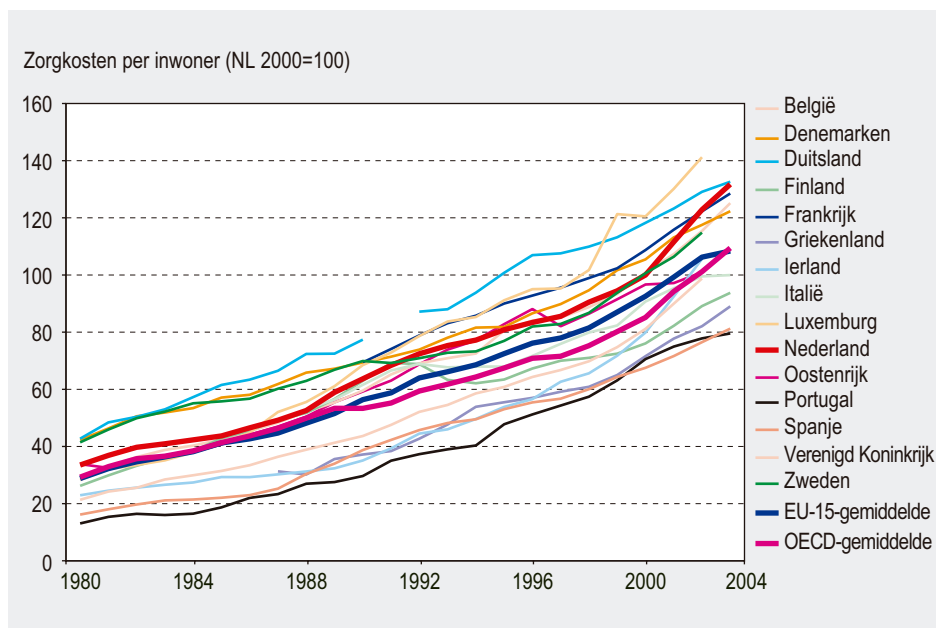
Figuur 4.2.3: Ontwikkelingen in de zorguitgaven als percentage van het bbp, het EU-15-gemiddelde en het OECD-gemiddelde, 1980-2003 (Bron: OECD Health data 2005).

Zorgkosten per inwoner boven EU-15- en OEC-gemiddelde

De zorgkosten per inwoner zijn in Nederland hoger dan het EU-15- en het OECD-gemiddelde (zie *figuur 4.2.4*), maar de ontwikkeling ervan in de tijd (vanaf 1980) volgt duidelijk de trend in Europa. Wederom valt de sterke stijging voor Nederland vanaf het jaar 2000 op.

Wat we niet weten

De stijgende uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland zijn het gevolg van een toename in de verleende zorg (het volume) en van prijsstijgingen. Het is lastig deze beide factoren goed van elkaar te onderscheiden, terwijl dit wel van belang is om inzicht te krijgen in de oorzaken van de kostenstijging. Er zijn verschillende methoden om prijs- en volume-effecten te scheiden, elk met voor- en nadelen. We weten niet in hoeverre een andere manier van berekenen tot andere resultaten zou leiden.



Figuur 4.2.4: Geïndexeerde ontwikkeling van kosten voor gezondheidszorg per inwoner, 1980-2003 (Nederland, 2000=100) (Bron: OECD Health data 2005).

Vanwege grote verschillen in gezondheidszorgsystemen moeten internationale gegevens met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De SHA en de OECD Health data bieden de best vergelijkbare informatie, maar op dit moment is het helaas nog niet mogelijk om voor alle landen bijvoorbeeld een te corrigeren voor verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Waargenomen kostenverschillen zouden hierdoor verklaard kunnen worden.

4.3 Werkt de zorgmarkt?

Kernbevindingen

- Er bestaan in 2004 hoge marktconcentraties ten aanzien van de extramurale AWBZ-zorg en de gecontracteerde zorg in de ziekenhuizen. Ook de regionale marktconcentraties van de ziekenfondsen zijn hoog, met uitzondering van het westen van Nederland
- Premies van ziekenfondsen zijn weinig gevoelig voor ontwikkelingen in de markt, wat duidt op weinig concurrentie
- In de markt van de particuliere zorgverzekeringen zijn in 1999 de collectieve premies 14% lager dan de premies voor vergelijkbare individuele polissen
- Verzekerdemobiliteit (in een periode van 3 maanden) is 2,4% voor ziekenfondsverzekerden in 2004, en 8,7% voor particulier verzekerden in 2005
- Zorginkoop door verzekeraars en zorgkantoren wordt in 2004 nauwelijks gestuurd door overwegingen ten aanzien van kwaliteit van zorg

- Er zijn geen aanwijzingen dat er risicoselectie wordt toegepast door ziekenfondsen. Er is geen systematische informatie beschikbaar over de mate van risicoselectie op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt
- Er bestaan aanzienlijke toetredingsbarrières tot de extramurale AWBZ-zorg, gecontracteerde ziekenhuiszorg en de zorgverzekeringsmarkt

Waarom is marktwerking in de zorg belangrijk?

Gereguleerde marktwerking in de zorg wordt door de overheid als instrument ingezet ter stimulering van een gunstiger prijs-kwaliteit verhouding van zorgproducten. Deze paragraaf heeft betrekking op de situatie van de zorgmarkt in 2004, maar er wordt ook vooruit gekeken naar verwachte ontwikkelingen door de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 en de veranderingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Marktwerking is relatief nieuw in de zorgsector. Naast de zorgverleningsmarkt heeft zich een zorgverzekeringsmarkt ontwikkeld. In de loop van de 20^e eeuw heeft de overheid de zorgverzekeringsmarkt in toenemende mate gereguleerd om de verzekering voor iedereen betaalbaar te houden en om moeilijk verzekerbare voorzieningen toegankelijk te maken. Hierdoor werd het prijsmechanisme op de zorgverleningsmarkt grotendeels uitgeschakeld. Middels marktwerking wil de overheid aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten financiële prikkels geven om een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorgverlening te realiseren.

Wat is marktwerking in de zorg?

In de zorgsector kunnen drie relevante partijen onderscheiden worden die een rol spelen in de zorgmarkt: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers. De markt is hiermee te verdelen in drie deelmarkten: een zorgverleningsmarkt (tussen zorgaanbieder en zorgvrager), een zorgverzekeringsmarkt (tussen zorgverzekeraar en zorgvrager) en een zorginkoopmarkt (tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder). Marktwerking kan ontstaan indien er in deze markten de nodige vrijheid bestaat om te onderhandelen en afspraken te maken over de prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de zorg. Daarnaast kan marktwerking gestimuleerd worden door het toetreden tot de markt van nieuwe aanbieders en zorgverzekeraars.

Op een aantal gebieden is ruimte gecreëerd voor marktwerking in de zorg. Ten aanzien van de AWBZ-zorg bestaat sinds de opheffing van de contracteerplicht per september 2004 de nodige ruimte voor marktwerking in de extramurale zorg. In de medische zorg, zoals opgenomen in onder meer de Ziekenfondswet (Zfw) en de particuliere ziektekostenverzekering, bestaat eveneens ruimte voor marktwerking bij de verstrekking van extramurale zorg (huisartsen, apothekers, verloskundigen). In de huisartsenzorg is er echter nauwelijks speelruimte voor prijsonderhandelingen. Daarnaast is er sinds februari 2005 door de invoering van vrije prijsonderhandelingen en de afschaffing van de contracteerplicht ook ruimte voor marktwerking in het zogenaamde B-segment van de ziekenhuiszorg gecreëerd (gecontracteerde zorg). Ten aanzien van de zorg in de aanvullende verzekeringen (3^e compartiment) is marktwerking het meest relevant. De speelruimte is echter niet voor alle zorgaanbieders even groot. Tandartstarieven

zijn op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) aan een maximum gebonden, maar de fysiotherapeuten vallen sinds februari 2005 niet langer onder de Wtg. Aanvullende verzekeringen betreffen een vrije markt waar de overheid op grond van EU-regelgeving niet mag ingrijpen.

Hoe we marktwerking vaststellen

Onderzoeken naar de zorgmarkt zijn onder meer uitgevoerd door het College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Hiernaast is ook onderzoek verricht naar marktwerking door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). In navolging van CTG/ZAio en CTZ wordt in de Zorgbalans ten behoeve van het monitoren van de zorgmarkt, onderscheid gemaakt tussen uitkomstindicatoren, structuurindicatoren en gedragsindicatoren. Uitkomstindicatoren hebben betrekking op het marktresultaat. Zij geven een indicatie over de mate waarin markten doelmatig functioneren. Structuurindicatoren geven informatie over bepaalde kenmerken van de zorgmarkt die invloed op het functioneren van de markt kunnen hebben. Gedragsindicatoren zeggen iets over de manier waarop uitvoering wordt gegeven door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers. De onderstaande indicatoren zijn geselecteerd. Hierbij staat vermeld op welke deelmarkt(en) de indicator betrekking heeft.

Uitkomstindicator

- Variatie in verzekeringspremies (zorgverzekeringsmarkt)

Structuurindicatoren

- Marktconcentraties zorgaanbieders en verzekeraars (zorgverzekeringsmarkt/ zorginkoopmarkt)
- Toetredingsbarrières tot zorgmarkt (alle deelmarkten)
- Zorginkoop door verzekeraars (zorginkoopmarkt)
- Verticale integratie (alle deelmarkten)

Gedragsindicatoren

- Verzekerdenmobiliteit (zorgverzekeringsmarkt)
- Risicoselectie door verzekeraars (zorgverzekeringsmarkt)
- Kostenafwenteling (zorgverzekeringsmarkt)

Stand van zaken

Variatie in premies: weinig concurrentie op de ziekenfondsmarkt

In een markt met concurrerende zorgverzekeraars is de premie een middel om verzekerden te binden. Indien premies niet gevoelig zijn voor ontwikkelingen in de markt, duidt dat mogelijk op de afwezigheid van marktwerking. Een analyse van ziekenfondspremies over de periode van 1996-2004 geeft aan dat premies tussen zorgverzekeraars verschillen, maar niet afhankelijk zijn van mobiliteit van verzekerden noch van de premies van andere verzekeraars (Douven & Schut, 2006). Hieruit kan men concluderen dat er weinig concurrentie plaatsvond tussen de ziekenfondsen. Uit dit onderzoek blijkt verder dat de premies wel afhankelijk zijn van de financiële reserves van ziekenfondsen. De premie wordt primair door ziekenfondsen gebruikt om de financiële

reserves op peil te houden. Ziekenfondsen lijken daarmee meer gericht op de eigen organisatie dan op de positie in de markt.

Gegevens over de particuliere verzekeringen zijn niet systematisch beschikbaar voor 2004. Uit empirisch onderzoek in 1999 blijkt dat concurrentie op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt vooral betrekking heeft op collectieve contracten en jonge gezonde verzekerden (Kok et al., 2000; Schut, 2000). Door het ontbreken van een acceptatieplicht en het hanteren van leeftijdstoelagen kunnen oudere verzekerden (50-65 jaar) en verzekerden met een verhoogd ziekterisico niet van verzekeraar veranderen. De onevenwichtige concurrentie komt tot uiting in grote premieverschillen. In 1999 waren collectieve contracten gemiddeld 14% goedkoper dan vergelijkbare individuele polissen (Schut, 2000). Dit premieverschil kan slechts voor een klein deel worden verklaard uit gezondheidsverschillen en verschillen in administratiekosten.

Marktconcentratie zorgaanbieders hoog

De marktconcentratie heeft mogelijk invloed op de keuzemogelijkheden, prijzen en kwaliteit. Marktconcentratie wordt gemeten door middel van de HHI (Herfindahl-Hirschman Index). Dit is de som van de gekwadrateerde marktaandelen van alle aanbieders of vragers. De waarde varieert van 0 tot 10.000, waarbij hogere waarden een hogere concentratie aangeven. Grofweg kan vanaf een waarde van 2000 gesproken worden van een hoge marktconcentratie met bedreiging van gezonde concurrentie.

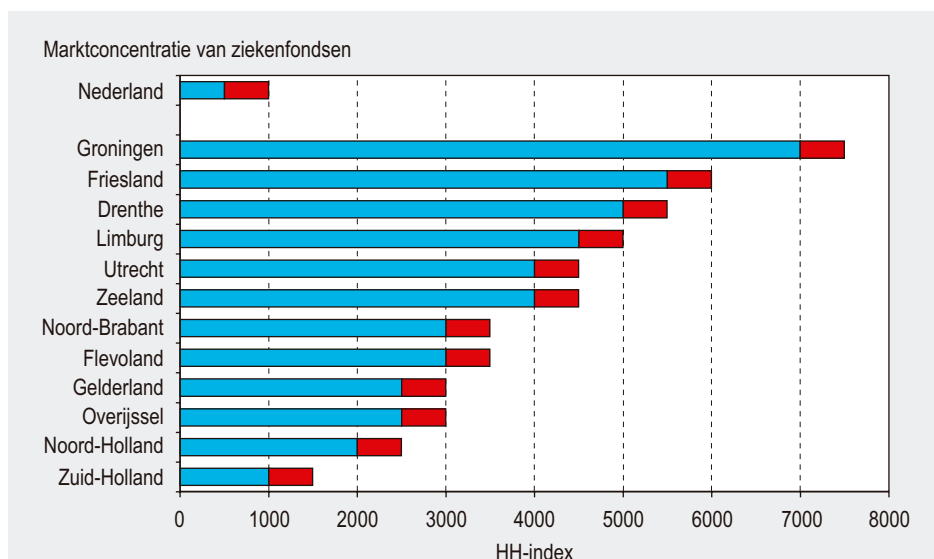
Ten aanzien van de extramurale AWBZ-zorg kunnen zes zorgfuncties onderscheiden worden om de marktconcentraties in de regio's van de zorgkantoren in beeld te brengen: persoonlijke verzorging, behandeling, huishoudelijke hulp, ondersteunende begeleiding, persoonlijke verpleging en activerende begeleiding. CTG/ZAio constateerde dat bij alle zorgfuncties, met uitzondering van *ondersteunende begeleiding*, sprake is van een hoge marktconcentratie (HHI >3500), gemiddeld over de zorgkantoorregio's (CTG/ZAio, 2005a). In 28 van de 32 zorgkantoorregio's is er volgens CTG/ZAio sprake van een potentieel risico en in dertien regio's is er sprake van een zodanig marktconcentratie dat er volgens de normen van de Europese Commissie sprake is van een risico uit oogpunt van marktwerking.

De marktconcentratie in het B-segment van de ziekenhuissector (gecontracteerde zorg) is recent onderzocht (Prismant, 2004). Conclusie van dit onderzoek was dat 60% van de ziekenhuizen opereert in een markt met een hoge marktconcentratie (HHI > 2000).

Marktconcentratie ziekenfondsen alleen in west Nederland gunstig

De Monitor Financiële Sector 2005 (NMa, 2005) rapporteert over de marktconcentratie in de zorgverzekeringsmarkt in 2005. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen marktconcentraties in regio's en op landelijk niveau. Ten aanzien van de regionale marktconcentraties zijn berekeningen gemaakt op basis van de regio's van de zorgkantoren en op basis van provincies. De zorgkantoorregio's komen goed overeen met de voormalige werkgebieden van ziekenfondsen. Na inwerkingtreding van de Zvw zijn mogelijk provinciale regio's geschikter, aangezien verzekeraars ook provinciale polissen mogen aanbieden. Op landelijk niveau is de HHI voor marktconcentratie van

zorgverzekeraars 1200, wat wijst op een matig geconcentreerde markt. Wat betreft marktconcentraties van ziekenfondsen in de zorgkantoorregio's varieerde de HHI van 1754 tot 4355. Vooral in het noorden, oosten en zuiden van Nederland is de regionale marktconcentratie hoog (HHI > 2000). *Figuur 4.3.1* toont de marktconcentraties van ziekenfondsen per provincie in 2003 op basis van gegevens van het CTZ.



Figuur 4.3.1: Marktconcentratie ziekenfondsen, landelijk en per provincie in 2003 (HH-index met onzekerheidsmarge) (Bron: CTZ).

Toetredingsbarrières voor extramurale AWBZ-zorg, gecontracteerde ziekenhuiszorg en zorgverzekeringmarkt

Hoge toetredingsbarrières in combinatie met een hoge marktconcentratie leiden mogelijk tot minder concurrentie in de zorgmarkt. Toetredingsbarrières kunnen onder meer worden veroorzaakt door regelgeving (dus 'toelating' tot de markt), de hoogte van de benodigde investeringen of door het gedrag van aanbieders.

In de verschillende zorgmarkten spelen verschillende barrières. Ten aanzien van de toetredingsbarrières in de extramurale AWBZ-zorg, concludeert CTG/ZAio dat naamsbekendheid en het opbouwen van een netwerk van verwijzende instanties mogelijke toetredingsbarrières vormen voor nieuwkomers (CTG/ZAio, 2005a). In het B-segment van de ziekenhuiszorg geeft CTG/ZAio in haar monitor aan dat vooral de zelfstandige behandelcentra (ZBC) de toetreders zijn, maar dat dit slechts betrekking heeft op maximaal een derde van de totale omzet in het B-segment (CTG/ZAio, 2005b). Bij toetreding op de zorgverzekeringmarkt kan een aantal potentiële barrières worden onderscheiden: wettelijke toetredingseisen, verzekeringstechnische schaalvoordelen, schaalvoordelen bij zorginkoop en scopevoordelen bij collectieve contracten (CTZ, 2005a).

Zorginkoop door zorgverzekeraars nauwelijks gericht op kwaliteit van zorg

De wijze waarop verzekeraars zorg inkopen is mede bepalend voor de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Zorgverzekeraars hebben in toenemende mate de belangrijke rol om goede zorg in te kopen. CTZ heeft onderzoek verricht naar de prestaties van zorgverzekeraars bij het inkopen van onder meer ziekenhuiszorg en kraamzorg. In de beoordelingsmethodiek van CTZ werd gescoord op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Ten aanzien van de ziekenhuiszorg in 2003 concludeerde CTZ dat zes van de vijftien onderzochte zorgverzekeraars goed scoorden voor hun zorginkoop. Deze resultaten waren voornamelijk gebaseerd op prestaties bij *toegankelijkheid* en *betaalbaarheid*. Over het algemeen was de score op het criterium *kwaliteit* van zorg 'slecht' tot hooguit 'matig' (CTZ, 2004). Een vergelijkbaar beeld was zichtbaar ten aanzien van de inkoop van kraamzorg in 2003 en 2004 (CTZ, 2005b). Ook hier was de score op het criterium *kwaliteit* van zorg hooguit 'matig'.

Daarnaast is de zorginkoop door zorgkantoren in 2005 door CTZ onder de loep genomen (CTZ, 2005c). Uitgangspunt was een convenant tussen de Staat der Nederlanden, ZN en het CVZ over onder meer de beheerskosten, toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. CTZ concludeerde dat de *concessiehouders* (beheerders van de zorgkantoren en verantwoordelijk voor de zorginkoop) de meeste taken in het convenant goed uitvoeren. Het inzicht in de kwaliteit van de zorg was in 2004 echter nog beperkt. In 2005 hebben echter alle concessiehouders afspraken gemaakt met de zorgaanbieders over kwaliteit.

Mate van verticale integratie in de zorg niet duidelijk

Verticale integratie (samenwerkingsverbanden binnen een zorgketen) kan nadelige invloed hebben op de concurrentie op de markt, vooral indien gecombineerd met horizontale integratie die leidt tot een grote zorgaanbieder in de keten. De mate van verticale integratie in de zorgketen kan worden gemeten bijvoorbeeld aan de hand van het percentage patiënten in een ziekenhuismarkt dat is ingeschreven bij huisartsen die in dienst zijn van een ziekenhuis. Of aan de hand van het percentage verpleeghuispatiënten in een ziekenhuismarkt dat is opgenomen in een verpleeghuis dat tot dezelfde "zorggroep" behoort als een ziekenhuis. Er zijn geen systematische gegevens beschikbaar die het mogelijk maken om de (gemiddelde) mate van verticale integratie van de verschillende schakels van de zorgketen te bepalen. In het Visiedocument extramurale AWBZ-zorg van CTG/ZAio (CTG/ZAio, 2005b) wordt opgemerkt dat verticale fusies tussen zorgaanbieders van AWBZ-zorg een veel voorkomend fenomeen zijn, maar kwantitatieve gegevens ontbreken. Verticale fusies tussen verpleeghuizen, woonzorgcentra en thuiszorginstellingen komen steeds vaker voor. Hoewel concrete cijfers van verticale integratie ontbreken, kan als indicatie worden opgemerkt dat 10 van de top 50 grootste zorgaanbieders "gemengde zorgconcerns" zijn (PWC/Zorgvisie, 2005). Op grond van de Zvw zijn vanaf 2006 ook de mogelijkheden voor verticale integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders (*quasi-verticale integratie*) sterk vergroot.

Verzekerdenmobiliteit met name voor ziekenfondsverzekerden beperkt

Een te lage graad van (dreiging van) overstappen van verzekerden tussen zorgverzekeraars is een signaal voor mogelijk onvoldoende concurrentie op de zorgmarkt. Zoals elders beschreven in deze Zorgbalans, is de verzekerdenmobiliteit laag. Dit blijkt uit een onderzoek van Laske-Aldershof uit 2005 in een representatieve steekproef van 2000 verzekerden (Laske-Aldershof & Schut, 2005). De mobiliteit van de ziekenfondsverzekerden in deze studie, berekend over drie maanden, was 2,4% in 2004. Voor particulier verzekerden was de mobiliteit groter met 8,7% in 2005. Meer details over verzekerdenmobiliteit staan beschreven in *paragraaf 3.2*.

Geen aanwijzingen voor risicoselectie door ziekenfondsen

Selectie door verzekeraars van verzekerden op basis van een risicoprofiel kan de mobiliteit van verzekerden in de weg staan. Risicoselectie kan ontstaan wanneer verschillende risicogroepen *voorspelbaar* winst- of verliesgevend zijn. Het CTZ heeft recent een onderzoek uitgevoerd naar risicoselectie door ziekenfondsen (CTZ, 2005d). Risicoselectie was als volgt gedefinieerd: “het (geoorloofd of ongeoorloofd) beïnvloeden van de in- en uitstroom van verzekerden ter optimalisering van het resultaat van de zorgverzekeraar”. Er werd geconcludeerd dat er geen signalen waren gevonden die veronderstellen dat er risicoselectie plaatsvindt. Ziekenfondsverzekerden die zich aanvullend wilden verzekeren, werden soms belemmerd in hun keus voor een zorgverzekeraar, zo bleek uit dit onderzoek. Er is geen systematische informatie beschikbaar over de mate van risicoselectie bij particulier verzekerden.

Rol van kostenafwenteling onbekend

Door kostenafwenteling kunnen premies onevenredig worden verlaagd of verhoogd en kan een niet realistisch beeld ontstaan van de kosten van zorg. Kostenafwenteling kan leiden tot een gunstige marktpositie van zorgverzekeraars ten nadele van specifieke groepen verzekerden of zorgsectoren.

Voor het functioneren van de *zorgverzekeringsmarkt* zijn drie vormen van mogelijke kostenafwenteling geïdentificeerd:

- Kostenafwenteling van collectieve naar individuele contracten
- Kostenafwenteling van de aanvullende naar de basisverzekering (in de Zvw)
- Kostenafwenteling van het B-segment (gecontracteerde ziekenhuiszorg) naar het A-segment.

Zoals eerder in deze paragraaf genoemd is, heeft onderzoek in 1999 aangetoond dat in de particuliere verzekeringen de collectieve premies 14% lager waren dan premies van vergelijkbare individuele polissen (Schut, 2000). Verder zijn er momenteel geen gegevens beschikbaar voor deze indicator. Naar verwachting kan deze indicator nader ingevuld worden met informatie die verzameld wordt in het kader van de Zvw per 2006. Onder meer de hoogte van premies in vergelijking tot dekking kan gebruikt worden voor deze analyse.

Wat we niet weten

De beschikbare informatie over marktwerking in 2004 heeft met name betrekking op de ziekenfondsen. Over het functioneren van de markt rond de particuliere verzekerin-

gen is minder informatie aanwezig. Dit heeft direct te maken met de beschikbaarheid van resultaten uit de onderzoeken in het kader van het toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet. Een aantal indicatoren is in deze Zorgbalans niet of nauwelijks aan de orde gekomen vanwege een gebrek aan informatie. De indicatoren 'verticale integratie' en 'kostenafwenteling' zijn van belang maar door onvoldoende informatie nog niet ingevuld. Verder zijn transparantie op de kwaliteit van de zorg en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars onderwerpen die relatief aan importantie zullen winnen na de invoering van de Zvw. Indien kwaliteit van de aangeboden zorg immers niet goed te beoordelen is, zal prijsconcurrentie kunnen leiden tot een laag kwaliteitsniveau. Met de inwerkingtreding van de Zvw zullen nieuwe initiatieven ontstaan om de marktwerking in de gezondheidszorg te monitoren. CTG/ZAio en CTZ gaan in 2006 samen in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa krijgt de taak om toezicht te houden op de zorgverzekeringsmarkt in het kader van de Wet marktordening, en zal hiervoor een monitor uitvoeren (CTZ, 2006). De Zorgbalans zal in de toekomst zo veel mogelijk aanhaken bij onder meer de resultaten van deze monitor.

4.4 Hoe is het gesteld met de arbeidsproductiviteit in de zorg?

Kernbevindingen

- Per saldo is er geen indicatie dat arbeidsproductiviteit in de verschillende zorgsectoren in de periode 1994-2003 sterk is toegenomen
- De productiviteit van de klinische ziekenhuiszorg volgt niet de trend in de Nederlandse economie
- Nederland heeft minder ziekenhuisontslagen per fte medewerker dan de buurlanden, België, Duitsland en Luxemburg

Waarom is arbeidsproductiviteit in de zorg belangrijk?

De vraag naar zorg groeit onder andere door demografische ontwikkelingen. Prognoses voorspellen dat in 2025, 22% van de beroepsbevolking in de zorg nodig is om aan de stijgende zorgvraag te kunnen voldoen (VWS, 2003b). Om het zorgpeil op niveau te houden, is het dus noodzakelijk dat de arbeidsproductiviteit in de zorg stijgt. Arbeidsproductiviteit in het algemeen is de hoeveelheid geleverd product, gedeeld door de geleverde inspanning (input / output). Het meten van arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg blijkt moeilijk operationaliseerbaar te zijn (Dell & van der Meulen, 2005). Vooral het vaststellen van de gerealiseerde uitkomsten, in termen van gerealiseerde gezondheid, leidt tot problemen.

De output

Omdat het vinden van een valide maat voor het product gezondheid niet goed lukt, worden in bestaande rapportages bijna altijd procesindicatoren of outputindicatoren gebruikt. Deze indicatoren betreffen bijvoorbeeld het aantal verpleegdagen, het aantal

behandelde patiënten of het aantal verrichtingen in ziekenhuizen. Echter, de relatie tussen dit type indicatoren en de gezondheidsuitkomst is vaak onduidelijk.

De input

Input is eenvoudiger te operationaliseren. Drie gangbare maten zijn:

- de personeelsomvang in voltijds equivalenten (fte's)
- het aantal gewerkte (mens)uren
- het aantal gewerkte (mens)uren maal tarief in euro's

Hoe we arbeidsproductiviteit vaststellen

- Ontwikkeling van productievolume in zes zorgsectoren, gedeeld door het aantal werknemers, in fte en gecorrigeerd voor arbeidsduurverkorting
- Trend in arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen vergeleken met trend in arbeidsproductiviteit van de Nederlandse economie als geheel
- Aantal ziekenhuisontslagen per fte ziekenhuiswerknemers

De stand van zaken

Per saldo geen indicatie dat arbeidsproductiviteit sterk is toegenomen

Drie verschillende instituten hebben een poging ondernomen het productievolume in de zorg vast te stellen (Prismant, CBS, SCP) (van der Meulen, 2005). Prismant berekent het productievolume uit het aantal patiënten en bewoners waarbij wordt gecorrigeerd voor zorgzwaarte op basis van procesindicatoren. Het SCP leidt het productievolume af van het zorggebruik maar corrigeert voor zorgzwaarte op basis van leeftijdspecifieke gewichten. Het CBS gebruikt in het algemeen de omzet of de productiewaarde om het productievolume te meten (van der Meulen, 2005).

Volgens alle drie berekeningen was er in de ziekenhuissector sprake van gelijkblijvende of dalende arbeidsproductiviteit (zie tabel 4.4.1). In de GGZ-sector geven de onderscheiden berekeningen een stijgende arbeidsproductiviteit te zien, hoewel er ook een uitkomst is die een sterke daling zou betekenen. Voor de gehandicaptensector spreken de resultaten elkaar tegen. In de verpleeg- en verzorgingshuizen daalde volgens de meeste berekeningen de arbeidsproductiviteit. Ook in de thuiszorg spreken

Tabel 4.4.1: Toename of afname in arbeidsproductiviteit op basis van productievolume in de verschillende zorgsectoren (%), gecorrigeerd voor arbeidsduurverkorting (Bron: van der Meulen, 2005).

	1994-2003	1994-2000 ^a		1998-2000 ^b	
	Prismant	SCP	Prismant	CBS	Prismant
Ziekenhuizen	0,0	-0,6	-0,1	-0,3	-0,3
GGZ	0,5	0,9	-1,9	1,1	0,5
Gehandicaptenzorg	-0,2	-1,2	-0,3	2,3	0,3
Verpleeghuizen	-1,1	-1,1	-1,6	1,9	-0,5
Verzorgingshuizen	-1,3	-2,0	-1,1	-0,2	-2,1
Thuiszorg	0,5	1,6	1,3	-0,7	-1,1

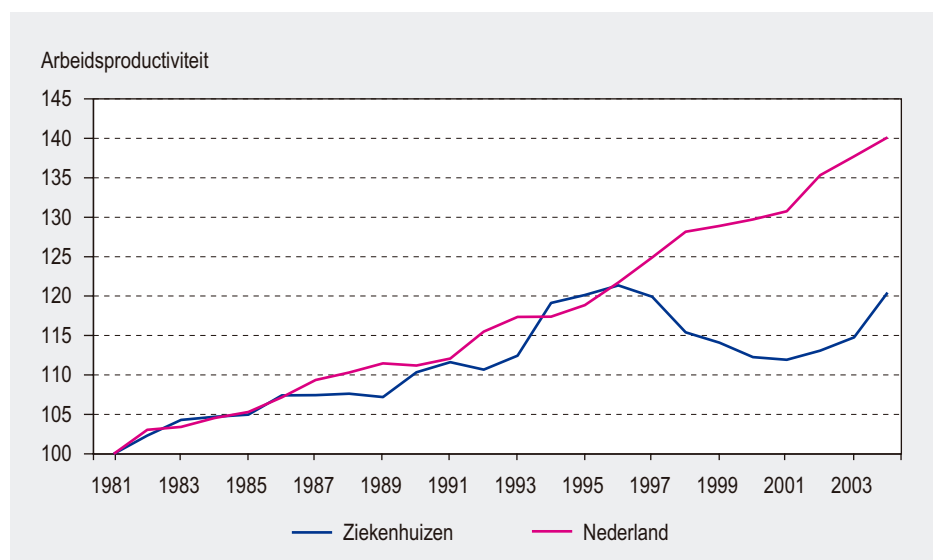
^a periode verschilt voor GGZ: 1996-2000 en gehandicaptenzorg: 1995-2000; ^b periode verschilt voor sector ziekenhuizen: 1995-2001.

de resultaten elkaar tegen, maar er zijn enkele aanwijzingen voor een mogelijke groei van de arbeidsproductiviteit in deze sector.

Over het geheel genomen is het dus lastig een sectoroverstijgende conclusie te trekken, omdat het beeld varieert tussen de onderscheiden sectoren. We kunnen wel concluderen dat voor de afgelopen periode er weinig aanwijzingen gevonden zijn die erop wijzen dat de arbeidsproductiviteit per saldo is toegenomen.

Productiviteit klinische ziekenhuiszorg volgt niet de trend in de Nederlandse economie

Figuur 4.4.1 toont de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg en die van de Nederlandse economie als geheel. Beide cijferreeksen zijn berekend door het productievolume te delen door de arbeidskosten. Het productievolume in de ziekenhuizen is berekend op basis van het aantal behandelde patiënten. Wanneer men aanneemt dat de gemiddelde patiënt het ziekenhuis gezonder verlaat dan dat deze binnenkomt, mag men ervan uitgaan dat een groter aantal behandelde patiënten leidt tot een betere uitkomst.



Figuur 4.4.1: Ontwikkeling arbeidsproductiviteit ziekenhuiszorg en Nederlandse economie, 1981-2004 (geschoond voor case mix op basis van Diagnosis Related Groups) (1981 = 100) (Bron: van der Meulen, 2006).

Figuur 4.4.1 laat zien dat tot 1995 de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg ongeveer even snel stijgt als in de rest van Nederlandse economie. Vanaf 1996 echter, is er een daling waar te nemen. Deze wordt primair veroorzaakt door een teruggang in het zorgvolume (het aantal behandelde patiënten) met ongeveer 0,5% per jaar tussen 1997 en 2000 (van der Meulen, 2006). Een oorzaak kan liggen in het volumebeperkende bekostigingssysteem. In 2000 worden de facto de budgettaire restricties opgeheven, en wordt een ruimer volume aan behandelingen vergoed. Het gevolg is dat vanaf 2000

het zorgvolume weer stijgt, wat zich vertaalt in een eveneens stijgende trend van de arbeidsproductiviteit tussen 2000 en 2004.

In Nederland minder ziekenhuisontslagen per fte medewerker dan in buurlanden

Een maat die kan worden gebruikt voor een internationale vergelijking voor arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen is het aantal ziekenhuisontslagen per fte ziekenhuismedewerker. Uit de *tabel 4.4.2* kan worden geconcludeerd dat in Nederland de ziekenhuizen minder patiënten behandelen per fte ziekenhuiswerknemer dan in bijvoorbeeld Belgische, Duitse en Luxemburgse ziekenhuizen. Daarnaast neemt in Nederland het aantal ziekenhuisontslagen per fte in de tijd af. Voorzichtigheid is echter geboden bij het gebruik van dit type gegevens omdat de verschillen in zorgsystemen en arrangementen van zorg tussen landen niet ten volle worden meegenomen.

Tabel 4.4.2: Internationale vergelijking van het aantal ziekenhuisontslagen per fte ziekenhuiswerknemers (per 100.000 bevolking) (Bron: OECD Health data 2005).

	1999	2000	2001	2002
Nederland	8,0	7,7	7,4	7,4
België	14,3	13,2	13,5	13,2
Duitsland	17,3	17,7	17,8	17,8
Luxemburg	18,6	17,9	17,3	16,6
Oostenrijk	18,0	18,2	18,5	19,2
Denemarken	11,5	11,8	11,8	12,1
Finland	18,5	17,9	17,0	16,7
Noorwegen	9,5	8,9	9,1	
Ierland	9,9	9,6	9,1	8,5
Italië	14,6	14,0	13,5	13,1
Tsjechië	17,0	16,7	16,3	16,6
Hongarije	36,0	23,8	23,8	25,6
Slowakije	14,3	14,2	15,1	14,9
Turkije	18,7	23,9	24,0	24,0
VS	7,3	7,1	7,2	7,3
Canada	8,1	7,7	7,0	6,8
Australië	13,6	13,3	12,9	12,7
Gemiddelde	15,0	14,3	14,2	14,5

Wat we niet weten

Het CBS heeft een volume-indicator voor klinische ziekenhuiszorg ontwikkeld op basis van de Landelijke Medische Registratie (Hilten et al., 2005), waarmee – uiteindelijk - de productiviteit van de ziekenhuizen berekend kan worden. Deze index is gebaseerd op het aantal ziekenhuisontslagen, inclusief dagbehandelingen, gewogen naar diagnose en leeftijd. Deze gegevens zijn voor 2004 niet beschikbaar. De gegevens van het CBS die gebruikt zijn voor *figuur 4.4.1* zijn gebaseerd op een oude berekeningswijze.

4.5 Hoe is de financiële positie van zorginstellingen?

Kernbevindingen

- De rentabiliteit van zorginstellingen was in 2004 gemiddeld 1,5%
- Er is een grote spreiding tussen instellingen in de waardes van financiële kengetallen
- De solvabiliteit van zorginstellingen is toegenomen van 8% in 2001 tot ruim 10% in 2004
- De liquiditeit van ziekenhuizen en instellingen in de gehandicaptenzorg was in 2004 -14%, die van instellingen in de verpleging en verzorging -10%
- De liquiditeit van zorginstellingen is tussen 2001 en 2004 gedaald
- De reserve aanvaardbare kosten van zorginstellingen is gestegen van ongeveer 6% in 2001 tot bijna 9% in 2004
- Eind 2004 was 40% van de zorginstellingen aangesloten bij het Waarborgfonds voor de Zorgsector, eind 2000 was dat nog 17%

Waarom is de financiële positie van zorginstellingen belangrijk?

Het zorgaanbod is in Nederland georganiseerd vanuit particulier initiatief. Daarbij is in toenemende mate sprake van marktwerking, waardoor de financiële verantwoordelijkheid van zorgaanbieders toeneemt. Voor de maatschappij is het belangrijk dat een bepaald niveau aan aanbod van zorg gegarandeerd is. Een te slechte financiële positie van instellingen zou dit in de weg kunnen staan. Daarbij komt bij dat de ontwikkeling van de financiële positie ook een indicatie geeft van de werking van de markt. Een sterke toename van financiële reserves kan er namelijk op wijzen dat de zorg te duur is ingekocht en het prijsmechanisme niet goed heeft gewerkt.

In deze paragraaf brengen we de financiële positie van intramurale zorginstellingen binnen drie sectoren in kaart: *ziekenhuizen*, *gehandicaptenzorg* en *verpleging en verzorging*. Extramurale instellingen en vrije beroepsbeoefenaren blijven buiten beschouwing.

Hoe we de financiële positie van zorginstellingen vaststellen

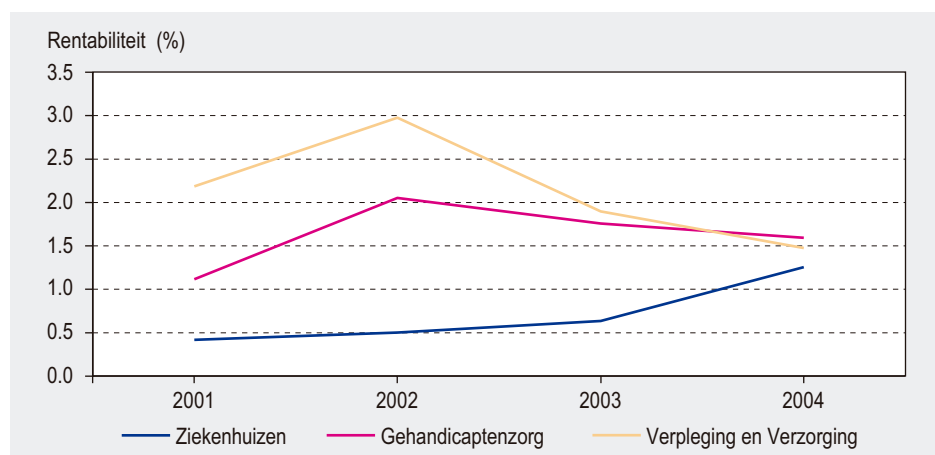
- Rentabiliteit
- Solvabiliteit
- Liquiditeit
- Reserve aanvaardbare kosten
- Participatiegraad in het Waarborgfonds voor de Zorgsector

De stand van zaken

Rentabiliteit zorginstellingen 1,5% in 2004

De rentabiliteit zegt iets over de winstgevendheid van instellingen. Op instellingsniveau is deze indicator gedefinieerd als de verhouding tussen het bedrijfsresultaat en de omzet. De rentabiliteit van een sector is het naar omzet gewogen gemiddelde van de rentabiliteit per instelling. Het definiëren van de rentabiliteit kan ook op andere manieren gebeuren. Dit levert vergelijkbare resultaten op.

In 2001 was de rentabiliteit van de ziekenhuizen 0,4% (zie *figuur 4.5.1*). Daarna steeg deze tot 1,3% in 2004. Voor instellingen in de gehandicaptenzorg steeg de rentabiliteit van 1,1% in 2001 tot 1,6% in 2004. In de *verpleging en verzorging* nam de rentabiliteit af van 2,2% in 2001 tot 1,5% in 2004. Voor alle drie de sectoren heeft dit kengetal in 2004 dus een hoogte van ongeveer 1,5% bereikt. Op macroniveau wordt er dus geen verlies gemaakt. Het percentage is echter wel lager dan de kapitaalmarktrente in Nederland, die al jaren in ieder geval boven de drie procent ligt (DNB, 2005). Zorginstellingen lijken dus op grond daarvan onaantrekkelijk voor investeerders.



Figuur 4.5.1: Rentabiliteit voor drie sectoren, 2001-2004 (Bron: Prismant, 2006).

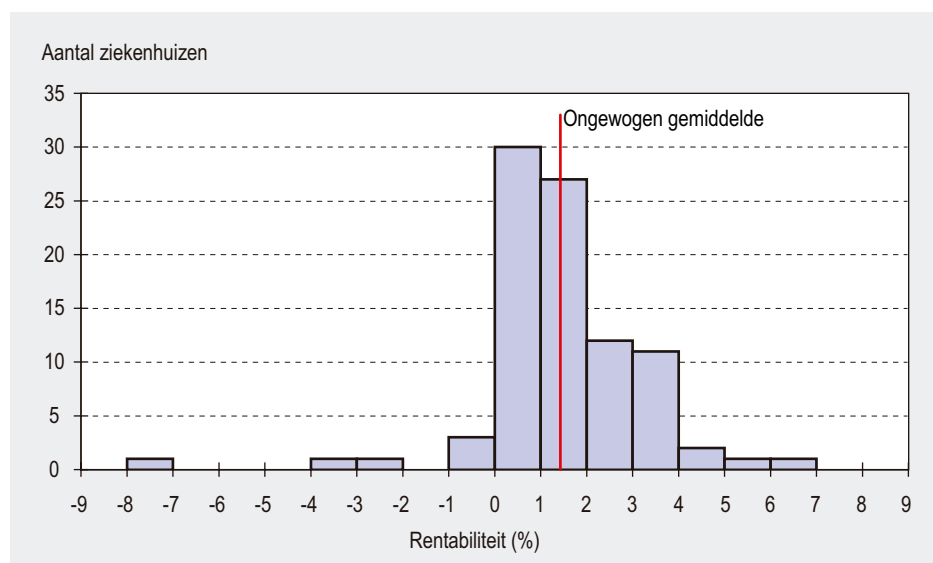
Grote spreiding tussen instellingen in waardes financiële kengetallen

In 2004 was de spreiding tussen ziekenhuizen in hun rentabiliteit groot (zie *figuur 4.5.2*). De laagste rentabiliteit van een ziekenhuis was -7,1%, terwijl de hoogste 6,5% bedroeg. Het ongewogen gemiddelde lag op 1,4%. Voor de andere indicatoren uit deze paragraaf en andere jaren geldt eenzelfde beeld. Er is dus een grote spreiding tussen instellingen in de waardes van hun financiële kengetallen. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat er grote verschillen zijn in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Door deze grote verschillen tussen instellingen moeten de algemene conclusies van stijging of daling met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Tegenover de stijging van de rentabiliteit van de ziekenhuizen staat dat één derde van de ziekenhuizen in 2004 een lagere rentabiliteit had dan in 2001. In de gehandicaptenzorg zag 46% van de instellingen, ondanks de landelijke stijging, haar rentabiliteit dalen tussen 2001 en 2004. Opmerkelijk is dat in de *verpleging en verzorging* het merendeel (53%) van de instellingen een stijgende rentabiliteit had, terwijl het landelijke gewogen gemiddelde daalde (Prismant, 2006).

Solvabiliteit zorginstellingen geleidelijk toegenomen

De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin instellingen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. Op instellingsniveau is deze indicator gede-



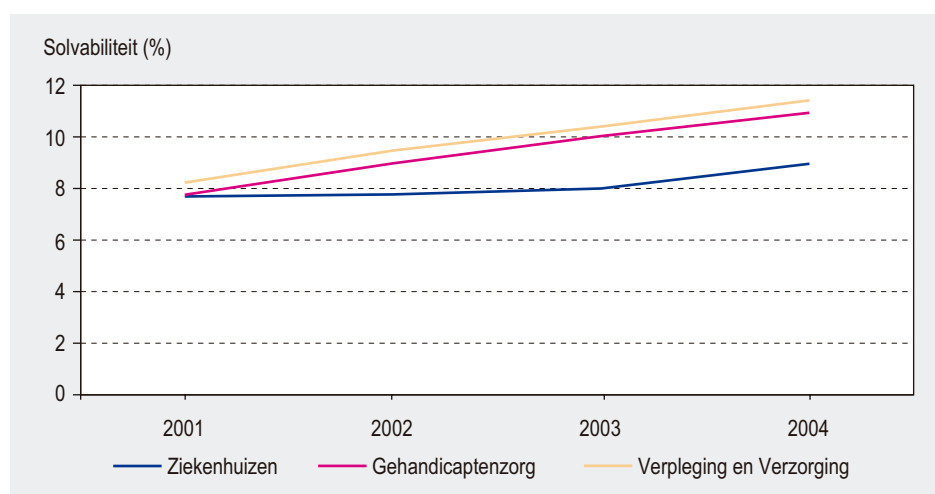
Figuur 4.5.2: Histogram en ongewogen gemiddelde van de rentabiliteit van ziekenhuizen, in 2004 (Bron: Prismant, 2006).

finieerd als de verhouding tussen eigen vermogen en bedrijfsomzet. De solvabiliteit van een sector is het naar omzet gewogen gemiddelde van de solvabiliteit per instelling. Het definiëren van de solvabiliteit kan ook op andere manieren gebeuren. Dit levert vergelijkbare resultaten op.

In 2001 bedroeg de solvabiliteit voor de drie beschouwde sectoren ongeveer 8% (zie *figuur 4.5.3*). Drie jaar later bedroegen deze 11% voor de sectoren *gehandicaptenzorg* en *verpleging en verzorging*, terwijl de sector *ziekenhuizen* gestegen was tot 9%. De solvabiliteit van zorginstellingen is dus van 2001 tot 2004 toegenomen. Gegeven de lage rentabiliteit van zorginstellingen, kan de solvabiliteit slechts langzaam toenemen. Voor de solvabiliteit geldt, net zoals voor de rentabiliteit (zie *figuur 4.5.2*), dat er een grote spreiding is tussen verschillende instellingen. Hierdoor moet uit de stijging slechts voorzichtig conclusies getrokken worden. Er waren namelijk bij de ziekenhuizen (42%), de gehandicaptenzorg (27%) en in de verpleging en verzorging (22%) een behoorlijk aantal instellingen dat de solvabiliteit toch zag dalen.

Solvabiliteit zorginstellingen lager dan in bedrijfsleven

De solvabiliteit van zorginstellingen was tussen 2001 en 2004 (zie *figuur 4.5.3*) lager dan in het bedrijfsleven gebruikelijk is. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) hanteert veelal een eis van 8% voor het borg staan voor een risicoloze lening (WfZ, 2001). Gegeven de grote spreiding tussen instellingen, zijn er velen die daaraan niet kunnen voldoen. Daar komt bij dat voor leningen met een groter risico, een hogere huidige solvabiliteit vereist wordt. Banken stellen vaak solvabiliteitseisen die rond de 30% liggen.



Figuur 4.5.3: Solvabiliteit voor drie sectoren, 2001-2004 (Bron: Prismant, 2006).

Liquiditeit zorginstellingen negatief

De liquiditeit geeft inzicht in de mate waarin de instelling aan haar verplichtingen op korte termijn kan voldoen. Het kengetal is op instellingsniveau gedefinieerd als de verhouding tussen de vlottende activa en het budget volgens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG-budget). De liquiditeit van een sector is het naar budget gewogen gemiddelde van de liquiditeit per instelling.

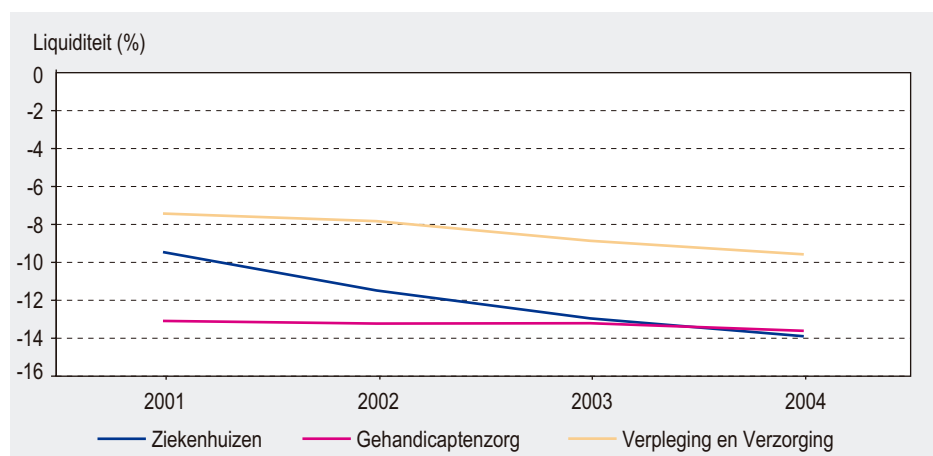
De liquiditeit is voor alle drie de sectoren negatief (zie *figuur 4.5.4*). Dit betekent dat ze in principe niet op korte termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. Ze staan structureel 'rood'. Vooral de instellingen voor gehandicaptenzorg ziekenhuizen hadden in 2004 een lage liquiditeit. Deze bedroeg ongeveer -14%. De instellingen voor verpleging en verzorging hadden in dat jaar een liquiditeit van ongeveer -10%. Een meerjarige negatieve liquiditeit van een zorgonderneming kan uiteindelijk leiden tot betalingsproblemen bij de financiering van zorg. Ook voor wat betreft de liquiditeit geldt weer dat er grote verschillen zijn tussen instellingen.

Liquiditeit zorginstellingen gedaald in 2001-2004

Voor alle drie de sectoren is de liquiditeit tussen 2001 en 2004 gedaald (zie *figuur 4.5.4*); in de gehandicaptenzorg van -13,1 naar -13,6 en in de verpleging en verzorging van -7,4 naar -9,6. De ziekenhuizen maakten de sterkste daling in liquiditeit door: van -9,5% in 2001 naar -13,9% in 2004. Ondanks de landelijke daling slaagde ruim 50% van de instellingen erin de liquiditeit in de periode 2001-2004 te laten stijgen.

Reserve aanvaarbare kosten zorginstellingen gestegen

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

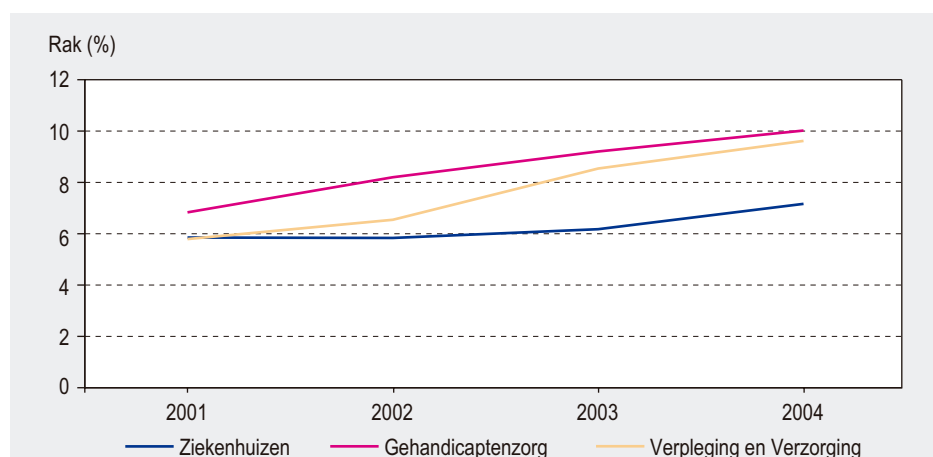


Figuur 4.5.4: Liquiditeit voor drie sectoren, 2001-2004 (Bron: Prismant, 2006).

voor aanvaardbare kosten (rak) aan banden gelegd. Nu instellingen zelf risicodragend zijn en er sprake is van meer marktwerking in de zorg zijn grotere reserves gewenst.

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.

Voor de drie verschillende sectoren is de rak-ratio gestegen in de periode 2001-2004 (zie *figuur 4.5.5*). De instellingen voor verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg hadden meer financiële reserves dan de ziekenhuizen. Die laatste groep had in 2004



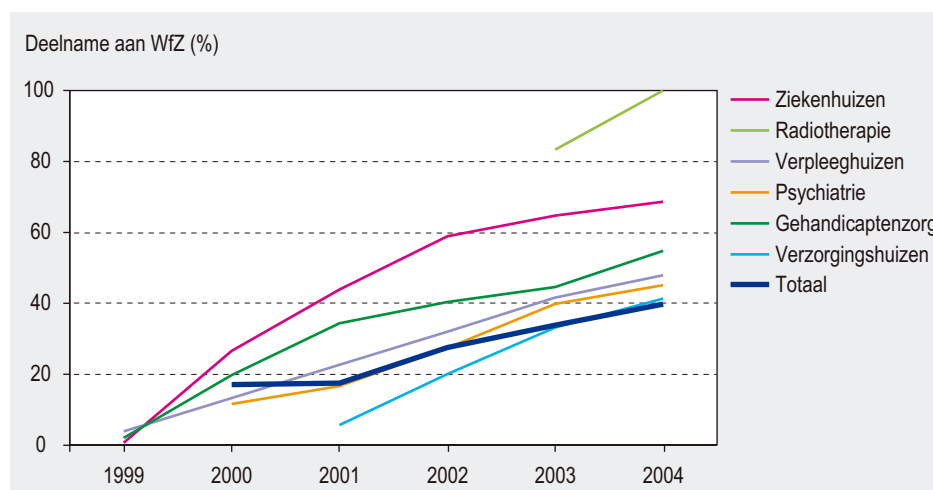
Figuur 4.5.5: Reserve aanvaardbare kosten voor drie sectoren, 2001-2004 (Bron: Prismant, 2006).

een rak-ratio van 7%. De verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg had in dat jaar een rak-ratio van ongeveer 10%. Voor de rak geldt net als voor de andere financiële kengetallen dat er grote verschillen zijn tussen instellingen. Voor 57% van de ziekenhuizen daalde de rak-ratio tussen 2001 en 2004, ondanks de landelijke stijgingen. Van de instellingen in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg zagen 22% respectievelijk 28% van de instellingen hun rak-ratio dalen.

Participatiegraad Waarborgfonds voor de Zorgsector van 17% in 2000 naar 40% in 2004

Het WfZ is een onafhankelijk fonds waarbij zorginstellingen zich kunnen aansluiten. Het fonds beoordeelt voor toetreding de instelling op haar kredietwaardigheid. Eenmaal toegetreden staat het fonds garant voor het terugbetalen van leningen in geval de instelling daartoe zelf niet in staat is. Daardoor kunnen instellingen een gunstiger rentetarief bedingen bij hun bank. In 2004 zorgde het WfZ op die manier voor 8,9 miljoen euro nieuw bruto rentevoordeel. Inclusief voorgaande jaren behaalden instellingen 26,7 miljoen euro rentevoordeel. Dit bedrag is een jaarlijks terugkerend voordeel (WfZ, 2005). Het WfZ stelt niet alleen eisen aan financiële kengetallen, maar kijkt ook naar zaken als kwaliteit van management, het hebben van een strategische visie en een ondernemersplan. Het percentage deelnemende instellingen geeft daarom een goede indicatie voor de financiële weerbaarheid van instellingen gericht op de toekomst.

Voor alle sectoren is een stijgende lijn te zien in de participatiegraad aan de WfZ (zie *figuur 4.5.6*). Gezien de korte bestaansduur (5 jaar) van het WfZ is de participatiegraad nog niet optimaal en kan de toename in het percentage deelnemende instellingen niet gezien worden als een verbetering van de financiële posities van de zorginstellingen. Op langer termijn zal een toename in de participatiegraad van de WfZ wel een afgeleide zijn van de financiële posities van de instellingen.



Figuur 4.5.6: Percentage instellingen deelnemend aan WfZ, per instellingscategorie en totaal, 1999-2004 (Bron: WfZ, 2000-2005).

De sector Radiotherapie heeft de hoogste deelname aan het WfZ (83,3% en 100%) (zie *figuur 4.5.6*). Het aantal instellingen is echter slechts zes. Ook de sector ziekenhuizen scoort hoog wat betreft de deelname aan de WfZ. Het totale percentage deelnemende instellingen is gestegen van 17% in 2000 tot 40% eind 2004.

Wat we niet weten

Gegevens over extramurale instellingen (en individuele beroepsbeoefenaren) ontbreken. In de volgende Zorgbalans wordt ook informatie over de financiële positie van zorgverzekeraars opgenomen. Het bleek niet mogelijk voor 2004 hierover een valide en compleet beeld te schetsen.

Er moet nog gewerkt worden aan goed onderbouwde normen voor de financiële positie van zorginstellingen. Deze moeten passen bij zorgsectoren waar daadwerkelijk sprake is van meer marktwerking.

Het is niet bekend wat de impact van het hebben van lage financiële kengetallen is op de bedrijfsvoering van instellingen. Wellicht worden sommige instellingen daardoor echt beperkt in hun handelen, maar het zou ook kunnen dat dergelijke kengetallen het nemen van beslissingen niet in de weg staan.

De spreiding tussen instellingen in de waardes van hun financiële kengetallen is moeilijk te kwantificeren. Het is daarom ook onbekend of *de spreiding* tussen instellingen toe- of afgenomen is.



HOOFDSTUK 5 OP WEG NAAR DE VOLGENDE ZORGBALANS

5.1 Inleiding

De Zorgbalans is een nationale monitor waarin Nederland internationaal vergeleken wordt

De Zorgbalans beoogt met behulp van 125 indicatoren op hoofdlijnen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg te monitoren en internationaal te benchmarken. De Zorgbalans heeft tot stand kunnen komen dankzij het bestaan van een grote hoeveelheid gegevensbronnen (zie *bijlage 3*). Werkers en gebruikers van de gezondheidszorg voorzien deze bronnen van gegevens. De dagelijkse gegevensstromen komen terecht bij registratie- en onderzoeksinstellingen. Deze hebben als opdracht de gegevens tot betekenisvolle kennis om te zetten.

De Zorgbalans is daarmee een nationale onderneming en kan gezien worden als een aanvulling op de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) die de staat van de volksgezondheid monitort en evalueert.

De Zorgbalans is een groeitraject

De Zorgbalans is door het Ministerie van VWS opgezet als een groeitraject. Niet alle ambities kunnen in één keer worden waargemaakt. Dit hoofdstuk kijkt vooruit naar de volgende Zorgbalans. Hierbij vormt het voorbeeld van de VTV een inspiratiebron. Door een goede mix van continuïteit en vernieuwing is deze de afgelopen dertien jaar toegenomen in bruikbaarheid voor beleid en andere partijen.

Om een aanzet te geven voor de meningsvorming voor verbeteringen voor een volgende Zorgbalans, worden de vragen beantwoord:

1. Wat zijn de belangrijkste beperkingen van deze eerste Zorgbalans? (5.2)
2. Welke wensen ter verbetering vloeien hieruit voort voor indicatoren, beschikbare gegevens en informatie-infrastructuur? (5.3)
3. Hoe kan de bruikbaarheid voor en betrokkenheid van diverse partijen worden vergroot? (5.4)

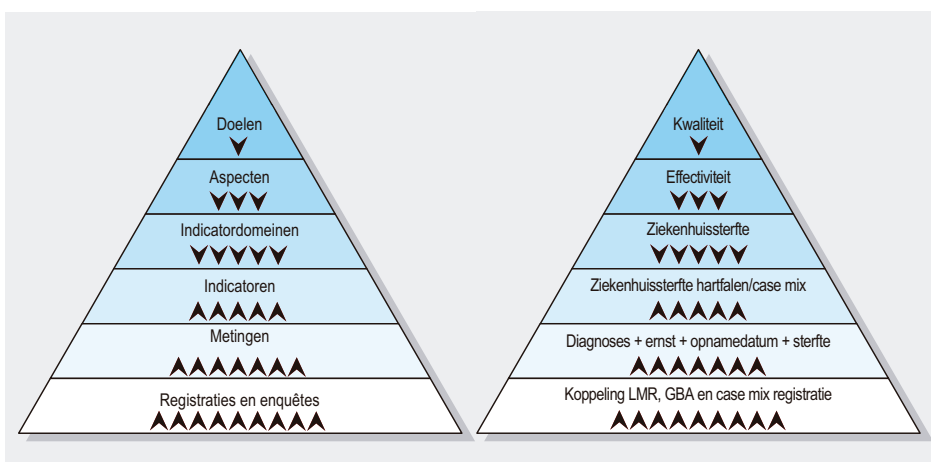
Bij de beantwoording van deze vragen wordt de indicatorpiramide gebruikt (zie *blok 5.1*). Deze piramide beschrijft de vele stappen (of lagen) die liggen tussen de abstract geformuleerde doelstelling van de Zorgbalans en de concrete metingen in het zorgsysteem die daarvoor gebruikt zijn.

Blok 5.1: De indicatorpiramide

Aan de top van de piramide staan de drie publieke doelen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Aan elk daarvan zijn begripsmatig (deel)aspecten onderscheiden (indicator domeinen). Die (deel-)aspecten zijn voorzien van meetbare (prestatie)indicatoren op proces- en uitkomstniveau. De metingen vinden plaats in registraties en enquêtes. Het is van belang dat dit gebeurt met behulp van gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten. Transparantie en eenheid van taal zijn basisvoorwaarden om de processen in de

informatievoorziening effectief en efficiënt te laten verlopen. Sterktes en zwaktes in de ene laag van de piramide werken door in de andere lagen.

Een aantal pijlen in de piramide wijst omlaag en andere wijzen omhoog. Dat geeft het proces van de Zorgbalans weer. Aan de ene kant is top-down en conceptueel geredeneerd: welke gegevens zijn idealiter nodig om een zinvol beeld van het functioneren van het zorgsysteem te geven. Anderzijds is bottom-up gekeken welke gegevens in bestaande rapportages beschikbaar zijn. Waar zij elkaar ontmoeten ontstaat een spanningsveld. Er is zelden een één op één relatie tussen een conceptueel begrip en een empirische meting. Om een conceptueel breed begrip als kwaliteit van zorg te meten zijn in theorie vele verschillende meetinstrumenten nodig. Omgekeerd kan een bepaald gegeven of meetinstrument gebruikt worden om inzicht te verkrijgen in meerdere aspecten van de zorg.



Figuur 5.1: De indicatorpiramide

Figuur 5.2: Ziekenhuissterfte aan hartfalen als één van de 20 indicatoren voor effectiviteit van curatieve zorg

5.2 Ambities en beperkingen

Het doel van de Zorgbalans is de landelijke prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg weer te geven met behulp van een beperkte set van indicatoren, op basis van bestaande gegevens. Trends in de tijd, internationale vergelijking en vergelijking met beleidsnormen en beleidsdoelen zijn hulpmiddelen voor een beleidsmatige beoordeling van die prestaties. Door de opdrachtgever wordt veel belang gehecht aan het patiëntenperspectief en het (op termijn) monitoren van effecten van stelselwijziging en zorgvernieuwing (VWS, 2004b). Deze ambitie stelt hoge eisen aan de gegevens, de indicatoren, en de presentatie. In feite zijn de genoemde ambities te beschouwen als criteria waaraan de indicatoren idealiter zouden moeten voldoen. De Zorgbalans zou grotendeels leeg zijn gebleven als elke indicator aan alle gestelde eisen zou moeten voldoen. Daarom is gezocht naar een balans in de totale set van indicatoren waarbij iedere indicator in ieder geval aan een aantal criteria voldoet. Hierbij is gezocht naar de best mogelijke set.

Deze eerste Zorgbalans heeft plussen en minnen:

- + Het ontwikkelende raamwerk voor indicatoren is internationaal goed veranderd en ontvangen
- + De gekozen systeemdoelen en indicator domeinen sluiten aan bij het VWS beleid
- +/- De empirische resultaten over 2004 tonen wel een breed beeld, maar geen totaalbeeld van de zorg
- De vergelijkbaarheid van de gegevens o.a. naar tijd, plaats en beleidsnormen is nog beperkt (zie *tabel 5.1*)
- De interpreteerbaarheid van afzonderlijke indicatoren in termen van relevantie en zeggingskracht voor beleid en veld kan nog beter

Hieronder gaan we in op de minnen omdat deze aanzetten voor de verbeteragenda voor de volgende Zorgbalans geven.

Wel een breed beeld, geen totaalbeeld

De 125 indicatoren geven tezamen een breed beeld van de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem, maar beogen niet de prestaties van alle specifieke onderdelen van de zorg in beeld te brengen. De eis dat de set van indicatoren beperkt in aantal moet zijn, ligt daaraan ten grondslag. De indicatoren geven *signalen* af hoe de Nederlandse zorg ervoor staat wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Alle totaaluitspraken over 'de Nederlandse zorg' zijn dan ook geconditioneerd. Ze gelden 'op basis van de gehanteerde set van indicatoren'. In opdracht van het Ministerie van VWS is de sector maatschappelijke ondersteuning buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.1: Kwaliteit van de empirische vulling van de indicatoren

Zorgbehoefte/sector	Kwaliteit			Toegang	Kosten
	Effectiviteit	Veiligheid	Patiënt-gerichtheid		
Gezond blijven/preventie					
Beter worden/cure					
Leven met ziekte/handicap/ langdurige zorg					
Zorg in de laatste levensfase					

donker: > goed; licht: >matig; lichtst: slecht

Naar Amerikaans voorbeeld (AHRQ, 2005) geeft *tabel 5.1* op hoofdlijnen weer in welke mate de gebruikte indicatoren met (min of meer) adequate gegevens gevuld zijn. Duidelijk is dat een volgende Zorgbalans in ieder geval meer aandacht zal moeten besteden aan indicatoren over de zorg in de eindfase van het leven (terminale fase, palliatieve zorg).

Niet alle onderwerpen zijn in alle onderdelen van de zorg even relevant. In het preventieveld verschilt de relevantie en de kwaliteit van de gegevensvoorziening bijvoorbeeld tussen deelsectoren als gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Bij gezondheidsbevordering speelt veiligheid niet of nauwelijks een rol van betekenis, maar participatie van de doelgroep juist wel. In het maatschappelijk debat komt vooral de effectiviteit van gezondheidsbevordering.

De vergelijkbaarheid van gegevens is vooralsnog beperkt

De helft van de indicatoren in deze Zorgbalans bevat trendgegevens in enigerlei vorm, en twintig procent van de indicatoren geven een internationale vergelijking. Voor enkele indicatoren zijn kwantitatieve beleidsnormen beschikbaar waarmee de resultaten vergeleken konden worden (zie tabel 5.2).

Tabel 5.2: *Vergelijkbaarheid van gegevens in de Zorgbalans naar kenmerken.*

Kenmerk	Percentage indicatoren dat aan kenmerk voldoet	Beperkingen
Trend in de tijd	50	Vaak slechts een vergelijking van enkele jaren
Internationale vergelijking	20	Grotendeels beperkt tot OECD-gegevens; OECD-gegevens lopen enkele jaren achter
Vergelijking met beleidsnorm	<5	Slechts voor enkele indicatoren zijn kwantitatieve beleidsnormen beschikbaar

Ook de vergelijkbaarheid van gegevens tussen aandoeningen, bevolkingsgroepen en zorgsectoren is (nog) niet optimaal. Gegevens zijn daardoor niet optelbaar of in een eenvoudige grafiek te vatten. In dat geval is er vanwege de beperkte beschikbare ruimte voor gekozen om geen totaalbeeld te schetsen, maar enkele voorbeelden te geven. De voorbeelden zijn daarbij zo veel mogelijk gekozen op grond van de belangrijkheid voor het functioneren van het zorgsysteem. De website www.gezondheidszorgbalans.nl zal in de toekomst meer gegevens bevatten en daarmee een breder beeld geven dan dit rapport.

De lijst van indicatoren is nog niet ideaal: de zeggingskracht voor beleid kan beter. Het scheppen van een samenhangend beeld, zoals in *de Zorgbalans op hoofdlijnen* is gepoogd, is het belangrijkste doel van de Zorgbalans. Die wens is een belangrijk criterium geweest bij de selectie van indicatoren. Tegelijkertijd zullen gebruikers elke indicator *afzonderlijk* willen interpreteren. Daarbij is om een aantal redenen voorzichtigheid geboden:

- de aansluiting tussen (conceptuele) indicatoren en beschikbare gegevens is nog niet overal optimaal, daarom is regelmatig gebruik gemaakt van ‘second best’ indicatoren,

- oorzaak-gevolg relaties zijn niet altijd duidelijk, wat nadelig is voor de interpretatie van de bevindingen,
- er kon nog nauwelijks gebruik gemaakt worden van de vele lopende initiatieven om nieuwe indicatoren op te stellen die passen bij de nieuwe doelen van het zorgsysteem zoals zorgvernieuwing, vraaggestuurde zorg, benchmarking en marktwerking.

De Zorgbalans kan een bijdrage leveren aan de monitoring van de stelselwijziging, maar is hier niet specifiek op gericht. Naast de Zorgbalans zullen specifieke evaluatiestudies nodig zijn naar onderdelen van het stelsel.

5.3 De verbeteragenda voor de volgende Zorgbalans

Aansluitend bij de genoemde verbeterpunten in *paragraaf 5.2* zal de volgende Zorgbalans

- meer trendgegevens, internationale vergelijkingen en vergelijkingen met beleidsnormen willen presenteren,
- indicatoren willen verbeteren, lege plekken willen opvullen en de zeggingskracht voor beleid willen verbeteren.

Meer trendgegevens en internationale vergelijkingen

De volgende Zorgbalans kan naar verwachting meer trendgegevens presenteren en over een langere periode, omdat zoveel mogelijk gebruik is gemaakt van continue bronnen en van eenmalige bronnen die als monitoringinstrument zijn opgezet. Voorwaarde is wel dat die continuïteit ook feitelijk plaatsvindt. Aandachtspunten zijn hier (tussen haakjes de belangrijkste voorbeelden):

- er is geen garantie voor continuïteit van een aantal al langer bestaande bronnen als gevolg van dreigen met of zelfs (tijdelijk) stopzetten (LMR, ziekenhuiswachlijsten, POLS, aanrijtijden ambulances, monitor palliatieve zorg),
- er is sprake van onvergelijkbaarheid in tijd als gevolg van veranderingen in registraties (DBC's, overgang van ZRS naar AZR),
- er is geen garantie dat nieuwe bronnen en eenmalige analyses herhaald zullen worden (CAHPS, Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, achtergrond- en landenanalyses van de OECD).

Een betere Zorgbalans kan niet zonder investeringen in de continuering van bestaande gegevensbronnen en in nieuwe gegevensverzameling.

Voor een volgende Zorgbalans is het zinvol meer van de binnenlandse variatie tussen prestaties van zorgaanbieders en verzekeraars te laten zien en opnieuw, zoals in *paragraaf 2.9*, aandacht te besteden aan de verspreiding van een aantal technologische en zorginnovaties. Op www.gezondheidszorgbalans.nl zal ook aandacht worden besteed aan *best practices* in de zorg. Daarnaast kan veel geleerd worden door vergelijkingen met het buitenland, vooral wat betreft systeemkenmerken van het Nederlandse zorgsysteem die immers voor heel Nederland gelden en waarvan per definitie alleen van het buitenland geleerd kan worden. CBS en RIVM werken mee in de voorhoede van de

internationale indicator-ontwikkeling (ECHI-project, EUPHIX, OECD). Het RIVM werkt in kleiner verband bovendien samen met landen waar prestatiemeting al verder is ontwikkeld zoals het Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten en Canada. De internationale vergelijkbaarheid kan worden vergroot door een goede en tijdige data-aanlevering vanuit Nederland en door harmonisatie van meetinstrumenten en -analyses.

De vergroting van de vergelijkbaarheid met beleidsnormen en beleidsdoelen is vooral afhankelijk van de mate waarin het beleid expliciete doelen formuleert. Als alternatief kunnen vergelijkingen met normen van professionals, patiënten en consumenten en toezichhouders dienen.

Verbreden indicatorenset en verbeteren van zeggingskracht

De volgende Zorgbalans kan gebruik maken van veel lopende initiatieven tot informatieverbetering. Op alle niveaus in de zorg wordt (in binnen- en buitenland) gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe meetinstrumenten die toegesneden zijn op het monitoren van de veranderingen in de zorg en de effecten daarvan: van nieuwe meetinstrumenten die beogen meer inzicht te geven in patiëntenoordelen tot nieuwe registraties die inzicht geven in marktwerking onder verzekeraars en zorgaanbieders en in functiegerichte zorg.

Het ligt voor de hand om aan het registratie- en onderzoeksveld in samenwerking met het zorgveld te vragen welke van de indicatoren die zij ontwikkelen, het meest relevant zijn voor de nationale Zorgbalans en deze indicatoren vervolgens te beoordelen aan de hand van een set van beoordelingscriteria. Nederlandse en internationale sets van beoordelingscriteria kunnen als voorbeeld dienen (AHRQ, 2005, AeZQ, 2001). Deze sets vertonen veel overlap. Ook de criteria uit de opdracht van VWS en de ervaring opgedaan met het samenstellen van deze eerste Zorgbalans kunnen hierbij gebruikt worden. De zeggingskracht van een indicator is sterker wanneer de relatie met het bereiken van de publieke volksgezondheidsdoelen en de generaliseerbaarheid naar en de samenhang met andere onderdelen van de zorg wetenschappelijk overtuigender bewezen is. Veel aandacht zal daarom moeten uitgaan naar de wetenschappelijke onderbouwing en interpretatie van de indicatoren. Blok 5.2 geeft weer waar volgens het Zorgbalans team prioriteiten liggen.

In het traject naar de volgende Zorgbalans kunnen de volgende stappen worden onderscheiden:

1. evaluatie van de eerste Zorgbalans,
2. overleg met het veld over de verbetering van indicatoren,
3. het opstellen van een concrete informatieagenda uitmondend in afspraken over gegevenslevering voor de tweede Zorgbalans en adviezen aan het ministerie van VWS over de verbetering van de informatie-infrastructuur,
4. (meer) betrekken van externe experts bij analyses van primaire gegevens en het schrijven aan de tweede Zorgbalans en de Zorgbalans website.

Blok 5.2: Prioriteiten in 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) effectiviteit en bereik preventie (gezondheidsbevordering)

Kwaliteit

- 1) patiënt- en consumentervaringen, 2) volgen van richtlijnen en protocollen, 3) patiëntveiligheid

Toegankelijkheid

- 1) financiële toegankelijkheid, 2) kwaliteit van zorg voor kwetsbare groepen, 3) keuzemogelijkheden

Kosten

- 1) marktwerking, 2) effecten stelselherziening (o.a. verzekeringsmarkt, financiële positie zorgverzekeraars)

Onderlinge samenhang

- 1) doelmatigheid, 2) relatie met gezondheid, 3) afstemming en samenwerking, ketenzorg

De verbeterpunten verschillen per indicatordomein en ook bij de andere indicatoren zijn verbeteringen mogelijk. Zie daarvoor in elke paragraaf van de hoofdstukken 2-4 de alinea's die gewijd zijn aan 'wat we niet weten'.

De verbetering van registraties vereist betrokkenheid van het veld en een doelmatige regie op de informatievoorziening

In de onderste laag van de piramide vindt het registratiewerk, het vastleggen van gegevens, in de praktijk plaats. De administratieve last van gegevensverzameling komt neer op degenen die de primaire informatie als onderdeel van hun dagelijkse werk in de zorg verzamelen. Degenen die bepalen wat er vastgelegd moet worden, zullen zorgvuldig moeten nadenken hoe hun registratiewensen aansluiten op het primaire proces. Facilitering van de primaire vastlegging van gegevens mag meer aandacht krijgen. De regie dient gericht te zijn op eenheid van taal (waar nodig), transparantie van alle betrokkenen en het verkrijgen van overzicht over de informatievoorziening (meta-informatie).

Om een nationale Zorgbalans te kunnen maken is eenheid van taal nodig. Eenheid van taal vergt investering, maar levert daarna veel op aan analyse- en zeggingskracht en aan administratieve lastenverlichting.

De Zorgbalans kan meeliften op de *benchmark* golf (en in die zin bijdragen aan zo laag mogelijke administratieve lasten). De ontwikkeling van benchmarks gaat het snelst in de curatieve en langdurige zorg. In de preventie sector komt de ontwikkeling nu op gang. Vereist is bereidheid tot transparantie: het willen delen van informatie door partijen met elkaar. Ook de koppeling van registraties levert winst op (minder administratieve lasten), maar alleen als de juiste registraties blijven bestaan en als partijen bereid zijn tot koppeling. Transparantie maakt het mogelijk dat gegevens maar éénmalig vastgelegd hoeven te worden, zodat meerdere partijen deze gegevens kunnen gebruik-

ken. In een situatie van meer marktwerking is het vanuit concurrentieoverwegingen niet vanzelfsprekend dat gegevens door marktpartijen met elkaar gedeeld worden. Het is een duidelijke taak van de overheid om het collectieve belang te waarborgen door de benodigde informatie te doen verzamelen en beschikbaar te laten zijn. Daarover moeten afspraken gemaakt worden. De discussie zou dan minder hoeven te gaan over de beschikbaarheid van gegevens, en juist meer over de betekenis van de informatie.

Een voorwaarde voor regievoering is dat een metasysteem overzicht verschaft van de stand van zaken van de informatievoorziening en de verbeteringsinitiatieven die plaats vinden. Er is op metaniveau nu nog onvoldoende overzicht over de bestaande informatiebronnen en de initiatieven om nieuwe informatiebronnen te scheppen. Het enige instrument hiervoor op dit moment is de website Tellen en Meten. In de huidige vorm voldoet deze niet langer.

5.4 De bruikbaarheid van de Zorgbalans en de betrokkenheid van partijen

De Zorgbalans is een gezamenlijk leerproces van het ministerie van VWS, het RIVM, veldpartijen en (inter)nationale organisaties (wetenschap/instellingen). Alle betrokkenen zullen vanuit de eigen positie anders kunnen oordelen over de vraag welke ambities bereikt zijn en hoe een volgende Zorgbalans er uit zou moeten zien. Verschillende partijen zullen andere prioriteiten stellen en verschillen van mening over de onderwerpen en indicatoren waar zij meer de diepte in willen. Alle partijen zullen in dit rapport vermoedelijk gegevens vinden die voor hen van belang zijn, maar soms naar eigen idee te weinig om vanuit hun gezichtspunt voldoende zicht te krijgen op de eigen rol en die van anderen in het functioneren van het zorgsysteem. Naast dit rapport komt er echter ook een Zorgbalans website (www.gezondheidszorgbalans.nl). Deze website zal meer achtergrondgegevens gaan bevatten over de wetenschappelijke onderbouwing van de indicatoren en daarnaast ook meer uitsplitsingen van de gegevens naar bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, zorgsectoren, regio en diagnoses. Door verbindingen met de websites van Nationaal Kompas Volksgezondheid, Nationale Atlas Volksgezondheid en Kosten van Ziekten in Nederland zal dit voor een groot deel al op korte termijn aan deze behoefte van alle verschillende gebruikers tegemoet kunnen komen.

De eerste Zorgbalans is in zeer korte tijd door een beperkt aantal partijen geproduceerd. Het is de bedoeling bij de volgende Zorgbalans relevante partijen meer te betrekken. Reacties op deze eerste Zorgbalans kunnen als een vliegwiel werken om de informatie-infrastructuur in Nederland en daarmee het inzicht in de prestaties van het zorgsysteem te verbeteren.

LITERATUUR

- Abbink EJAA, den Dekker J. Signalement Mondzorg 2004. Diemen: CVZ, 2005.
- Abbink F, Greeff SC, van den Hof S, de Melker HE. Het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland: het vóórkomen van de doeleziekten (1997-2002). Bilthoven: RIVM, 2005.
- Abbink F, Greeff SC, van den Hof S, de Melker HE, Achterberg PW. Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. Bilthoven: RIVM, 2004.
- ACHS, Australian Council on Health Care Standards. www.achs.org.au, geraadpleegd 17.08.2005.
- Achterberg PW. Met de beesten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, Databank Wonen-Zorg. www.kcwz.nl, geraadpleegd 14.02.2006.
- AeZQ, Aertzliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Critical appraisal of clinical performance measures for quality management quality criteria and quality indicators in health care. Köln: AeZQ, 2001.
- AHRQ, Agency of Healthcare Research and Quality. www.ahrq.gov, geraadpleegd 17.08.2005.
- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Quality Report. United States Department of Health and Human Services. Rockville, MD: AHRQ, 2005.
- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Disparities Report 2003. Rockville, MD: AHRQ, 2004a.
- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Quality Report. United States Department of Health and Human Services. Rockville, MD: AHRQ, 2004b.
- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Quality Report. United States Department of Health and Human Services. Rockville, MD: AHRQ, 2003a.
- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety. In: National Healthcare Quality Report. Chapter 4. United States Department of Health and Human Services. Rockville, MD: AHRQ, 2003b.
- Allart-van Dam E. Indicated prevention of depression and prediction of outcome: The coping with depression course. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003.
- 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 (aangeboden).
- 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.
- Arcares. Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003. Prestaties van zorgaanbieders gemeten. Algemeen rapport. Utrecht: Arcares, 2004.

- AZN, Ambulancezorg Nederland. Jaarplan ambulancezorg 2006. Zwolle: AZN, 2005.
- Baan CA, Bos G, Jacobs-van der Bruggen MAM. Modeling chronic disease: the diabetes module. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Baan CA, Feskens EJM. Diabetes mellitus samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen\ Diabetes mellitus, 7 oktober 2005.
- Baanders A. Bezuinigingen in de zorg: gevolgen voor chronisch zieken in het ziekenfonds. Factsheet PPCZ. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Bemelmans W, Tiemersma EW. Effectiviteit. In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\ Preventie\ Feiten en cijfers\ Settinggerichte preventie\ Zorg, 10 mei 2005.
- Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bos G, Schuit AJ, Tjihuis MAR. Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg; een verkennende studie naar de effecten. Bilthoven: RIVM, 2004.
- Berg MJ van den, de Bakker DH, van Roosmalen M, Braspenning JCC. De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Berg MJ van den, Kolthof ED, de Bakker DH, van der Zee J. De werkbelasting van de huisarts. In: Braspenning JCC, et al. (red.). Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Berg M van den, de Bakker DH. Meta-analyse introductie praktijkondersteuning op hbo-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Bessems K, de Ruiters S, Buijs G. Toolkit overgewicht; preventie van overgewicht binnen de setting school. Woerden: NIGZ, 2006.
- Blank JLT, van Hulst BL. Verspreiding van vernieuwing: een empirische diagnose van de verspreiding van innovaties in Nederlandse ziekenhuizen. In: Weten wat we doen. Verspreiding en innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005:115-160.
- Blokstra A, Schuit AJ. Factsheet overgewicht; prevalentie en trend. Bilthoven: RIVM, 2003.
- Boer A de (red.). Kijk op informele zorg. Den Haag: SCP, 2005.
- Bolhuis P, Mandos E, Hollander M. Kwaliteit van de arbeid in de gehandicaptenzorg. Medewerkersraadpleging 2004. Leiden: Research voor Beleid, 2004.
- Bours GJJW, Halfens RJG, Wansink SW. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003.
- Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (red.). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.
- Brouwer W, Delnoij DMJ. Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiëntentevredenheid. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Bruurs MJH, van den Brink GTWJ, Spenkelink-Schut G, Verboon EM, Holdrinet RSG. Het ijs is gebroken. Eerste ervaringen met de physician assistant stemmen hoopvol. Med Contact 2005;60(10).
- Buijs G, Bouwens JGM. Effectiviteit. In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\ Preventie\ Feiten en cijfers\ Settinggerichte preventie\ School, 11 mei 2005.
- Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Advies 2005 over de initiële

- opleiding geneeskunde beide vanaf 2006. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2005.
- Cardol M, van Dijk L, de Jong JD, de Bakker DH, Westert GP. Huisartsenzorg, wat doet de poortwachter? In: Braspenning JCC, et al. (red.). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Overhead in algemene ziekenhuizen gestegen. Webmagazine, 3 april 2006.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Nationale Rekeningen: Voorburg/Heerlen: CBS, 2006a.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Zorgrekeningen. Voorburg/Heerlen: CBS, 2006b.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Doodsoorzakenstatistiek, 2005a.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2005. Voorburg/Heerlen: CBS, 2005b.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Nationale Rekeningen: Voorburg/Heerlen: CBS, 2005c.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Zorgrekeningen. Voorburg/Heerlen: CBS, 2005d.
- CBS-Statline. Gebruik medische voorzieningen [http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7042mc&D1=390-425&D2=\(1-11\)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7042mc&D1=390-425&D2=(1-11)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2), geraadpleegd 27.01.2006a.
- CBS-Statline. Gezondheidskenmerken en medische consumptie naar GGD-regio 2000/03 <http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=70837ned&D1=8-19,37-48&D2=0&DM=SLNL&LA=nl>, geraadpleegd 27.01.2006b.
- CBS-Statline. Aantal personen onverzekerd voor ziektekosten. CBS-Statline website, geraadpleegd 18.10.2005a.
- CBS-Statline. Aantal vacatures niet verder gedaald. [http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=70236ned&D1=a&D2=0&D3=0,8&D4=0&D5=\(1-11\)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=70236ned&D1=a&D2=0&D3=0,8&D4=0&D5=(1-11)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2), geraadpleegd 11.07.2005b.
- CBS-Statline. Aantal vacatures niet verder gestegen. [http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=70236ned&D1=a&D2=0&D3=0,8&D4=0&D5=\(1-11\)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=70236ned&D1=a&D2=0&D3=0,8&D4=0&D5=(1-11)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2), geraadpleegd 11.07.2005c.
- CBS/Prismant, Centraal Bureau voor de Statistiek/Prismant. Landelijke Medische Registratie, bewerkt door CBS, 2006.
- CBS/Prismant/CAK-BZ, Centraal Bureau voor de Statistiek/Prismant/Centraal Administratie Kantoor-Bijzondere Zorgkosten. Aanvullende analyses op basis van de koppeling van verpleeghuisregistraties en thuiszorgregistraties aan de LMR. Voorburg/Heerlen: CBS, 2006.
- CBZ, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Spreiding ziekenhuiszorg, vervolgingstoets, eerste tranche. Utrecht: CBZ, 2002.
- CCKL, Stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg. www.cckl.nl, geraadpleegd 05.08.2005.
- Colsen PJA, Casparie AF. Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. Med Contact 1995;50:297-299.
- Consumentenbond. Wachten op de (tand)arts. Consumentengids 2002;(50):55.
- Consumentenbond. www.consumentenbond.nl, geraadpleegd 30.05.2005.
- Coppen R, Marquet RL, Friele RD. Het donorpotentieel. Een vergelijking van het donorpotentieel in Nederland en 9 andere West-Europese landen. Utrecht: NIVEL, 2002.
- CTG/ZAio, College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o, en CTZ. Visiedocument extramurale AWBZ-zorg: analyse en

- aanbevelingen voor concurrentie. Utrecht: CTG/ZAio, 2005a.
- CTG/ZAio, College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit i.o. Oriënterende monitor ziekenhuiszorg. Analyse van de onderhandelingen over het B-segment in 2005. Utrecht: CTG/ZAio, 2005b.
- CTZ, College Toezicht Zorgverzekeringen en CTG/ZAio. Visie zorgverzekeringmarkt. Diemen: CTZ, 2006.
- CTZ, College Toezicht Zorgverzekeringen en CTG/ZAio. Consultatiedocument monitor zorgverzekeringmarkt. Diemen: CTZ, 2005a.
- CTZ, College Toezicht Zorgverzekeringen. Prestaties zorgverzekeraars bij inkoop kraamzorg. Diemen: CTZ, 2005b.
- CTZ, College Toezicht Zorgverzekeringen. Zorginkoop zorgkantoren. Diemen: CTZ, 2005c.
- CTZ, College Toezicht Zorgverzekeringen. Risicoselectie in de zorgverzekeringen. Onderzoeksrapport. Diemen: CTZ, 2005d.
- CTZ, College Toezicht Zorgverzekeringen. Prestaties zorgverzekeraars bij inkoop ziekenhuiszorg. Diemen: CTZ, 2004.
- Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(2):119-125.
- Cuperus-Bosma JM, Wagner C, van der Wal G. Veiligheid van patiënten in ziekenhuizen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(39):2153-2156.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Kernmonitor ZRS 1996 – 2004. Trends in wachtlijsten verstandelijk gehandicaptenzorg. Diemen. CVZ, 2005a.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005. Diemen: CVZ, 2005b.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Landelijke resultaten van het Zorgregistratiesysteem (ZRS), 2003. Diemen: CVZ, 2004.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Landelijke resultaten van het Zorgregistratiesysteem (ZRS), 2002. Diemen: CVZ, 2003.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen. Landelijke resultaten van het Zorgregistratiesysteem (ZRS), 2000. Diemen: CVZ, 2001.
- Defloor T, Herremans A, Grypdonck M, et al. Herziening Belgische richtlijnen voor decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2004.
- Dell M W, van der Meulen L. Arbeidsproductiviteit in de zorg. Utrecht: Prismant, 2005.
- Delnoij D, ten Asbroek G, Arah O, de Koning J, Klazinga N, Stam P, Poll A, van der Schee E. Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering? Eerst landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire. Utrecht: NIVEL, 2005.
- 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.
- DGV, Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik. Spectaculaire stijging kwaliteit FTO-groepen in 2003. Utrecht: DGV, 2004. Persbericht.
- DNB, De Nederlandsche Bank. De Feiten: Het niveau van de kapitaalmarktrente. Nieuwsbericht. Amsterdam: DNB, 2005.
- Donabedian A. Evaluating the quality of care. *Milbank Mem Fund Q* 1966, 44 Suppl:166-206.
- Doorslaer E van, Masseria C, OECD Health Equity Research Group Members. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. Paris: OECD, 2004. OECD Health working paper no. 14.
- Douven R, Schut E. Health plan pricing behaviour and managed competition. Den Haag: CPB, 2006. CPB Discussion paper 61.

- Droomers M, Foets M, van der Lucht F. Factsheet allochtonen en zorggebruik. Bilthoven/Rotterdam: RIVM/Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, 2005.
- Engels Y, van den Hombergh P, Morkink H, van den Bosch W, van der Hoogen H, Grol R. Vinden patiënten de bereikbaarheid en spreekuurorganisatie van de huisartsenpraktijk sinds 1997 veranderd? TSG Tijdschr Gezondheidswetensch 2006(84):29-34.
- FIN, Ministerie van Financiën. Brief aan Tweede Kamer naar aanleiding van motie van Vroonhoven-Kok. AFP03-627, 16 september 2003.
- Fredriks AM, van Buuren S, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Body mass index measurements in 1996-1997 compared with 1980. Arch Dis Childhood 2000;82:107-112.
- Friele RD, Gevers JKM, Coppen R, Janssen AJGM, Brouwer W, Marquet R. Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie. Den Haag: ZonMw, 2004.
- Gameren E van. Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging. Een empirisch onderzoek naar verklarende factoren. Den Haag: SCP, 2005.
- Gerritsen AAM, van der Ploeg HM, Devillé W, Lamkaddem M. Gevlucht – Gezond? Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Geubbels ELPE, Nagelkerke NJD, Mintjes-de Groot AJ, Vandenbroucke-Grauls CMJE, Grobbee DE, de Boer, AS. Reduced risk of surgical site infections through surveillance in a network. Int J Quality Health Care 2006:1-7.
- GFHR, Global Forum for Health Research. Monitoring Financial Flows for Health Research. Geneva: GFHR, 2004.
- GGZ-Nederland. Wachtlijsten in ggz-instellingen op 1 januari 2005. Amersfoort: GGZ-Nederland, 2005.
- Ginneken P van, Schoemaker C. GGZ in tabellen. Utrecht: Trimbos instituut, 2005.
- Graeve D de, van Ourti T. The distributional impact of health financing in Europe: a review. The World Economy 2003(26):1459-1479.
- Groenewegen PP, de Bakker DH, van der Velten J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Groenewegen PP, Westert GP, Boshuizen HC. Regional differences in healthy life expectancy. Public Health 2003;117:424-429.
- Habraken M. Beter analyseren van incidenten. PRISMA-methode biedt de inspectie meer inzicht in medische missers. Med Contact 2005;60(22):940-943.
- Halfens RJG, Bours GJJW, van Ast W. Relevance of the diagnosis 'stage 1 pressure ulcer': an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute and long-term care hospital populations. J Clin Nursing 2001;10(6):748-57.
- Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Mistiaen P. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- Hendriks M, Delnoij D, van der Meulen-Arts S, Brouwer W, Spreeuwenberg P. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars, Consumenteninformatie voor www.kiesbeter.nl. Utrecht: NIVEL, 2005
- HHM, Hoeksma, Homans & Menting/Taskforce RIO's. Overzicht ontwikkeling werkvoorraden. Enschedé: HHM, 2005.
- HHM, Hoeksma, Homans & Menting/Taskforce Aanpak Wachtlijsten. Landelijke rapportage. Resultaten wachtlijstinventarisatie sector verpleging en verzorging. Enschedé: HHM, 2001, 2004.
- Hiltens O, van Kleima H, Langenberg H, Warns P. Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector. ESB 2005;(4452):D3-D5.

- Hingstman L, van der Velden LFJ. Toekomstverkenning van het zorgaanbod en afstemming met de zorgvraag. In: Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, Hoeymans N, Hingstman L, Poos MJJC, Gijsen R, Griffioen DJ, van der Velden LFJ. Op één lijn: Bilthoven: RIVM, 2005.
- Hirasing RA, Fredriks AM, van Buuren S, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001;145(20):1303-1304.
- HKZ, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Gezondheidszorg. www.hkz.nl, geraadpleegd 05.08.2005.
- Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L. Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Den Haag: Elsevier, 2003.
- Huijsman R, Ludwig AJ. De Naber: groepswonen voor dementerende ouderen; verslag van een vooronderzoek en de ontwikkelingen tussen de eerste 6 maanden. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, iMTA, 1995.
- IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg. Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2005. Den Haag: IGZ, 2005a.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. De staat van de gezondheidszorg. Openbare gezondheidszorg; hoe houden we het volk gezond? Den Haag: IGZ, 2005b.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Gelaagd en gefaseerd toezicht. Resultaten inspectieformulier 2004. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Den Haag: IGZ, 2005c.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt! Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2005d.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarbericht 2004. Den Haag, 2005e.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsborging in verpleging en verzorgingshuizen nader bekeken. Den Haag: IGZ, 2005f.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Nieuwe dienststructuur apotheken: medicatiebewaking niet sluitend. Professionele afstemming loopt achter bij schaalvergroting. Den Haag: IGZ, 2005g.
- IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg. Stand van zaken regionale voorbereiding influenzapandemie op 1 november 2005. Den Haag: IGZ, 2005h.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten. Den Haag: IGZ, 2005i.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Den Haag: IGZ, 2004a.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarbericht 2003. Den Haag, 2004b.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed. Den Haag: IGZ, 2004c.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Den Haag: IGZ, 2004d.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ, 2004e.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2003. Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag: IGZ, 2003a.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toegankelijkheid huisartsenzorg asielzoekers. Den Haag: IGZ, 2003b.

- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarbericht 2001. Den Haag, 2002a.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2002: Kwaliteit in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk. Utrecht: IGZ, 2002b.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarbericht 2000. Den Haag, 2001.
- IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academies Press, 2001.
- Janse, AFC, Hutten JBF, Spreeuwenberg P. Patiënten oordelen over ziekenhuizen II. Ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Jansen E, van Doorslaer E. Verdeling van de zorglasten voor en na de stelselwijziging. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, 2002.
- Janssens L, Rijken M, Spreeuwenberg P. Wijziging van de regeling buitengewone uitgaven. Inkomenseffecten bij chronisch zieken. Amsterdam/Utrecht: SEO/NIVEL, 2005.
- Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, Hurwitz B, Iezzoni LI. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *Br Med J* 1999;318:1515-1520.
- Jonge J de, Noteboom HPJM, Schouten EG, Timmers J. VWA consumentenmonitor 2004; onderzoek naar het vertrouwen van de consument in de veiligheid van voedingsmiddelen. Den Haag: VWA, 2005.
- Knopp RH. Drug treatment of lipid disorders. *NEJM* 1999;341:498-511.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). To err is human. Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington DC: National Academies Press, 1999.
- Kok L, Hoeben J, Desczka J. Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars. Zoetermeer: IOO, 2000.
- Kommer GJ, van der Veen AA, Botter WF, Tan I. Ambulances binnen bereik. RIVM-rapport 270556006. Bilthoven: RIVM, 2003.
- Kraan WGM van der. Vraaggericht en vraaggestuurd; een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw, 2001.
- Kulu Glasgow I, de Bakker D, Weide M, Arts S. Illegalen aan de 'poort' van de gezondheidszorg: toegankelijkheid en knelpunten in de zorg van huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Kwekkeboom MH. Het licht onder de koremaat. Informele zorg in Nederland. Den Haag: Vuga uitgeverij, 1990.
- Lamkaddem M, de Bakker D, Nijland A, de Haan J. De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen: een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Lanting CI, Verkerk PH. Evaluatie van de screening AGS/CHT/PKU bij kinderen geboren in 2003. Leiden: TNO Kwaliteit van leven, 2005.
- LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1999;282:2340-2346.
- Laske-Aldershof T, Schut FT. Monitor verzerdenmobilititeit. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, 2005.
- Leerdam FJM van, van der Ploeg CBP. Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen door de Jeugdgezondheidszorg. Opbrengst en belang van screenen. *Bijbliven* 2004;20:22-32.

- LeGrand-van den Boogaard MJM (voorz.). Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking. De zorg van morgen: flexibiliteit en samenhang, Deel 1: Hoofdlijnen. Den Haag: VWS/OCW, 2003.
- Leistikow IP, van Vught AJ, Blijham GH. Zinvol melden. Meldingscommissies moeten incidentanalyse professionaliseren. *Med Contact* 2005;60(11):458-461.
- Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Een kwestie van verschil. Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. In: Braspenning JCC, et al. (red.). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Linschoten CP van, Moorers P, Voorrips R. Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2004.
- LMR, Landelijke Medische Registratie. Prisma, bewerkt door RIVM-cVTV, 2005.
- LSP, Landelijke Steunfunctie Preventie. [http://www.lsp-preventie.nl/index.asp?id=37,geraadpleegd 06.02.2006](http://www.lsp-preventie.nl/index.asp?id=37,geraadpleegd%2006.02.2006).
- Maas J, Delnoij DMJ. Brancherapport cure 2000-2003. Den Haag: VWS, 2004. http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_binary/minvws_branche_cure_00_03.pdf
- Mackenbach JP, Verkleij H (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Deel 2: Gezondheidsverschillen. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier, de Tijdstroom, 1997.
- Maes S, Dijkstra A, ten Wolde GB, Wiggenlinkhuijsen S. Computer-gegenereerde patiëntenvoorlichting gericht op discontinuering van chronisch benzodiazepinegebruik. Leiden: Universiteit Leiden, 2005.
- Mantel-Teeuwisse AK, Verschuren WMM, Klungel OH, de Boer A, Kromhout D. Recent trends in (under) treatment of hypercholesterolemia in the Netherlands. *Br J Clin Pharmacol* 2004;318:310-316.
- Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. *BMC Fam Pract* 2005;6:45.
- Mathijssen SW. Keteninformatie. Brancherapport Care. Den Haag: Ministerie van VWS, 2004. http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o622n440.html.
- Mattke S, Kelley E, Scherer P, Hurst J, Gil Lapetra ML, HCQI Expert Group Members. Health Care Quality Indicators Project, Initial Indicators Report. Paris: OECD, 2006. OECD Health Working Paper No. 22.
- Meer JBW van der. Equal care, equal cure? : socioeconomic differences in the use of health services and the courses of health problems. Rotterdam: Erasmus University, 1998. Dissertatie.
- Meer J van der, Schouten JSAG (eindred.). Effecten van zorg. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Elsevier De Tijdstroom, 1997.
- Meulen L van der. Betaalbare zorg. In: Breit JG, Elsinga E, van der Meulen LJR, Sanders FBM, Kasdorp JP (red.). Handboek structuur en financiering gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006.
- Meulen L van der. Zorg rond arbeidsproductiviteit. *ESB* 2005;(4452):D6-D8.
- Meyboom-de Jong B, Schmit Jongbloed LJ, Duchateau DC (eindred.) Projectgroep Medisch opleidingscontinuüm. De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht: KNMG/DMW-VSNU/VAZ/NVZ/LCVV, 2002.

- MOBG, Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg. Advies inzake de aanpak van de positionering van de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA). Utrecht: MOBG, 2005. <http://www.mobg.nl>.
- Mulder J. Significant minder doorverwijzingen door teledermatologie. *Mednet* 2004;21. http://www.nijsmellinghe.nl/specialismen/afbeeldingen/innovatie_teledermatologie.pdf.
- NIAZ, Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. www.niaz.nl, geraadpleegd 05.08.2005.
- Nieboer A, Pepels R, Kool T, Huijsman R. Stroke services gespiegeld. Publieksversie van de haalbaarheidsstudie naar een landelijke benchmark van CVA-ketenzorg. Rotterdam: iBMG, Utrecht: Prismant, De Haag: ZonMw, 2005.
- NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. <http://www.gezondheidsmanagement.nl/index.cfm?act=faq.detail&vraag=9&groep=0&thema=0&aspect=0>, 10 augustus 2005.
- Nijboer C. Overgewicht lokaal ingedikt en uitgediept; een inventarisatie van lokale instrumenten gericht op het voorkomen van overgewicht. Woerden: NIGZ, 2004.
- Nijland A. De praktijkassistente in de huisartspraktijk: progressie in professionalisering. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Consumentenpanel. <http://www.nivel.nl/consumentenpanel/>.
- NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten – peiling 1 januari 2005. Utrecht: NIVEL, 2006.
- NMa, Nederlandse Mededingingsautoriteit. Monitor financiële sector 2005. Inzichten van de NMa over mededinging in de financiële sector. Den Haag, NMa, 2005.
- NPPV, Nationaal Platform Patiëntveiligheid, 2005. www.platformpatientveiligheid.nl.
- NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer: NRV, 1986.
- NSN, Nierstichting Nederland en Niervereniging Nederland. Brief aan kabinet: 59% meer orgaandonaties bij betere registratie. Bussum: NSN, 2004.
- NTS, Nederlandse Transplantie Stichting. www.transplantatiestichting.nl, geraadpleegd 15.10.2005; 10.03.2006.
- NVVA, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Tripartiete multidisciplinaire richtlijn 'Samenwerking en logistiek rond decubitus'. Utrecht: NVVA, 2003.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health data 2005. Paris: OECD, 2005. Databewerking RIVM.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Eurobarometer 2003, Public's satisfaction with health care system, EU countries, 2002. OECD health data 2005, October 2005b. (<http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/67.html>).
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. HCQI Conceptual Framework Paper. Paris: OECD, 2005c. Health working papers no. 23.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance. Paris: OECD, 2005d.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Compendium of Patent Statistics. Paris: OECD, 2004a.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. Paris: OECD, 2004b. Paper no. 18.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Towards high-performing health systems. The OECD Health Project. Paris: OECD, 2004c.

- Oers JAM van (eindred.). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven, Houten: RIVM, Bohn Stafleu van Loghum, 2002.
- Oort M van, Devillé W, de Bakker D. Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Ouwehand AW, Mol A, Kuijpers WGT, Boonzajer Flaes S. Kerncijfers verslavingszorg 2004. Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg, 2005.
- Ouwehand AW, van Alem VCM, Mol A, Boonzajer Flaes S. Kerncijfers verslavingszorg 2003. Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg, 2004.
- Ouwehand AW, van Alem VCM, Mol A, Boonzajer Flaes S. Kerncijfers verslavingszorg 2004. Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg, 2003.
- Pelgrim S van. GBW 4-meting (niet gepubliceerd). Amsterdam: TNS NIPO, 2004.
- Poortvliet MC, Lamkaddem M, Devillé W. Niet op naam ingeschrevenen bij de huisarts: inventarisatie en gevolgen voor de ziekenfondsverzekerden. Utrecht: NIVEL, 2005.
- PREZIES, Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance. <http://www.prezies.nl>, geraadpleegd januari 2006.
- Prismant. Databank jaarverslagen zorg. Utrecht: Prismant, 2006. Bewerkt door Prismant en RIVM.
- Prismant. Landelijke Medische Registratie, bewerkt door Prismant, 2005.
- Prismant. Prestatie-indicator aanbod concentraties ziekenhuisdiensten. Utrecht: Prismant, 2004.
- Prismant en NVZ. Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen, 2004. Utrecht: Prismant, 2004.
- Programmacommissie SEGV-II. (Commissie Albeda). Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZON, 2001.
- Provoost R, Delfgaauw L. Wie betaalt bepaalt. Senioren willen actieve rol in besteding zorggelden. Rotterdam: USP Marketing Consultancy, 2003.
- PWC, PriceWaterhouseCoopers. Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PWC, 2005.
- PWC, PricewaterhouseCoopers/ZorgVisie. Gezondheidszorg Top 100. ZorgVisie magazine 2005;35(10).
- PWC, PriceWaterhouseCoopers/Prismant/NIZW zorg. Customers Choice. Testbenchmark gehandicaptenzorg 2004. Branche-rapportage. Utrecht: PWC, 2005 (aanvullende berekening door NIZW).
- Rae D. Getting better value for money from Sweden's health care system. Paris: OECD, 2005. Economics department working papers no. 443.
- RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Patiëntveiligheid. Den Haag: RGO, 2005.
- Richardson GM, Gardner S, Frantz RA. Nursing Assessment: Impact on Type and Cost of Interventions to Prevent Pressure Ulcers. *J Wound, Ostomy & Continence Nursing* 1998;25(6):273-280.
- Rigter H, ten Have M, Cuijpers P, Depla M, van Gageldonk A, van der Laan G, Peterse A, de Ruijter C, Smits, C, Vollebergh W, Wolf J. Brancherapport GGZ-MZ '98-'01. Trimbos instituut, 2002.
- Rijken M, Janssens L. Interim-rapportage Niet-gebruik buitengewone uitgavenregeling onder chronisch zieken en gehandicapten. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/SEO, 2005.
- Rijken PM. Financiële situatie van chronisch zieken 2003/2004. Interim-rapportage. Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Utrecht: NIVEL, 2004.

- Rijken PM, Spreeuwenberg P. Patiëntenpanel Chronisch Zieken: kerngegevens zorg 2003. Utrecht: NIVEL, Patiëntenpanel Chronisch Zieken, 2004.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006a.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Website Monitor gezondheidsachterstanden. Bilthoven: RIVM, juni 2006b.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Giesbers H. Reistijd naar ziekenhuis met afdeling spoedeisende hulp 2005. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Ziekenhuiszorg\ Algemene en academische ziekenhuizen\ Aanbod, 9 december 2005a.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Giesbers H. Locaties categorale ziekenhuizen 2005. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Ziekenhuiszorg\ Categorale ziekenhuizen, 23 september 2005b.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Giesbers H. Locatie instellingen geestelijke gezondheidszorg 2004. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Geestelijke gezondheidszorg\ Aanbod, 25 september 2005c.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Giesbers H. Aantal verpleeghuizen per gemeente 2004. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Verpleging en verzorging\ Verpleeghuizen, 9 december 2005d.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Mac Gillavry E, Keesman E (red.). Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Ziekenhuiszorg\ Algemene en academische ziekenhuizen\ Aanbod, 18 mei 2005e.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Boven PF van. Reistijd tot huisartsenpost 2003. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Vrije beroepen in de zorg\ Huisartsenzorg, 7 december 2004a.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kostalova B (red.). Verstandelijk gehandicapten wonen 2003. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Gehandicaptenzorg, 8 december 2004b.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Zwakhals SLN (red.). Reistijd tot dichtstbijzijnde huisarts 1996. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Vrije beroepen in de zorg\ Huisartsenzorg, 7 december 2004c.
- Ruijter M, Bohlmeijer E, Blekman J. Derde gids Preventie van psychische stoornissen en verslaving. Utrecht: ZonMW, Trimbos instituut, 2005.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2005a.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Weten wat we doen. Verspreiding en innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005b.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. De Staat van het Stelsel. Zoetermeer: RVZ, 2004.

- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. De wensen van zorgcliënten in Europa. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- Salganicoff A, Ranji UR, Wyn R. Women and health care: a national profile. Key findings from the Kaiser women's health survey. Washington, DC: Kaiser Family Foundation, 2005.
- Schee E van der, Delnoij D. Dokter geniet nog steeds aanzien. *ZorgVisie* magazine 2005;8:28-29.
- Schee E van der, Sixma H, de Klerk E. Beschikbaarheid en dienstverlening van tandartsen onder druk? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003;110:181-184.
- Schee E van der, Friele RD, de Klerk E. Het krediet van de huisarts, ervaringen van patiënten met de huisartsenzorg. *Med Contact* 2002;57(32/33):1156-1157.
- Schellevis FG, Westert GP. Onnodig gebruik van huisartsenzorg eerder af- dan toegenomen. *Huisarts Wetensch* 2004;47:549.
- Schoen C, Doty MM, Collins SR, Holmgren AL. Insured but not protected: how many adults are underinsured? *Health Aff* 2005a;(W5):289-302.
- 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 Aff* 2005b;(W5):509.
- Schoen C, Doty MM. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy* 2004;(67):309-322.
- Schut FT, van der Ven WPMM. Rationing and competition in the health-care system. *Health Econ* 2005;14:S59-S74.
- Schut FT. Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers. Een onderzoek in opdracht van de FNV. Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam: EUR/iBMG, 2000.
- SCK, Stichting Cliënt & Kwaliteit. Alles naar wens? 2004. Utrecht: SCK, 2005.
- SCP, Sociaal Cultureel Planbureau. Prestaties van de publieke sector. Een internationale vergelijking van onderwijs, gezondheidszorg, politie, justitie en openbaar bestuur. Den Haag: SCP, 2004.
- SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. Rijswijk: SCP, 2002.
- SFK, Stichting Farmaceutische kengetallen. Specialisten schrijven specialist voor. *Pharm Weekblad* 2003; 138(17)
- Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. Paris: OECD, 2003. OECD Health working papers no. 7.
- Singeling HN. Wachten in Nederland: het hoe en waarom. Utrecht: Prismant, 2004.
- Sixma H. De kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief; een literatuuroverzicht. In: Braspenning JCC, et al. (red.). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL, 2004:49-59.
- Sluijs E, van Beek S, Mouthaan I, de Neef M, Wagner C. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Smit JM, Freese MFC, Groen J. Working paper Zorgrekeningen 1998-2004. Voorburg/Heerlen: CBS, 2006.

- Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2002.
- STIVORO. Roken, de harde feiten: Jeugd 2004. Den Haag: STIVORO, 2004.
- Stokdijk N, Klay NH, van Gulick G. Leren van verschillen. *Med Contact* 2004;59(7).
- Swinkels I, Sonsbeeck van D, Bakker de D. Factsheet: Daling in de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie in het jaar 2004. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Swinkels ICS, van der Ende CHM. Daling vraag naar fysiotherapie. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Tacken MAJB. Quality of preventive performance in general practice: the use of routinely collected data. Wageningen: Ponsen & Looijen, 2005. Dissertatie.
- Tacken M, Berende A, Verheij R, Mulder J, van den Hoogen H, Braspenning J. Evaluatie Griepvaccinatiecampagne 2002 (LINH). Utrecht: NIVEL, 2003.
- Tannen A, Dassen A, Bours GJJW, Halfens RJG. A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. *Int J Nursing Studies* 2005;41(6):607-612.
- Tempelman CJJ. Het zelfbeeld van nurse practitioners anno 2005. Groningen: Hanze-connect, 2005.
- Thomas R, van Wieringen JCM. Is de tevredenheid van asielzoekers te meten? Ontwikkeling van een meetinstrument voor de MOA. *GGD Nieuws* 2002;14(10):20-24.
- TNO Kwaliteit van leven. Procesmonitoring pre- en postnatale screenings 2002. Leiden: TNO Kwaliteit van leven, 2005.
- TNS-NIPO. Continu Onderzoek Rookgewoonten. Amsterdam: TNS NIPO, 2004.
- TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. Rapport 2003. Den Haag: TRIP, 2003.
- US DHHS, U.S. Department of Health and Human Services. Access to quality health services. Chapter 1. In: *Healthy people 2010*. Washington, DC: US DHHS, 2000.
- Vektis. Zorgthermometer, Zeist: Vektis, 2005a.
- Vektis. Zorgmonitor. Jaarboek 2005. Financiering van de zorg in 2004. Zeist: Vektis, 2005b.
- Vektis. Persbericht 22 september 2004. Zeist: Vektis, 2004. www.vektis.nl, geraadpleegd 10.10.2005.
- Velden LFJ van der, Hingstman L, Windt W, Arnold EJE. Raming opleidingscapaciteit per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020. Utrecht: NIVEL/Prismant, 2003.
- Verdurmen J, van Oort M, Meeuwissen J, Ketelaars T, de Graaf I, Cuijpers P, de Ruijter C, Vollebergh W. Effectiviteit van preventieve interventies op jeugden: stand van zaken. Utrecht: Trimbos instituut, 2003.
- Verkleij H, Verheij RA. Zorg in de grote steden. Bilthoven/Utrecht/Houten: RIVM/NIVEL/Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
- Vernet verzuimnetwerk BV. Het ziekteverzuim stijgt in de gezondheidszorg. Persbericht Amsterdam. Amsterdam: Vernet, 2005. <http://www.vernet.nl>, geraadpleegd 11.07.2005.
- Vernhout G, Bakker PF, Dragt W. Rapportage verkennend onderzoek naar opzeggers thuiszorg in verband met de verhoging van de eigen bijdrage in 2004 (eerste deel) Enschedé: Hoekstra Homans en Menting, 2004.
- VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Geïntegreerde offerte branchbrede benchmarking gehandicaptensector 2006. Utrecht: VGN, 2006.
- Vliet J van, van der Plas SM, van de Laar MJW, de Melker HE, van Pelt W, Bosman A, Rahamat J. Gebruik en productie. In: *Brancherapporten VWS*. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren|Preventie|Feiten en

- cijfers\Preventie van ziekten en aandoeningen\Infectieziekten\, 10 mei 2005.
- 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.
- VWA, Voedsel en Waren Autoriteit. Evaluatie tabaksontmoediging. Den Haag: VWA, 2005.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2005. Den Haag: VWS, 2006a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteit van zorg: hoog op de agenda. Brief aan de Tweede Kamer. MC-2653714. Den Haag: VWS, 2006b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2006. Den Haag: VWS, 2005a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brancherapporten. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> versie 2.1, 18 mei 2005b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het pgb gewogen. Brief aan de Tweede Kamer (DVVO/ZV-U-2537831). Den Haag: Sdu Uitgeverij, 2005c.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg Verzekerd. De invoering van de Zorgverzekeringswet en potentiële onverzekerden; Verslag van een VWS-onderzoek. Den Haag: VWS, ZVV-2643771, 2005d.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2004. Den Haag: VWS, 2005e.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ouderenbeleid in het perspectief van vergrijzing (dvvo/iob-u-2578892). Den Haag: VWS, 2005f.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wachttijstontwikkeling in de AWBZ-sectoren in 2004. Brief aan de Tweede Kamer. DGB/FIG-2644853. Den Haag: VWS, 2005g.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Opdrachtbrief programma patiëntveiligheid aan ZonMw. Den Haag: VWS, 2004a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Opdrachtbrief definitiestudie Zorgbalans. Kenmerk: Z/TPC-2514719. Den Haag: VWS, 2004b.
- VWS, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport. Beleidsagenda 2004. Den Haag: VWS, 2003a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting 2004. Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS, 2003b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2001. Den Haag: VWS, 2000.
- VWS/FIN, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport/Ministerie van Financiën. Financiële bouwstenen zorg. Rapportage voor de kabinetsformatie. Den Haag: Staatsdrukkerij, 2003.
- Wagner C, van der Wal G. Begrippenkader patiëntveiligheid. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2005.
- Wagner C, de Bruyne MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Christiaans I, Timmermans DRM, et al. Pilotstudie Patiëntveiligheid in Nederland. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2005a.
- Wagner C, van der Wal G, Tuijn S. Patiëntveiligheid in Nederland. Verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2005b.
- Weel, C van. Minder verwijzingen door huisartsen naar medisch specialisten: gewenste resultaten van consequent beleid. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149(14):737-738.
- Westert GP (red.). Zorgbalans; van discussie naar ontwerp. Bilthoven: RIVM, 2004.

- Wetten H van, Kok I, Wagner C, Geurts M. Het meten van uitkomsten in de GGZ. Verslag van een implementatie en een onderzoek in twee GGZ-instellingen. Utrecht: NIVEL, 2005.
- WfZ, Waarborgfonds voor de Zorgsector. Jaarverslagen 1999-2004. Utrecht: WfZ, 2000-2005.
- WfZ, Waarborgfonds voor de Zorgsector. Procedures beoordeling voor deelname aan het Waarborgfonds voor de Zorgsector. Utrecht: WfZ, 2001.
- Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services* 1992;22:429-445.
- Wijngaart M van de, Ramakers C. Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl. Eindrapport. Nijmegen: ITS, 2005.
- Wijnties M. Hoe maken we kleinschalige zorg groot? *ZorgMagazine* 2004;3:23-25.
- Wilk EA van der, Heijnen ML. Zijn er internationale verschillen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\Van ziekten en aandoeningen\Influenza, 8 september 2004.
- Willems R. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller Beter – De veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland. Den Haag: Shell Nederland, 2004.
- Windt W van der, Talma H. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen in de zorgsector 2004-2008. Utrecht: Prismant, 2005.
- Windt W van der. *RegioMarge 2003: een arbeidsmarktverkenning van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen*. Utrecht: Prismant, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004.
- Windt W van der. *RegioMarge 2002: een arbeidsmarktverkenning van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen*. Utrecht: Prismant, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003.
- Windt W van der. *RegioMarge 2001: een arbeidsmarktverkenning van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen*. Utrecht: Prismant, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2002.
- Wit GA de. Wat zijn de effecten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\Van ziekten en aandoeningen\Infectieziekten\Hepatitis B, 28 mei 2002.
- Wit J de. *Monitor hulpmiddelen 2005*. Dieren: CVZ, 2005.
- Wolf J, Zwikker M, Nicholas S, van Bakel H, Reinking D, van Leiden I. *Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos instituut, 2002.
- Wolters I, van den Hoogen H, de Bakker D. *Evaluatie invoering Elektronisch Voorschrift Systeem: eindrapport*. Utrecht: NIVEL, 2003.
- ZonMw, ZorgOnderzoek Nederland, Medische wetenschappen. Internet: *Programma preventie: Kanker> Baarmoederhalskanker*. www.zonmw.nl/index.asp?a=32791&s=7671. Den Haag: ZonMw, 28-04-2005.



Bijlage 1: Auteurs en leden projectgroep

Leden regiegroep VWS

Leden expertgroep

Adviseurs

Auteurs en leden projectgroep

Dr. O.A. Arah
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Drs. M.J. van den Berg
NIVEL

Dr. W.C. Graafmans)
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Ir. S.L. Koemans
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Ir. M. Kooistra)
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Dr. M.S. Lambooi
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Drs. L.C.M. Limburg
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Dr. F. van der Lucht
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen / RIVM

Dr. J.J. Polder
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen / RIVM

Drs. L.J. Stokx, arts MPA
Sectorbureau Volksgezondheid en Zorg / RIVM

Drs. J.N. Struijs
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

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

*Leden regiegroep VWS**

Drs. M.G. Drewes
Directie Jeugdbeleid / Jeugdzorg

Dr. J. Geelhoed (secretaris)
Markt en Consument / Informatie en Kennis

Drs. G.K.C. Groenenboom
Curatieve Zorg / Bekostiging

E.F. Kraanen
Macro-Economische Vraagstukken
Arbeidsvoorwaardenbeleid /
Algemeen Economisch Beleid

Drs. J.M.J.M. Maas (voorzitter)
Markt en Consument / Informatie en Kennis

H.H.P. Meijer
Publieke Gezondheid / Financieel Beleid en Informatiebeleid

Mr. P.M.J.N. Paulus
Directie Langdurige Zorg / Zorgaanpakken en Indicatiestelling

* Naast de leden van de regiegroep hebben een groot aantal medewerkers van VWS onderdelen van de Zorgbalans beoordeeld of van advies voorzien

Drs. W.H.E. Ramakers, RC
Financieel-Economische Zaken /
Budgettaire Zaken
Drs. M.R.Th.W. Sanders
Curatieve Zorg / Bekostiging
Dr. I.S.Y. Vromans
Markt en Consument / Patiënten en
Consumenten

Leden expertgroep

Dr. D. de Bakker
NIVEL

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
(voorzitter)
instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg / Erasmus Universi-
teit Rotterdam

Dr. O. van Hilten
Centraal Bureau voor de Statistiek

Ir. H.J.M. van der Hoeven, Mha
Nederlandse Patiënten Consumenten
Federatie

Drs. A.J.J. van der Kwartel
Prismant

Drs L.J.R. van der Meulen
Prismant

Dr. G. Molleman

Nationaal Instituut voor Gezond-
heidsbevordering en Ziektepreventie

Drs. J.M. Timmermans
Sociaal en Cultureel Planbureau

Dr. B. van Wijngaarden
Trimbos-instituut

Adviseurs

Prof. dr. E.K.A. van Doorslaer
instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg / Erasmus Universi-
teit Rotterdam

Prof. dr. P.P. Groenewegen
NIVEL

Dr. A.E.M. de Hollander
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen / RIVM

Prof.dr. N.S. Klazinga
Afdeling voor Sociale Geneeskunde /
Universiteit van Amsterdam

Dr. P.M. Rijken
NIVEL

Prof. dr. F.T. Schut
instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg / Erasmus Universi-
teit Rotterdam

Bijlage 2: Indicatoren

Hoofdstuk 2. Hoe is de kwaliteit van de gezondheidszorg?

2.2 Hoe effectief is preventie?

- Percentage (jeugdige) rokers
- Percentage (jeugdige) mensen met overgewicht
- Deelname aan bevolkingsonderzoeken en screeningen
- Vaccinatiegraad (RVP, griepvaccinatie, hepatitis B)
- Percentage diabetespatiënten dat goed is ingesteld
- Effectiviteit leefstijladviesgeving in de eerste lijn
- Percentage scholen dat effectief bevonden leefstijlprogramma's aanbiedt
- Percentage werkgevers (bedrijven) met preventief gezondheidsbeleid op de werkplek
- Gezondheidsbescherming: Consumentenvertrouwen in de voedselveiligheid, spoedeisende hulpbehandelingen bij privé-ongevallen en een indicator over Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)
- Percentage hoogrisicjongeren dat wordt opgespoord via de jeugdgezondheidszorg
- Percentage achterstandswijken met intersectorale gezondheidsaanpak (geen informatie over beschikbaar)
- Sterfte rond de geboorte

2.3 Hoe effectief is de curatieve zorg?

- Percentage van de gevallen waarin door huisartsen geen medicijnen voorgeschreven worden die bij het betreffende ziektebeeld afgeraden worden
- Percentage van de gevallen waarin door huisartsen het bij het betreffende ziektebeeld geadviseerde middel voorgeschreven wordt
- Percentage van de gevallen waarin door huisartsen volgens richtlijnen voorgeschreven wordt
- Percentage verwijzingen door huisarts naar medisch specialist
- Percentage verwijzingen door huisartsen naar andere eerstelijns hulpverleners
- Ziekenhuissterfte bij hartfalen
- Ziekenhuissterfte bij longontsteking
- Ziekenhuissterfte bij bypass operaties
- Voor case-mix gecorrigeerde ziekenhuissterfte (Hospital Standardised Mortality Ratio)
- 30-dagensterfte acuut myocard infarct
- 30-dagensterfte beroerte
- Sterfte aan astma per 100.000 inwoners tussen 5 en 39 jaar
- Sterfte aan borstkanker per 100.000 vrouwen
- Sterfte aan darmkanker per 100.000 inwoners
- Sterfte aan baarmoederhalskanker per 100.000 vrouwen

- Relatieve vijfjaarsoverleving bij borstkanker
- Relatieve vijfjaarsoverleving bij darmkanker
- Relatieve vijfjaarsoverleving bij baarmoederhalskanker
- Percentage heupfracturen van 65+-ers geopereerd binnen 48 uur
- Aantal diabetes gerelateerd grote amputatie per 100.000 diabetici tussen 18 en 75 jaar

2.4 Hoe effectief is de langdurige zorg?

- Percentage personen met beperkingen in de algemene bevolking dat aan geeft dat het verstrekte hulpmiddel zijn/haar probleem oplost
- Percentage cliënten met somatische klachten dat na een verpleeghuisopname terugkeert naar de eigen woonomgeving (als indicator voor de omvang van de tijdelijk-verblijffunctie van verpleeghuizen)
- Cliëntervaringen in thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg
- Omvang van mogelijk vermijdbare zorgproblemen (zoals valincidenten) bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen
- Percentage patiënten met decubitus in de thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuizen
- Inspectieoordeel over zorg in verpleeghuizen
- Het percentage thuiszorg- respectievelijk verpleeghuispatiënten dat jaarlijks een ziekenhuisopname ondergaat
- Het aantal psychogeriatrische patiënten dat verblijft in een kleinschalige woonvorm.

2.5 Hoe effectief zijn de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg?

- Resultaat van preventiemaatregelen en doelgroepen die worden bereikt
- Verandering in het psychisch en sociaal functioneren van patiënten
- Ontwikkeling in het aantal suicides en suïcidepogingen
- Percentage van de doelgroep dat door de hulpverleners wordt bereikt
- Ontwikkeling van het aantal uitschrijvingen in de GGZ en de verslavingszorg

2.6 Hoe ervaren consumenten de gezondheidszorg?

- Algemeen consumentenvertrouwen: heeft de Nederlander vertrouwen in het systeem van de gezondheidszorg, ongeacht het daadwerkelijke gebruik?
- Ervaringen van consumenten: wat vindt de gebruiker van de verleende zorg?

2.7 Hoe staat het met de patiëntveiligheid?

- Percentage deelname van huisartsen en apothekers aan het Farmacotherapeutisch Overleg
- Medicatiebewaking bij (dienst)apotheken
- Volume hoogrisico-ingrepen in ziekenhuizen
- Incidentie van ernstige reacties na bloedtransfusie
- Prevalentie decubitus in ziekenhuizen
- Prevalentie decubitus in de langdurige zorg

2.8 Hoe ver zijn zorginstellingen met hun kwaliteitssysteem?

- Percentage instellingen dat geaccrediteerd of gecertificeerd is
- Percentage instellingen dat beschikt over de nodige documenten met betrekking tot kwaliteitsbeleid
- Percentage instellingen dat bepaalde procedures of protocollen hanteert, waarin de handelwijze bij risicovolle of complexe processen is vastgelegd
- Percentage instellingen dat (deel)systemen hanteert voor feedback van patiënten en gebruikers

2.9 Hoe innovatief is de gezondheidszorg?

- Investerings in ontwikkelingsonderzoek in de zorgsector, internationale vergelijking
- Aantal patenten dat Nederland toegewezen krijgt op het gebied van biotechnologie
- Gebruik en diffusiesnelheid van minimaal en non-invasieve technieken zoals sleutelgatoperaties
- Gebruik van procesinnovaties zoals behandelstraten, en CVA-ketenzorg
- Toepassing van ICT op diverse vlakken in de zorgsector
- De ontwikkeling van het aantal chirurgische dagbehandelingen ten opzichte van het totale aantal chirurgische behandelingen

Hoofdstuk 3. Hoe toegankelijk is de gezondheidszorg?

3.2 Hoe staat het met de keuzevrijheid in de toegang tot zorg?

- Gebruik van enkele nieuwe mogelijkheden tot keuze: persoonsgebonden budget en verzekeraar
- Wensen van burgers ten aanzien van keuzevrijheid (behandelaar, informatiebronnen en woonzorgvormen)

3.3 Hoe bereikbaar is acute en levensreddende zorg?

- Percentage spoedeisende ambulanceritten dat binnen een bepaalde responstijd ter plekke is
- Het aantal spoedeisende ambulanceritten dat de norm van de responstijd (15 minuten) overschrijdt
- Het aantal inwoners dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst, respectievelijk een huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken
- Het aantal spoedopbellers naar huisartsenposten dat binnen één minuut te woord wordt gestaan door een deskundige
- Het aantal mensen dat wacht op een donororgaan

3.4 Hoe lang wordt er gewacht op reguliere zorg?

- Percentage patiënten dat tevreden is over de snelheid waarmee zij terecht kunnen bij huisarts, specialist of tandarts
- Het aantal mensen dat wacht op zorg (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

3.5 Is de toegankelijkheid voor iedereen naar behoefte?

- Vergelijking van zorggebruik onder laag en hoog opgeleiden waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen
- Vergelijking van zorggebruik onder de allochtonen en de autochtone bevolking, waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen
- Zorggebruik in achterstandswijken van grote steden en van marginale groepen
- Tevredenheid van asielzoekers over de medische opvang

3.6 Hoe is de financiële toegankelijkheid van zorg?

- Verzekeringsstatus van de bevolking, waaronder het aantal onverzekerden
- Zorgkosten per burger
- Omvang eigen bijdragen en eigen betalingen
- Belastingteruggaven wegens ziektekosten
- Extra zorgkosten die chronisch zieken maken
- Gebruik van financiële compensatieregelingen door chronisch zieken
- Percentage van het gezinsinkomen dat uitgegeven wordt aan ziektekosten, uitgesplitst naar hoge en lage inkomensgroepen
- Aandeel van totale zorgkosten in Nederland dat betaald wordt door hoge en lage inkomensgroepen (inkomenssolidariteit in de zorg)

3.7 Hoe is de geografische bereikbaarheid en regionale spreiding van zorg?

- Nabijheid van voorzieningen, uitgedrukt in benodigde reistijd, dan wel aantal zorglocaties per gemeente of regio
- Aantal extra- en intramurale voorzieningen per regio per 10.000 inwoners

3.8 Is er voldoende personeel?

- Aantal moeilijk vervulbare vacatures in de sector gezondheidszorg
- Verzuimpercentage in de zorg
- Huidige onvervulde vraag
- Mate waarin de huidige instroom van zorgverleners is afgestemd op ontwikkelingen in de zorgvraag
- Aantal Niet Op Naam Ingeschrevenen in huisartsenzorg en tandartsenzorg

3.9 Hoe ontwikkelt de beroepen- en opleidingsstructuur zich?

- Aantal artsen en verpleegkundigen per 100.000 inwoners
- Beroepenratio's: aantal zorgverleners ten opzichte van een ander type zorgverlener (bijvoorbeeld aantal mondhygiënisten per tandarts).
- Medisch-technische taken uitgevoerd door doktersassistenten
- Aantal praktijkondersteuners op hbo-niveau in de huisartspraktijk
- Aantal werkzame gediplomeerde physician assistants en nurse practitioners en aantal in opleiding

- Kwalificatieniveau van verplegend en verzorgend personeel
- Aandeel Nederlanders dat informele zorg verleent

Hoofdstuk 4. Hoeveel kost de gezondheidszorg?

4.2 Hoe ontwikkelen de macrokosten zich?

- Uitgaven aan de gezondheidszorg volgens het Budgettair Kader Zorg (VWS)
- Uitgaven aan de gezondheidszorg volgens de Zorgrekeningen (CBS)
- Uitgaven aan de gezondheidszorg volgens het System of Health Accounts (OECD)
- Uitgaven aan de verschillende sectoren
- Uitgaven per financieringsbron voor de BKZ-relevante zorg
- Aandeel van de zorgkosten in het bruto binnenlands product
- Aandeel van de zorgkosten in de toename van het bruto binnenlands product
- Prijsontwikkeling in de zorg
- Volumeontwikkeling van de zorg
- Zorgkosten per hoofd van de bevolking

4.3 Werkt de zorgmarkt?

- Variatie in verzekeringspremies (zorgverzekeringsmarkt)
- Marktconcentraties zorgaanbieders en verzekeraars (zorgverzekeringsmarkt/zorginkoopmarkt)
- Toetredingsbarrières tot zorgmarkt (alle deelmarkten)
- Zorginkoop door verzekeraars (zorginkoopmarkt)
- Verticale integratie (alle deelmarkten)
- Verzekerdenmobiliteit (zorgverzekeringsmarkt)
- Risicoselectie door verzekeraars (zorgverzekeringsmarkt)
- Kostenafwenteling (zorgverzekeringsmarkt)

4.4 Hoe is het gesteld met de arbeidsproductiviteit in de zorg?

- Ontwikkeling van productievolume in zes zorgsectoren, gedeeld door het aantal werknemers, in fte en gecorrigeerd voor arbeidsduurverkortung
- Trend in arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen vergeleken met trend in arbeidsproductiviteit van de Nederlandse economie als geheel
- Aantal ziekenhuisontslagen per fte ziekenhuiswerknemers

4.5 Hoe is de financiële positie van zorginstellingen?

- Rentabiliteit
- Solvabiliteit
- Liquiditeit
- Reserve aanvaarbare kosten
- Participatiegraad in het Waarborgfonds voor de Zorgsector



Bijlage 3: Bronnen

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg. Utrecht

- Databank Wonen-Zorg. www.kcwz.nl

AHRQ, Agency of Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. USA

- www.ahrq.gov

Arcares. Utrecht

- Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen
- Jaarenquête verpleeghuizen

CAK-BZ, Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten. Den Haag

- Registraties Zorg zonder Verblijf (Thuiszorg)
- Registratie AWBZ Zorg met Verblijf (V&V)

CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. Utrecht

- PREZIES, PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance (samen met RIVM / Ziekenhuizen)

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg/Heerlen

- Ambulancediensten
- Bevolkingsstatistiek
- Budgetonderzoek
- CBS-Statline
- Doodsoorzakenstatistiek
- Enquête algemene gegevens intramurale gezondheidszorg
- Enquête personeelsgegevens intramurale gezondheidszorg
- Gezondheid en zorg in cijfers
- Nationale Rekeningen
- POLS, Permanent Onderzoek Leefsituatie, gezondheid en welzijn
- Zorgrekeningen

CCKL, Stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg. Putten

- www.cckl.nl

CFIHPS, Commonwealth Fund International Health Policy Survey. New York, NY. USA

- International Health Policy Survey

CTZ, College toezicht zorgverzekeringen. Diemen

- Prestaties zorgverzekeraars bij inkoop kraamzorg
- Zorginkoop zorgkantoren

CVZ, College voor zorgverzekeringen. Diemen

- GIP. Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
- Landelijke wachtlijstmeting
- Monitor hulpmiddelen
- ZRS. Zorgregistratie systeem

DGV, Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik. Utrecht

- Deelname FTO-groepen

EUR/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Rotterdam

- Monitor verzekerdemobiliteit (in opdracht van VWS)

EUR/MGZ, Erasmus Universiteit Rotterdam, Maatschappelijke Gezondheidszorg. Rotterdam

- LETB, Landelijke evaluatie van bevolkingsonderzoek naar borstkanker (samen met UMC St Radboud Nijmegen/ afdeling Epidemiologie en Biostatistiek en het Landelijk Referentie Centrum voor bevolkingsonderzoek op Borstkanker)

Eurostat, Statistical Office of the European Communities. Luxembourg

- New Cronos database

GFHR, Global Forum for Health Research. Geneva

- Monitoring Financial Flows for Health Research

GGZ-Nederland. Amersfoort

- GPI. Personeelsbestand in de GGZ
- Jaarenquête Geestelijke Gezondheidszorg
- PIGGZ. Patientenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (beëindigd)
- Wachtlijsten in ggz-instellingen
- Zorgis, Zorginformatiesysteem Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (samen met Prismant)

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

- Jaarbericht
- Onderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen, in ziekenhuizen, en naar bereikbaarheid van huisartsenposten en van huisartsenzorg voor asielzoekers
- Registratie van Infectieziekten
- Staat van de gezondheidszorg

ITS, Nijmegen

- Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl

LSP, Landelijke Steunfunctie Preventie. Utrecht

- <http://www.lsp-preventie.nl/index.asp?id=37>

NIAZ, Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. Utrecht

- www.niaz.nl

NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Woerden

- <http://www.gezondheidsmanagement.nl>

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht

- Consumentenpanel Gezondheidszorg
- Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten
- Patiëntenpanel Chronisch Zieken (beëindigd; opgevolgd door Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten)
- Patiëntenoordelen over ziekenhuizen
- CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire. Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering?
- Beroepen in de gezondheidszorg
- LINH, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
- LIPZ, Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg
- Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers
- Eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
- Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
- CMR, Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
- Kwaliteitssystemen in zorginstellingen
- Het meten van uitkomsten in de GGZ

NMa, Nederlandse Mededingingsautoriteit. Den Haag

- Monitor financiële sector 2005

NPPV, Nationaal Platform Patiëntveiligheid

- www.platformpatientveiligheid.nl

NTS, Nederlandse Transplantie Stichting. Leiden

- www.transplantatiestichting.nl

NVZ, Nederlandse vereniging van ziekenhuizen. Utrecht

- Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen (samen met Prisma)

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

Prismant. Utrecht

- Arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen in de zorgsector
- Databank jaarverslagen zorg
- LMR, Landelijke Medische Registratie
- Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen (samen met NVZ)

PWC, PriceWaterhouseCoopers. Utrecht

- Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004
- Testbenchmark gehandicaptenzorg 2004 (aanvullende berekening door NIZW)

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven

- Ambulances binnen bereik
- ISIS, Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
- Kosten van ziekten
- Laboratorium Surveillance Infectieziekten
- Landelijke neonatale screeningsprogramma's (samen met TNO Kwaliteit van leven)
- Mogelijke bijwerkingen van vaccinatie
- Monitor gezondheidsachterstanden (juni 2006)
- Nationaal Kompas Volksgezondheid
- Nationale Atlas Volksgezondheid
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning

SCK, Stichting Cliënt & Kwaliteit. Utrecht

- Alles naar wens? (Bewoners of contactpersonen over de zorg en dienstverlening in verzorgings- en verpleeghuizen)

SCV, Stichting Consument en Veiligheid, Amsterdam

- LIS, Letsel Informatie Systeem
- OBiN, Ongevallen en Bewegen in Nederland
- PORS, Privé Ongevallen Registratie Systeem

SCP, Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag

- AVO, Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek

SIVZ, Stichting Informatie Voorziening Zorg. Houten

- LADIS, Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem

STIVORO, Stichting Volksgezondheid en Roken. Den Haag

- Continu Onderzoek Rookgewoonten (samen met TNS NIPO)

TNO Kwaliteit van leven. Leiden

- Registratie AGS/CHT/CHT Screening

Trimbos instituut. Utrecht

- Brancherapport GGZ-MZ '98-'01
- Derde gids Preventie van psychische stoornissen en verslaving
- Effectiviteit van preventieve interventies op jeugdigen: stand van zaken
- GGZ in tabellen
- Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study)
- Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag
- Peilstations scholieren (over roken, drinken, drugsgebruik en gokken)

TRIP, Transfusie Reacties In Patiënten. Den Haag

- TRIP Rapport (over hemovigilantiemeldingen)

Universiteit Maastricht. Cluster Zorgwetenschappen. Sectie Verplegingswetenschap. Maastricht

- Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
- Landelijke Prevalentie Onderzoek Decubitus (beëindigd; opgevolgd door 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

VWA, Voedsel en Waren Autoriteit. Den Haag

- Consumentenmonitor; onderzoek naar het vertrouwen van de consument in de veiligheid van voedingsmiddelen

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag

- Brancherapport cure 2000-2003
- Informatiesysteem Wet Ambulancevervoer (ex. Artikel 19 WAV) (samen met Prisma)
- Zorg Verzekerd. De invoering van de Zorgverzekeringwet en potentiële onverzekerden; Verslag van een VWS-onderzoek

WfZ, Waarborgfonds voor de Zorgsector. Utrecht

- Jaarverslagen



Bijlage 4: Afkortingen

AAA	aneurysma van de aorta abdominalis
ACHS	Australian Council for Health Care Standards
adv	arbeidsduurverkortung
AeZQ	Aertzliche Zentralstelle Qualitätssicherung
ags	adrenogenitaal syndroom
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
amw	algemeen maatschappelijk werk
apz	algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratie
bbp	bruto binnenlands product
BIG	Wet beroepen individuele gezondheidszorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BU-regeling	buitengewone uitgaven regeling
C-MIS	minimale interventiestrategie voor roken bij hartpatiënten
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plan Survey
CBO	CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCKL	CCKL Stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg
cht	congenitale hypothyreoïdie
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
copd	chronic obstructive pulmonary disease
CPB	Centraal Planbureau
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTG/Zaio	College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVA	cardiovasculair accident
CVZ	College voor zorgverzekeringen
QALY	quality adjusted life years
dbc	diagnose-behandelcombinatie
DGV	DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
DHV	District Huisartsen Vereniging
ECHI	European Community Health Indicators
EMGO	Extramuraal geneeskundig onderzoek
epd	electronisch patiënten dossier
EU	Europese Unie
EUPHIX	European Public Health Information, Knowledge & Data Management System
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
EUR/iMTA	EUR/Institute for Medical Technology Assessment
EUR/MGZ	EUR/instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg

FIN	Ministerie van Financiën
fpu	flexibel pensioen en uittreden
fte	full-time equivalent
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg
GAF	Global Assessment of Functioning scale
GFHR	Global Forum for Health Research
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
GHQ	General Health Questionnaire
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
H-MIS	minimale interventiestrategie voor roken in de huisartsenpraktijk
hap	huisartsenpost
hbo	hoger beroepsonderwijs
HCQI	Health Care Quality Indicators
HHI	Herfindahl-Hirschman Index
HKZ	stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HSMR	Hospital Standardised Mortality Ratio
ICT	informatie en communicatie technologie
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (RIVM)
ivf	in vitro fertilisatie
IVZ	stichting Informatievoorziening Zorg
jgz	jeugdgezondheidszorg
kjp	kinder- en jeugdpsychiatrie
kno	keel-, neus- en oorheelkunde
Kzi	Kwaliteitswet zorginstellingen
L-MIS	minimale interventiestrategie voor roken bij longpatiënten
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (IVZ)
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (NIVEL)
LIPZ	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (NIVEL)
LMR	Landelijke Medische Registratie (Prismant)
LSP	Landelijk Steunpunt Preventie
mln	miljoen
MOA	Medische opvang asielzoekers
MOBG	(stuurgroep) Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
MRI	magnetic resonance imaging
NPCG	Nationaal Panel Chronische ziekten en Gehandicapten
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Trimbos instituut)
NGO	niet-gouvernementele organisatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap

NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIVEL	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde
NONI	Niet Op Naam Ingeschrevene
NSN	Nierstichting Nederland
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OC	Opvang- en Onderzoekscentrum
OCR	oesophaguscardia resectie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Onderling Medisch Steunfonds
OR	odds-ratio
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVN	Optometristen Vereniging Nederland
paaz	psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
pgb	persoonsgebonden budget
PKU	phenylketonuria
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie (CBS)
PPCZ	patiëntenpanel chronisch zieken
PPS	pre- en postnatale screening
PREZIES	Preventie Ziekenhuisinfecties door Surveillance (CBO/RIVM)
PWC	PriceWaterhouseCoopers
R&D	Research and 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
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
ROC	Regionaal opleidingen centrum
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCK	Stichting Cliënt & Kwaliteit
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
segv	sociaal-economische gezondheidsverschillen
SEH	spoedeisende hulp
ses	sociaal-economische status
SHA	System of Health Accounts (OECD)
SIVIS	Verpleeghuis Informatiesysteem (Prismant)
spd	sociaal-pedagogische dienst

STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
TRIP	Transfusie reacties in patiënten (Landelijk Hemovigilantie Bureau)
UMC	Universitair Medisch Centrum
VMS	veiligheidsmanagementsysteem
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
V&V	verpleging en verzorging
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
Wgr	Wet gemeenschappelijke regelingen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
zbc	zelfstandig behandelcentrum
Zfw	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZRS	Zorgregistratiesysteem
Zvw	Zorgverzekeringswet