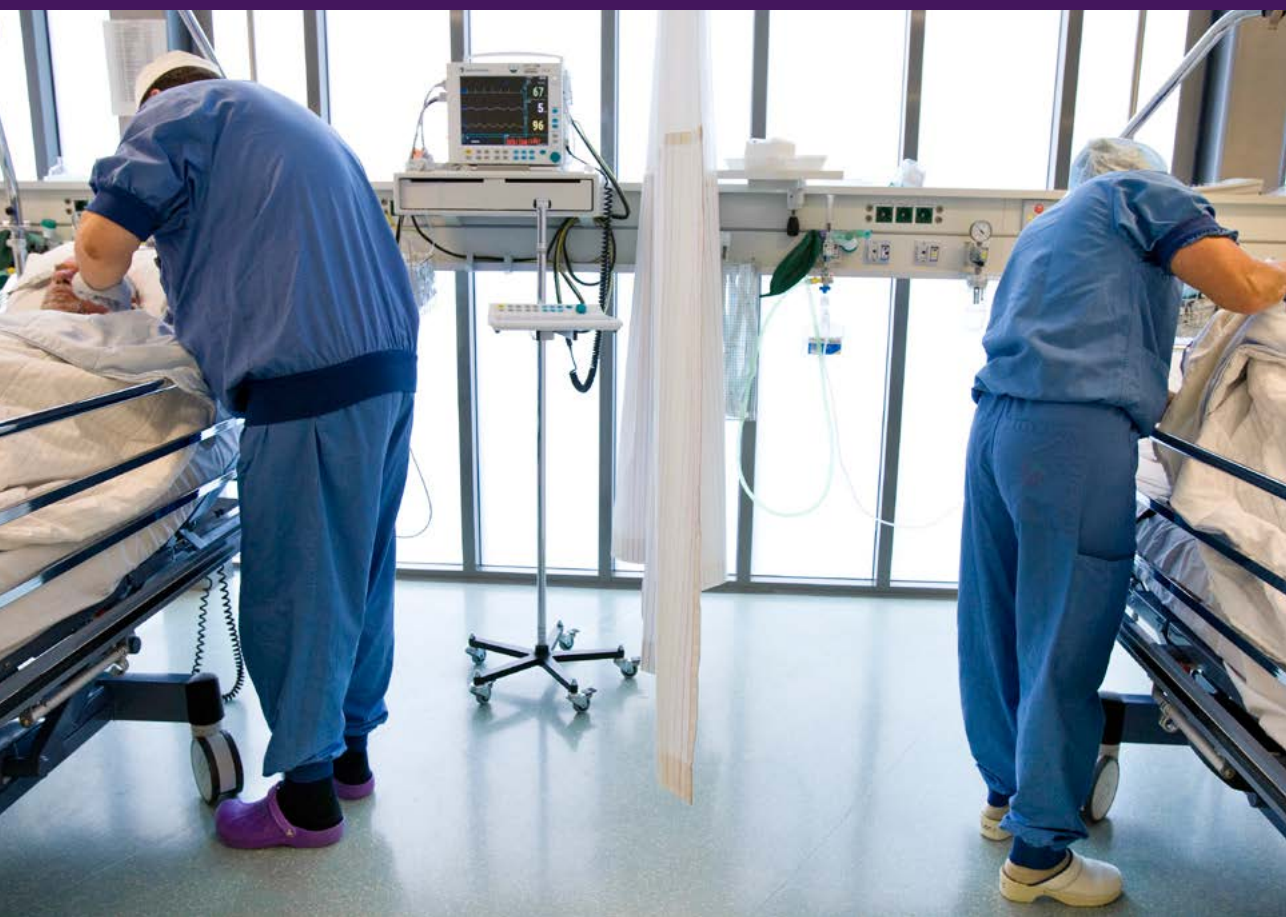
Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Zorgbalans
2014
De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg



Zorgbalans 2014

De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg

Redactie: MJ van den Berg, D de Boer, R Gijsen, R Heijink, LCM Limburg, SLN Zwakhals

Colofon

Ontwerp
VijfKeerBlauw

Omslag
Hollandse Hoogte

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

Auteursrecht voorbehouden
© 2014, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

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 voorafgaand schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.
Voor zover 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: 2014-0038
ISBN: 978-90-6960-274-5

Voorwoord

Om de zorg betaalbaar te houden en de kwaliteit te verhogen is continue verbetering nodig. Inzichtelijkheid van kosten en kwaliteit is daarbij cruciaal. Progressie op deze terreinen is alleen mogelijk als de mensen die werken in de zorg en de mensen die ervan gebruik maken er samen de schouders onder zetten. Er verbetert momenteel veel, maar we zijn er nog niet. Dat leest u ook in deze Zorgbalans 2014. Het RIVM is er opnieuw in geslaagd om met behulp van een grote hoeveelheid registraties, publicaties en enquêtes in beeld te brengen hoe het er voor staat met de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg.

In positieve zin valt op dat de Nederlandse gezondheidszorg opnieuw bovengemiddeld scoort vergeleken met andere welvarende landen. Ook de zorg rondom zwangerschap en geboorte is gelukkig sterk verbeterd in de afgelopen jaren. En de verschillen in toegankelijkheid voor verschillende demografische en sociaaleconomische groepen lijken beperkt.

Maar er zijn nog genoeg aandachtspunten: de verschillen in de kwaliteit van het medisch handelen zijn nog groot en er is onvoldoende transparantie. Dit moet beter. Het Kwaliteitsinstituut, dat dit jaar aan de slag is gegaan, speelt hierin een belangrijke rol.

Deze Zorgbalans biedt al met al een stevig empirisch fundament voor de beleidsagenda van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de komende jaren. De zorg aanpassen aan de wensen van mensen, de ontwikkelingen in de samenleving en tegelijkertijd de betaalbaarheid verbeteren en de kwaliteit verhogen is een enorme opdracht voor iedereen. Laten we die opdracht samen uitvoeren.

Ik dank iedereen die aan deze Zorgbalans heeft meegewerkt!

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,



Edith Schippers

Inhoud

Voorwoord 3

De Nederlandse gezondheidszorg: bevindingen op hoofdlijnen 9

1 Over de Zorgbalans: achtergrond en aanpak 15
1.1 De Zorgbalans beschrijft de prestaties van de gezondheidszorg 15
1.2 Wat verstaan we onder gezondheidszorg? 16
1.3 De publieke doelen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid 16
1.4 De aanpak 17
1.5 Thematische hoofdstukken 18
1.6 De functie van de Zorgbalans 19
1.7 Opbouw van dit rapport 19

2 Zorg rond de geboorte 21
Kernbevindingen 21
2.1 Achtergrond 23
2.2 Indicatoren voor zorg rond de geboorte 24
2.3 Stand van zaken 26
2.4 Conclusie 59

3 Gezond blijven 61
Kernbevindingen 61
3.1 Achtergrond 62
3.2 Indicatoren voor preventie in de zorg 63
3.3 Stand van zaken 63
3.4 Conclusie 78

4 Acute zorg 81
Kernbevindingen 81
4.1 Achtergrond 82
4.2 Indicatoren voor acute zorg 83
4.3 Stand van zaken 84
4.4 Conclusie 104

5 Beter worden: niet-acute zorg 107
Kernbevindingen 107
5.1 Achtergrond 109
5.2 Indicatoren voor niet-acute curatieve zorg 110
5.3 Stand van zaken 111
5.4 Conclusie 172

6 Leven met een chronische aandoening of functioneringsprobleem 175
Kernbevindingen 175
6.1 Achtergrond 176
6.2 Indicatoren voor langdurige zorg 177
6.3 Stand van zaken 178
6.4 Conclusie 204

7 Zorg rond het levenseinde 209
Kernbevindingen 209
7.1 Achtergrond 210
7.2 Indicatoren voor zorg rond het levenseinde 216
7.3 Stand van zaken 217
7.4 Conclusie 232

8 Zorguitgaven en doelmatigheid 235
Kernbevindingen 235
8.1 Achtergrond 236
8.2 Indicatoren voor zorguitgaven en doelmatigheid 236
8.3 Stand van zaken - zorguitgaven 240
8.4 Stand van zaken - doelmatigheid 253
8.5 Conclusie 269

9 Zorg en gezondheid 271
9.1 Achtergrond 271
9.2 Indicatoren voor zorg en gezondheid 272
9.3 Trends in (gezonde) levensverwachting 273
9.4 Vermijdbare sterfte 278
9.5 Trends in mortaliteit voor coronaire hartziekten, kankers en zuigelingensterfte 282
9.6 Zorguitgaven en gezondheid 286
9.7 Kwaliteitsindicatoren 288
9.8 Conclusie 290

10 Gelijke zorg bij gelijke behoefte 291
Kernbevindingen 291
10.1 Achtergrond 292
10.2 Indicatoren voor gelijke zorg bij gelijke behoefte 293
10.3 Stand van zaken 293
10.4 Conclusie 304

11 Transparantie van kwaliteit 307
11.1 Inleiding 307
11.2 Transparantie van kwaliteit: doel en functie 307
11.3 Ontwikkeling van transparantie van kwaliteit: een korte geschiedenis 310
11.4 Hoe ontstaat transparantie van kwaliteit en aan welke voorwaarden moet het voldoen? 313
11.5 Stand van zaken transparantie: een impressie van initiatieven 315
11.6 Het gebruik van kwaliteitsinformatie 328
11.7 Conclusie 333

12 De werkzaamheid van het Nederlandse zorgstelsel 337
12.1 Inleiding 337
12.2 Het stelsel van gereguleerde concurrentie 338
12.3 Randvoorwaarden en beleidswijzigingen gereguleerde concurrentie 2010 - 2014 340
12.4 De zorgverzekeringsmarkt 349
12.5 De zorginkoopmarkt 355
12.6 De zorgverleningsmarkt 362
12.7 Conclusie 365

13 Informatiebehoefte: wat we nog niet weten 367
Vergelijkbaarheid van indicatoren 368
Informatie die er niet of te weinig is 369
De toekomst 371

Referenties 373

Bijlagen 409
Bijlage 1 Leden Projectgroep RIVM 410
Leden Wetenschappelijke Adviesgroep 411
Leden Projectgroep VWS / IGZ / NZa 411
Externe experts 411
Experts RIVM 412
Bijlage 2 Indicatoren 414
Bijlage 3 De CQ-index 421
Bijlage 4 Afkortingen 427

De Nederlandse gezondheidszorg: bevindingen op hoofdlijnen

Kwaliteit

Veel gezondheidszorg in Nederland is van hoog niveau en er zijn veel gunstige trends

Internationale vergelijking van kwaliteitsindicatoren van de OECD laat zien dat bij het merendeel van deze indicatoren Nederland bovengemiddeld scoort vergeleken bij andere welvarende landen. Op specifieke terreinen lopen de resultaten uiteen. Bij sommige indicatoren hoort Nederland bij de best scorende landen. Zo worden in Nederland de minste antibiotica voorgeschreven in de eerste lijn en worden patiënten met een heupfractuur vaker binnen 48 uur geopereerd dan in veel andere landen. Op andere indicatoren scoort Nederland minder gunstig: zo zijn de sterfte na een beroerte of myocardinfarct en de perinatale sterfte aan de hoge kant.

Veel kwaliteitsindicatoren laten een gunstige trend zien: de 30-dagensterfte na een beroerte of myocardinfarct nam af, evenals de (vermijdbare) sterfte in ziekenhuizen en het vóórkomen van ziekenhuisinfecties. De snelheid waarmee wordt gestart met een operatie bij heupfracturen nam toe, de 5-jaarsoverleving bij verschillende vormen van kanker steeg, en ook in de langdurige zorg zagen we gunstige trends zoals een afname van decubitus en ondervoeding.

Een terrein dat in positieve zin opvalt, is de zorg rond de geboorte. Toen in 2008 bleek dat Nederland haar toppositie als één van de landen met de laagste perinatale sterfte was kwijtgeraakt, was dat voor betrokken partijen aanleiding om actie te ondernemen. De stuurgroep Zwangerschap en geboorte formuleerde aanbevelingen om de zorg te verbeteren. Een aantal indicatoren in deze Zorgbalans sluit rechtstreeks aan op deze aanbevelingen en laten gunstige trends zien. Zo is in 2008 de perinatale audit ingevoerd, en is de deelname hieraan sterk gegroeid. In 2012 hebben vrijwel alle verloskundigen en gynaecologen ten minste eenmaal deelgenomen. Dergelijke audits hebben in het buitenland laten zien tot daadwerkelijke kwaliteitsverbetering te leiden. Steeds minder zwangere vrouwen roken en steeds meer zwangere vrouwen, ook in achterstandswijken, melden zich op tijd bij de verloskundige of huisarts. De perinatale sterfte is internationaal gezien nog altijd aan de hoge kant, maar neemt nog steeds af.

Ouderenzorg: hoge werkdruk gaat ten koste van tijd voor cliënten

Naast een aantal positieve ontwikkelingen in de langdurige zorg, zoals de daling van ondervoeding en decubitus, vallen in de ouderenzorg enkele minder gunstige bevindingen op. Bewoners van instellingen voor verpleging en verzorging (V&V) en hun vertegenwoordigers rapporteren vaker ongunstige ervaringen dan zorggebruikers in andere sectoren. Vooral een gebrek aan tijd en aandacht springen er uit; een derde van de bewoners van instellingen voor V&V zegt dat er nooit of slechts 'soms' voldoende tijd aan hen wordt besteed. Er blijken grote verschillen te zijn tussen instellingen: het maakt dus veel uit in welke instelling iemand terecht komt. Wanneer doorgevraagd wordt over bronnen van onvrede of juist positieve zaken, blijkt dat het werk van zorgverleners wel degelijk gewaardeerd wordt. De onvrede komt dus niet voort uit slecht functionerende zorgverleners. Het beeld wordt bevestigd door het personeel: een derde van de zorgverleners in de sector V&V gaf in 2013 aan dat er niet genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren, in verzorgingshuizen was dit 43% en in verpleeghuizen 53%. Van de zorgverleners in verpleeghuizen noemde 15% de zorg die binnen hun eigen afdeling wordt verleend 'regelmatig of vaak niet goed'. Ook in vorige edities van de Zorgbalans werden deze zaken gesignaleerd en ook in het politieke en publieke debat is het 'tekort aan handen' veelvuldig aan de orde gekomen. Er lijkt dan ook niet zozeer sprake van een negatieve trend, maar van een hardnekkig probleem.

Nog steeds grote verschillen in medisch handelen tussen zorgaanbieders

Verschillen in medisch handelen tussen aanbieders bij vergelijkbare situaties (praktijkvariatie) staat de laatste jaren sterk in de belangstelling. De verschillen zijn vaak groot, met andere woorden: de behandeling die een patiënt krijgt, kan sterk verschillen al naar gelang bij welke aanbieder deze terecht komt. Bevallingen in een laagrisicogroep (zwangere vrouwen met een voldragen eerste kind in hoofdligging) worden in sommige ziekenhuizen in 40% van de

gevallen ingeleid, terwijl dit in de meest terughoudende ziekenhuizen bij slechts 10% van de gevallen gedaan wordt. Vergelijkbare verschillen zien we in het uitvoeren van kunstverlossingen en keizersneden. Welke ziekenhuizen veel en welke weinig van zulke ingrepen verrichten is niet openbaar. Daarnaast verschilt de mate waarin huisartsen aanbevelingen uit professionele richtlijnen volgen bij het voorschrijven van medicatie. Huisartsen die het meest richtlijnconform voorschrijven volgen deze aanbevelingen meer dan 30% vaker op dan degenen die het minst de richtlijnen volgen. Ook zijn er ziekenhuizen waarbij 100% van de heupfracturen binnen een kalenderdag geopereerd wordt. Dit vermindert de kans op complicaties en sterfte. Er zijn echter ook ziekenhuizen die minder dan 80% halen.

Toegankelijkheid

Nederland heeft een zeer toegankelijk zorgsysteem

Eerdere edities van de Zorgbalans lieten zien dat toegankelijkheid bij uitstek één van de sterke eigenschappen is van het Nederlandse zorgsysteem. Er bestaat een goede geografische dekking van zorgvoorzieningen en de weg naar de huisarts, fysiotherapeut of verloskundige kan doorgaans binnen een paar minuten met de auto worden afgelegd. Een autorit naar het ziekenhuis duurt bijna nooit langer dan een half uur. Wachttijden, iets dat nogal eens als één van de problemen van de Nederlandse zorg wordt gezien, zijn sinds 2008 voor het overgrote deel van de behandelingen in het ziekenhuis, inclusief de polikliniek, afgenomen. In de langdurige zorg is er een aanzienlijk aantal wachtenden, maar het aantal problematisch wachtenden is ook hier laag. Ook de verschillen in toegankelijkheid voor verschillende demografische of sociaaleconomische groepen lijken beperkt. Alleen tandartsbezoek vormt hierop een uitzondering, hoger opgeleiden gaan vaker voor controle van het gebit. De sociaaleconomische verschillen in tandartsbezoek zijn hardnekkig en komen in vrijwel alle westerse landen naar voren. Internationaal beschouwd zijn deze verschillen in Nederland overigens klein.

Financiële toegankelijkheid: minder vanzelfsprekend dan voorheen

Het afzien van curatieve zorg om financiële redenen, kwam in Nederland tot voor kort nauwelijks voor. De afgelopen jaren lijkt hier een kentering in op te treden. Zo gaf in 2013 12% van de Nederlandse respondenten in de Health Policy survey aan dat ze in het voorgaande jaar wel eens af hadden gezien van een bezoek aan een arts vanwege de kosten. Drie jaar daarvoor was dat nog 2%. Een vergelijkbare toename zagen we bij het afzien van een aanbevolen medisch onderzoek of behandeling (van 3% naar 16%).

Het afzien van zorg vanwege kosten is niet per definitie ongewenst, met het verplicht eigen risico wordt zelfs beoogd om zorg af te remmen als die niet noodzakelijk is. Intomart GfK kwam in 2013 tot wat lagere percentages van mensen die afzagen van zorg en kwalificeerde een deel hiervan als ‘gewenste zorgmijding’. De mate waarin zorggebruik al dan niet als

gewenst of noodzakelijk kan worden beschouwd, is echter moeilijk te bepalen en er bestaan geen algemeen aanvaarde criteria voor.

Mogelijk spelen hier de verhoging van het verplichte eigen risico, het minder vaak hebben van een aanvullende verzekering en de gevolgen van de economische recessie een rol. Een aanvullende analyse van IQ Healthcare liet zien dat er sprake is van een duidelijk inkomenseffect: hoe lager het inkomen, hoe vaker mensen van zorg afzien. In een onderzoek van NIPO in 2013 gaf 68% van de specialisten en driekwart van de huisartsen aan in de eigen praktijk te zien dat mensen afzien van bepaalde zorg vanwege de kosten. In een enquête uitgevoerd door de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) in 2014 gaf 94% van de huisartsen aan dat patiënten adviezen wel eens niet opvolgen vanwege de kosten, 70% maakt dit dagelijks of wekelijks mee. Adviezen die het vaakst niet werden opgevolgd vanwege kosten, waren volgens huisartsen lab-onderzoeken, medicijnen afhalen, ggz-bezoek, aanvullende onderzoeken zoals röntgenfoto's en bezoek aan andere eerstelijnszorg, bijvoorbeeld fysiotherapeuten.

Betaalbaarheid

Zorguitgaven blijven stijgen, na 2011 vlakte de groei af

Ongetwijfeld is één van de meest opvallende trendbreuken sinds vorige edities van de Zorgbalans te zien bij de zorguitgaven. De zorguitgaven stegen in de periode 2000-2013 gemiddeld met 5,5% per jaar. In 2011, 2012 en 2013 vlakte deze groei af naar respectievelijk 2,5% en 4,3 en 2% per jaar. Een van de verklaringen hiervoor is de economische recessie die in deze periode gaande was. Economische welvaart en zorguitgaven hangen nauw met elkaar samen. In de periode na 2009 was in verschillende Europese landen zelfs een daling in de zorguitgaven waarneembaar, iets wat daarvoor vrijwel nergens voorkwam. Een deel van het afvlakken van de stijging in Nederland is toe te schrijven aan beleid dat daarop is gevoerd. Zo hebben de Wet geneesmiddelenprijzen en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars ervoor gezorgd dat de uitgaven aan geneesmiddelen sterk werden afgeremd. De OECD, die onderzoek deed naar de reactie van landen op de economische recessie, liet zien dat vooral de groei in uitgaven aan geneesmiddelen en aan preventie in veel landen het sterkst zijn afgenomen. Ook in Nederland is dat het geval. Binnen Europa hoort Nederland nog altijd tot de landen met de hoogste zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product, wat voornamelijk is toe te schrijven aan de langdurige zorg.

In de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt over een gelimiteerde groei van de zorguitgaven in de ggz, de medisch specialistische zorg en de eerstelijnszorg voor de periode 2014-2017. Daarnaast wordt vanaf 2015 de AWBZ hervormd. Als deze maatregelen het gewenste effect hebben, zal dat leiden tot een verdere afbuiging van de stijgende zorguitgaven.

Transparantie van kwaliteit: veel beweging

In de Zorgbalans 2010 gaven we aan dat de transparantie van de kwaliteit van zorg op veel vlakken tekortschoot. Sinds 2010 is er veel gebeurd op dit terrein maar er is nog steeds veel te doen: aan de basale voorwaarden om te komen tot valide en betrouwbare informatie is vaak niet voldaan. Vooral de versnippering, onduidelijkheid, ontoegankelijkheid en onvolledigheid van registraties is daarbij een punt van aandacht. De inspanningen om kwaliteit transparant te maken zijn allerminst tot stilstand gekomen. Verschillende initiatieven kwamen en gingen en momenteel is het aantal voorbeelden van projecten waarbinnen hard wordt gewerkt aan zichtbaarheid van kwaliteit groter dan ooit. Naar verwachting gaat het onlangs opgerichte Kwaliteitsinstituut een belangrijke rol hierin spelen. Ook bij verzekeraars zien we dat waar voorheen voornamelijk over geld werd gesproken, nu steeds vaker kwaliteit een (bescheiden) rol speelt bij de zorginkoop. Door de beroepsgroepen zijn vele registraties opgezet die helpen het eigen handelen te spiegelen aan dat van anderen. Een ontwikkeling die in dit verband het vermelden waard is, is de veel bezochte ZorgkaartNederland. Deze laat zien dat patiënten wellicht meer geïnteresseerd zijn in de persoonlijke verhalen van anderen dan in de meer abstracte, kwantitatieve indicatoren. Het is een manier van informatie delen met anderen die mensen kennen van het zoeken naar campings en restaurants. Gezien de vele nieuwe initiatieven om kwaliteit van zorg transparant te maken is het te vroeg voor definitieve conclusies over transparantie. De komende jaren moet duidelijk worden wat andere benaderingen, liefst gevoed door goede registraties, bijdragen aan transparantie van kwaliteit.

Gereguleerde concurrentie meer zichtbaar

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft de Rijksoverheid het Nederlandse zorgstelsel voor curatieve zorg ingericht volgens het model van gereguleerde concurrentie. In de Zorgbalans 2010 concludeerden we, mede op basis van de *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag* dat er nog lang niet aan alle randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie was voldaan en dat de effecten van het beleid dan ook weinig zichtbaar waren. Wellicht was het nog te vroeg om de effecten van een dusdanig omvangrijke stelselherziening zichtbaar te maken. In deze Zorgbalans signaleren we dat aan de genoemde randvoorwaarden beter wordt voldaan. Verzekeraars zijn zich meer gaan profileren en hebben de eerste stappen genomen richting selectieve contractering. Een aantal beleidsmaatregelen, zoals de uitbreiding van de vrij onderhandelbare zorg (B-segment) zorgt ervoor dat verzekeraars en zorgaanbieders bovendien meer contractvrijheid krijgen. Kritisch inkoopbeleid door zorgverzekeraars op basis van kwaliteit komt echter nog weinig voor. Dat er ook daadwerkelijk sprake is van concurrentie tussen verzekeraars, blijkt onder andere uit het aantal mensen dat overstapt: 1,2 miljoen in 2013. De hoogte van de nominale premie, die de verzekeraars zelf mogen bepalen op basis van het door de overheid vastgestelde basispakket, is in 2014 afgenomen.

De toekomst

Informatie in de Zorgbalans is altijd gebaseerd op wat daadwerkelijk gemeten kan worden en zegt dus per definitie niets over de toekomst. Desondanks anticiperen we wel op ontwikkelingen. Zo zal de grote verschuiving van zorg van de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Zorgverzekeringswet aandachtig worden gevolgd en wordt al gewerkt aan nog betere indicatoren om dit proces te monitoren. Ook de transparantie van kwaliteit is actueel, en zal dat in de nabije toekomst zeker blijven. Juist in tijden dat het zorgsysteem zo volop in beweging is, is het van belang om een robuust instrument te hebben dat de vinger aan de pols houdt op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Tegelijkertijd vragen nieuwe ontwikkelingen vaak ook om nieuwe en andere indicatoren. De komende jaren zal de Zorgbalans dan ook mee veranderen met de vele ontwikkelingen en blijft het meten van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid de kern.

1 Over de Zorgbalans: achtergrond en aanpak

1.1 De Zorgbalans beschrijft de prestaties van de gezondheidszorg

In de Zorgbalans geven we een overzicht van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg en het functioneren van het zorgsysteem in bredere zin. De Zorgbalans wordt sinds 2006 gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS. De wijze waarop het begrip 'prestaties' is uitgewerkt, sluit daarom aan bij de zogenaamde 'systeemdoelen' waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De Zorgbalans bestaat uit twee producten:
- het rapport Zorgbalans 2014 (en eerdere jaren)
- de website http://www.gezondheidszorgbalans.nl

De kern van beide producten wordt gevormd door een set van ongeveer 140 indicatoren die gezamenlijk een beeld schetsen van het functioneren van de gezondheidszorg en het zorgsysteem. De indicatoren worden op de website regelmatig vernieuwd en geven daarom altijd een actueel beeld. Het rapport bevat naast de indicatoren, een meer diepgaande uitwerking van een aantal thema's. Daarnaast wordt in het rapport pas op de plaats gemaakt en teruggeblikt op de afgelopen vier jaar: welke belangrijke veranderingen zijn er gaande? Wat gaat goed en wat minder goed?

1.2 Wat verstaan we onder gezondheidszorg?

Onder gezondheidszorg verstaan we "het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin (gebaseerd op Van der Meer & Schouten, 1997). De zorgverlening door de zorgverlener aan de individuele patiënt/cliënt staat centraal, al worden ook daaraan ondersteunende activiteiten tot de gezondheidszorg gerekend (zoals activiteiten uitgevoerd door assistenten, laboratoriumpersoneel, management). Zorgverleners hebben een medische, verpleegkundige of verzorgende opleiding genoten op basis waarvan zij hun beroep uitoefenen.

Deze definitie wordt ook in andere RIVM-producten, zoals het Nationaal Kompas Volksgezondheid, gehanteerd (Post & Gijsen, 2011). Ten opzichte van eerdere edities van de Zorgbalans is de definitie wat aangescherpt.

1.3 De publieke doelen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

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

Binnen de Zorgbalans scharen we onder kwaliteit drie dimensies: effectiviteit van zorg, veiligheid en vraaggerichtheid.

Toegankelijkheid
Toegankelijke zorg betekent dat "personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening" (Smits et al., 2002). In de literatuur komt een aantal aspecten steeds terug die samen de toegankelijkheid bepalen en die de toegankelijkheid kunnen beperken, te weten de kosten, de reisafstand, de wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en de vraag van burgers.

In de verschillende hoofdstukken worden de volgende vormen van toegankelijkheid behandeld:
- geografische toegankelijkheid
- financiële toegankelijkheid
- tijdigheid
- toegankelijkheid naar behoefte
- keuzevrijheid

Betaalbaarheid
Een beheerste uitgavenontwikkeling en een doelmatig zorgstelsel staan centraal in de in 2006 ingevoerde Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Een beheerste uitgavenontwikkeling zorgt ervoor dat de zorg niet een te grote druk legt op de collectieve middelen en het nationaal inkomen. Met andere woorden, het houdt de zorg betaalbaar op macroniveau. Aangezien er geen algemeen geaccepteerde norm bestaat voor de betaalbaarheid van de zorg is het oordeel hierover vooral een politieke afweging. De vraag in hoeverre zorg betaalbaar is voor individuen of huishoudens valt onder (financiële) toegankelijkheid.
Een betere doelmatigheid van de zorg kan de beheersing van de uitgaven ondersteunen, maar gaat verder dan dat. Doelmatigheid gaat over de verhouding tussen de kosten en opbrengsten van de geleverde zorg. Ook een verdere uitgavenstijging kan doelmatig zijn, zolang de zorg voldoende oplevert in termen van kwaliteit en gezondheidswinst. In het nieuwe zorgstelsel hebben verzekerden en verzekeraars een belangrijke rol op het gebied van doelmatigheid: zij worden geacht te kiezen voor de zorg met de meest gunstige prijs-kwaliteit verhouding.

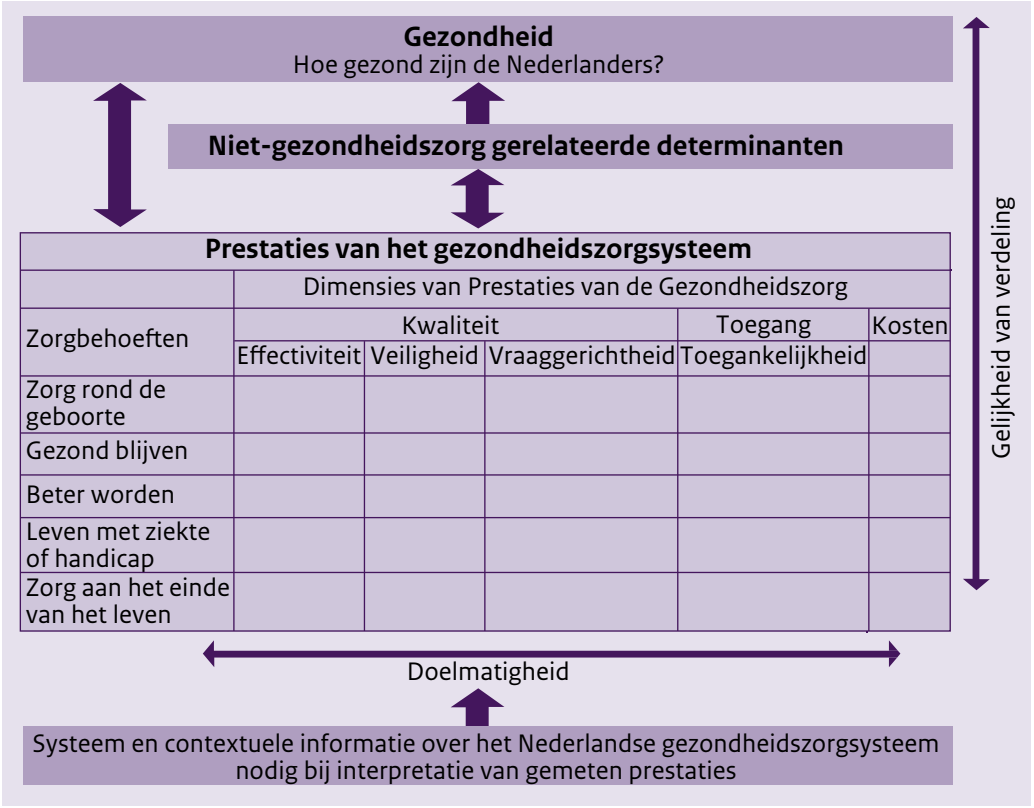
1.4 De aanpak

Het ministerie van VWS heeft voor de Zorgbalans zogenaamde 'indicatordomeinen' geformuleerd die cruciaal zijn bij het beoordelen van de prestaties van de gezondheidszorg. Het RIVM heeft een set van indicatoren ontwikkeld en gerangschikt binnen deze domeinen. Zo omvat het systeemdoel 'kwaliteit van zorg' bijvoorbeeld de domeinen effectiviteit, veiligheid en vraaggerichtheid. We gebruiken hetzelfde conceptuele raamwerk voor prestatie-indicatoren als in eerdere edities van de Zorgbalans. In dit raamwerk is de gezondheidszorg verdeeld in vier specifieke zorgbehoeften: gezond blijven (preventie), beter worden (cure), zelfstandig leven met een handicap of chronische ziekte (langdurige zorg en care) en zorg in de laatste levensfase (zie *figuur* 1.1). In deze Zorgbalans is zorg rond de geboorte hieraan toegevoegd. Een volledig overzicht van indicatordomeinen en indicatoren is opgenomen in *bijlage* 2 en is ook terug te vinden op de website.

De indicatordomeinen met ieder hun eigen indicatoren blijven de ruggengraat vormen van de Zorgbalans. In de indeling van het rapport is gekozen voor een iets andere structuur dan eerdere edities, zodat die beter aansluit bij feitelijke problemen waarmee beleidsmakers zich geconfronteerd zien en de manier waarop deze kunnen worden opgelost. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid blijven daarmee belangrijke centrale begrippen maar in de praktijk zal vaak blijken dat deze zaken niet strikt van elkaar gescheiden kunnen worden en dat beleidsproblemen vaak tegelijk raken aan meerdere systeemdoelen.

Het kiezen en ontwikkelen van indicatoren is een proces met veel stappen, waarin experts, wetenschappers en beleidsmakers een belangrijke rol spelen. Voor een uitvoerige beschrijving van dit proces verwijzen we naar het definitierapport van de Zorgbalans (Van den Berg et al., 2011).

Figuur 1.1: Conceptueel raamwerk prestaties gezondheidszorgsysteem (Bron: Arah et al., 2006).



1.5 Thematische hoofdstukken

De Zorgbalans 2014 bevat twee thematische hoofdstukken. In deze hoofdstukken worden enkele 'bredere' onderwerpen uitgediept en wijken we af van de gebruikelijke structuur die primair is gebouwd op indicatoren en kernboodschappen. Deze hoofdstukken bevatten een stand van zaken, maar ook verdieping, reflectie en beschrijving van achterliggende oorzaken.

De twee thema's die we in deze Zorgbalans beschrijven zijn:
- transparantie van kwaliteit
- de werkzaamheid van het stelsel van curatieve zorg

1.6 De functie van de Zorgbalans

De Zorgbalans beoogt bij te dragen aan de strategische besluitvorming van het ministerie van VWS over de hoofdlijnen van het beleid op het terrein van gezondheidszorg. Daarom schetst de Zorgbalans vooral een 'breed' beeld, een globaal beeld van het hele systeem. Wie op zoek is naar veel detailinformatie over bijvoorbeeld een specifieke sector zal die waarschijnlijk niet vinden in de Zorgbalans. Wel vindt men in de Zorgbalans in dat geval vaak de weg naar achterliggende bronnen met meer informatie. De toegevoegde waarde van de Zorgbalans ligt vooral in de integratie en het met elkaar in verband brengen van veel informatiebronnen waardoor achterliggende 'systeembrede' zaken zichtbaar worden. De Zorgbalans signaleert daarnaast vaak zogenaamde 'kennishiaten' en functioneert daarmee ook als een kennisagenda.

Een uitvoeriger uitleg van de geschiedenis en functie van de Zorgbalans binnen het beleidsproces is ook beschreven in een in 2014 verschenen Engelstalig artikel (Van den Berg et al., 2014).

1.7 Opbouw van dit rapport

Voorin de Zorgbalans is 'op hoofdlijnen' geschetst welke opvallende zaken uit de Zorgbalans naar voren komen, deze zijn beschouwd tegen de achtergrond van actuele ontwikkelingen en discussies die momenteel gaande zijn.

De *hoofdstukken 2* t/m *10* beschrijven de eerder genoemde indicatoren. Deze hoofdstukken beginnen steeds met de belangrijkste kernboodschappen, beschrijven dan de bevindingen op basis van indicatoren en sluiten af met een overkoepelende conclusie. In de *hoofdstukken 3* t/m *7* staat in ieder hoofdstuk een zorgbehoefte centraal en volgen we globaal de levensloop (van de geboorte tot de dood) hoewel sommige onderdelen zich uiteraard niet tot een bepaalde levensfase laten beperken. De *hoofdstukken 8, 9* en *10* behandelen onderwerpen die we elders in het raamwerk terugvinden: zorguitgaven en doelmatigheid, de relatie tussen zorg en gezondheid en gelijke zorg bij gelijke behoefte, iets dat in het Engels als *equity* wordt aangeduid, en wat zich lastig laat vertalen in het Nederlands.

In de *hoofdstukken 11* en *12* gaan we in op twee thema's: de transparantie van kwaliteit van zorg en de werkzaamheid van het Nederlandse stelsel voor curatieve zorg.

In het slothoofdstuk, *hoofdstuk 13*, staan we stil bij welke informatie wel en niet voor handen was voor deze Zorgbalans en in hoeverre we er in slagen ons gehele raamwerk te 'vullen'. Door te beschouwen waarover wel en waarover we niet in staat zijn bruikbare informatie te geven, geven we aanbevelingen voor de kennisagenda.

2
Zorg rond de geboorte

Kernbevindingen

- In 2012 kon 90,3% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd met de auto binnen 10 minuten de dichtstbijzijnde verloskundigenpraktijk bereiken
- In 2011 kon 99,7% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd binnen 45 minuten met een ambulance naar een afdeling verloskunde vervoerd worden
- In 2011 kon 97,9% van de vrouwen binnen 30 minuten een afdeling verloskunde bereiken met de auto
- Het percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte vóór de tiende week van de zwangerschap is toegenomen van 35% naar 81% voor alle zwangere vrouwen. Voor zwangere vrouwen uit achterstandswijken steeg dit percentage van 28% naar 76%
- Het percentage vrouwen dat gedurende de gehele zwangerschap rookte, is tussen 2001 en 2010 gehalveerd; in 2010 rookte 6,3% van de zwangere vrouwen
- Van de vrouwen die in de eerste lijn waren bevallen, kreeg 12% in 2012 een knip (episiotomie). Het percentage vrouwen met een knip is in de periode 2005-2012 afgenomen
- In de periode 2005-2012 is het percentage rupturen na vaginale bevalling zónder instrument licht gestegen van 2,2% in 2005 naar 2,9% in 2012
- In 2012 had 0,42% van de pasgeboren kinderen in de eerste lijn een Apgar-score <7 na vijf minuten
- In 2010 gaf 74% van de vrouwen borstvoeding vanaf de geboorte. Dit percentage is sinds 2005 licht gedaald
- Het percentage spontane bevallingen in de tweede lijn is zowel in de totale groep van bevallen vrouwen als in de laagrisicogroep toegenomen in de periode 2005-2012

- Het percentage inleidingen bleef, na een stijging tussen 2007 en 2010, stabiel en rond de 24%. Er waren grote verschillen tussen ziekenhuizen
- Het percentage kunstverlossingen is licht afgenomen in de periode 2005-2012. Er waren grote verschillen tussen ziekenhuizen
- In de periode 2005-2012 was het percentage ongeplande keizersneden in de totale groep van bevallen vrouwen redelijk stabiel en in de laagrisicogroep licht gestegen. Er waren grote verschillen tussen ziekenhuizen
- Het percentage geplande keizersneden in de totale groep van bevallen vrouwen en in de laagrisicogroep was stabiel in de periode 2005-2012
- Het percentage vrouwen dat spontaan bevallen is met een episiotomie in de tweede lijn is in de periode 2005-2012 licht afgenomen. Het percentage episiotomieën bij een kunstverlossing ligt hoger en neemt licht toe
- Het percentage vrouwen dat spontaan bevallen is met een episiotomie in de tweede lijn is in de periode 2005-2012 licht afgenomen van 31% in 2005 naar 28% in 2012. Het percentage episiotomieën bij een kunstverlossing lag hoger en is licht toegenomen: van 84% in 2005 tot 87% in 2012
- Het percentage rupturen bij een spontane bevalling lag in de tweede lijn rond de 3% en na een kunstverlossing rond de 3,5%. Rupturen na een bevalling zonder instrument kwamen in Nederland, in vergelijking met OECD-landen relatief veel voor, terwijl rupturen na een kunstverlossing juist weinig voorkwamen
- Ervaringen van de meeste kraamzorggebruikers waren in 2010 erg goed. De verschillen tussen aanbieders waren gering
- De foetale sterfte is afgenomen van 7,7 per 1000 levend- en doodgeborenen in 2000 naar 5,5 in 2012. De neonatale sterfte daalde van 4,2 per 1000 levendgeborenen naar 3,0 in 2012
- In vergelijking met andere West-Europese landen is de foetale sterfte in de periode 2004-2010 sterk afgenomen. Wel was de foetale sterfte in 2010 nog steeds hoger dan in de meeste andere West-Europese landen
- De neonatale sterfte is in Nederland in de periode 2004-2010 sterk afgenomen maar was in vergelijking met andere West-Europese landen nog aan de hoge kant. In 2010 had Nederland van 13 landen het een na hoogste sterftecijfer
- Vrijwel alle verloskundigen en gynaecologen hebben in de periode 2010-2012 één of meerdere keren deelgenomen aan een perinatale audit. Het aantal deelnemers aan deze audits steeg tussen 2010 en 2012 met 61%
- Het percentage te vroeg geboren baby's geboren in een ziekenhuis zonder neonatale intensive care unit nam af in de periode 2005-2012
- De totale uitgaven voor verzekerde eerstelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van €133 miljoen in 2007 tot €188 miljoen in 2011
- De totale uitgaven voor verzekerde tweedelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van €537 miljoen in 2008 tot €578 miljoen in 2011
- De totale uitgaven voor kraamzorg zijn gestegen, vooral in 2008

2.1 Achtergrond

Het Nederlandse systeem van verloskundige en perinatale zorg kent een duidelijke taakverdeling tussen de eerste-, tweede- en derdelijns verloskundige zorg. De eerstelijnsverloskunde begeleidt de zwangerschap en bevalling als deze normaal verlopen. Verloskundigen verwijzen in het geval van (te verwachten) complicaties door naar de tweedelijnszorg. Dit doen ze aan de hand van richtlijnen (CVZ, 2003; herziening in voorbereiding). Gynaecologen in de tweede of derde lijn begeleiden zwangere vrouwen met een verhoogd risico. Soms vanaf het begin van de zwangerschap, maar meestal na verwijzing door de verloskundige.
In 2012 bevielen 173.500 vrouwen. Hiervan beviel 29,6% in de eerste lijn: 27.633 (15,9%) kinderen werden thuis geboren, 2.654 (1,5%) in een kraaminrichting en 21.843 (12,5%) in een polikliniek onder begeleiding van een verloskundige of huisarts. 123.633 (70,2%) kinderen werden geboren in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog (PRN, 2013d).

In 2003 bleek uit de eerste Euro-Peristatstudie dat Nederland internationaal geen goede positie innam wat betreft perinatale sterfte (Buitendijk et al., 2003; Buitendijk & Nijhuis, 2004). Sindsdien staat de perinatale sterfte in Nederland hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. In de tweede Euro-Peristatstudie (2008) bleek Nederland opnieuw na Frankrijk de hoogste sterftecijfers te hebben (Mohangoo et al., 2008). Er zijn diverse maatregelen getroffen met als doel de kwaliteit van zorg tijdens zwangerschap en geboorte te borgen en te verbeteren. De maatregelen betreffen onder andere invoering van het preconceptieconsult, oprichting van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, oprichting van de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) en invoering van de 20-weken echo (Structureel Echoscopisch Onderzoek, SEO) (VWS, 2008a).

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft in 2009 de stand van zaken rondom zwangerschap en geboorte in Nederland geanalyseerd vanuit vier invalshoeken: kwaliteit, organisatie, achterstandssituaties en transparantie. Deze stuurgroep deed een aantal aanbevelingen om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van substandaardfactoren in de zorg in vijf jaar te halveren. De kern van dit advies is dat de kwaliteit van de geboortezorg moet verbeteren door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen alle betrokken professionals onderling, maar ook met de zwangere vrouw en haar naasten (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009).

Sinds 2010 is de perinatale audit via het werk van de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) ingevoerd in alle verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) als kwaliteitsinstrument om de zorg te bewaken en te verbeteren.
In januari 2011 is aansluitend het College Perinatale Zorg (CPZ) ingesteld om in opdracht van het ministerie van VWS uitvoering te geven aan de aanbevelingen van het genoemde rapport van de stuurgroep. Het CPZ bestaat uit vertegenwoordigers van zwangere vrouwen, alle betrokken beroepsgroepen, ziekenhuizen, kraamzorginstellingen en zorgverzekeraars. Een belangrijke taak van het CPZ is het bevorderen en verbeteren van de samenwerking tussen alle professionals die betrokken zijn bij de geboortezorg. Daarnaast zijn er diverse initiatieven

gaande om de kwaliteit van geboortezorg te verbeteren. Zo wordt door het CPZ, in nauwe samenwerking met het Kwaliteitsinstituut, een zorgstandaard Integrale Geboortezorg ontwikkeld.

Sinds 2012 loopt bij ZonMw het onderzoeksprogramma Zwangerschap en Geboorte waarbij verschillende landelijke onderzoeken gesubsidieerd worden. Hieronder vallen de evaluatie van de effecten van geboortecentra en het onderzoek naar het opsporen van groeivertraging via een derde trimester echoscopie. Verder wordt er in dat verband gewerkt aan de oprichting van regionale consortia waarin professionals uit verschillende lijnen van zorg gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor onderzoek naar het terugdringen van de perinatale en maternale morbiditeit en sterfte in Nederland (ZonMw, 2013).

Tot slot heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2012 en 2013 een themaonderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg rond de geboorte in eerste en tweede lijn (IGZ, 2012a). Het meest recente Euro-Peristat-rapport (Euro-Peristat, 2013) met cijfers over 2010 liet een duidelijke daling zien van de perinatale sterfte in Nederland, maar omdat die sterfte ook in andere landen daalde, verbeterde de internationale positie van Nederland wel enigszins, maar niet sterk.

2.2 Indicatoren voor zorg rond de geboorte

Onder 'zorg rond de geboorte' verstaan we alle zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraambed; in feite vanaf de kinderwens (preconceptiezorg) tot aan de overdracht naar de jeugdgezondheidszorg.

We beschrijven hier de toegankelijkheid, kwaliteit en uitgaven van de zorg rond zwangerschap en geboorte 'door de keten heen'. Dit gaat over preventie, eerstelijnsverloskunde, tweedelijnsverloskunde, kraamzorg en over de keten zelf. De nadruk in dit hoofdstuk ligt vooral op de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode (een week na de geboorte).

Bij het in kaart brengen van de toegankelijkheid, kwaliteit en uitgaven zijn 26 indicatoren geselecteerd. Deze indicatoren zijn afkomstig uit bestaande nationale en/of internationale databronnen. De nationale data komen uit onderzoek of perinatale registraties en worden routinematig verzameld voor onderzoek en voor eigen kwaliteitsborging van de beroepsgroepen. De internationale data zijn deels afkomstig van internationaal onderzoek of uit databases van internationale organisaties, zoals Euro-Peristat en de OECD. Deze worden gebruikt om trends en verschillen tussen landen te vergelijken.

Toegankelijkheid
- Percentage zwangere vrouwen dat binnen 10 minuten de dichtstbijzijnde verloskundigenpraktijk kan bereiken
- Percentage zwangere vrouwen dat met een auto binnen 30 minuten een afdeling verloskunde kan bereiken

- Percentage zwangere vrouwen dat met de ambulance binnen 45 minuten naar een afdeling verloskunde vervoerd kan worden

Kwaliteit

Kwaliteit van de preventie

- Percentage vrouwen (totale groep van zwangere vrouwen en uit achterstandswijken) dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerste lijn en waarbij het eerste consult plaatsvond vóór de 10e week van de zwangerschap
- Percentage vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap

Kwaliteit van de eerstelijnsverloskunde

- Percentage vrouwen dat is bevallen met een episiotomie (knip) in de eerste lijn
- Percentage rupturen na vaginale bevalling zónder instrument
- Percentage kinderen dat is geboren in de eerste lijn met een APGAR-score <7 na 5 minuten
- Percentage kinderen dat vanaf de geboorte borstvoeding krijgt

Kwaliteit van de tweede- en derdelijnsverloskunde

- Wijze van bevallen:
  - Percentage spontane bevallingen in de 'NTSV-groep'[1]
  - Percentage inleidingen in de 'NTSV-groep'
  - Percentage kunstverlossingen in de 'NTSV-groep'
  - Percentage ongeplande keizersneden in de 'NTSV-groep'
  - Percentage geplande keizersneden in de 'NTSV-groep'
- Percentage vrouwen dat spontaan bevallen is met een episiotomie
- Percentage episiotomieën bij een kunstverlossing
- Percentage rupturen na vaginale bevalling mét instrument
- Percentage rupturen na vaginale bevalling zónder instrument

Kwaliteit van de kraamzorg

- Percentage vrouwen met meestal of altijd goede ervaring met kraamzorg

Kwaliteit van de ketenzorg

- Promillage foetale sterfte
- Promillage zuigelingensterfte
- Percentage bijgewoonde bijeenkomsten van de perinatale audit
- Percentage te vroeg geboren baby's geboren in een ziekenhuis zonder neonatale intensive care unit

Kosten

- Totale uitgaven eerstelijns verloskundige zorg
- Totale uitgaven tweedelijns verloskundige zorg
- Totale uitgaven kraamzorg

[1] We kiezen hierbij voor de NTSV (NTSV=nulliparous term singleton vertex) groep: een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging.

2.3 Stand van zaken

2.3.1 Toegankelijkheid

In 2012 kon 90,3% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd met de auto binnen 10 minuten de dichtstbijzijnde verloskundigenpraktijk bereiken
De bereikbaarheid van eerstelijnsverloskundigenpraktijken in de noordelijke provincies en Zeeland is minder goed dan in de Randstad. Binnen niet-stedelijke gemeenten is het voor een verloskundige, door de geringe bevolkingsdichtheid en de gemiddeld oudere bevolking, moeilijker een rendabele praktijk op te bouwen (NIVEL, 2008). Bij dreigende problemen bij moeder en/of kind en bij de bevalling is de reistijd die de verloskundige nodig heeft belangrijk. Gegevens om deze indicator te meten zijn niet beschikbaar.

In 2011 kon 99,7% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd binnen 45 minuten met een ambulance naar een afdeling verloskunde vervoerd worden
In Nederland kan overdag 99,7% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd binnen 45 minuten met de ambulance naar een ziekenhuis met een afdeling verloskunde vervoerd worden (Giesbers et al., 2012). Vooral op de Waddeneilanden en in het noordelijke gedeelte van Friesland en Groningen duurt dit vaak wat langer. Hoewel het aantal operationele ambulancestandplaatsen 's nachts kleiner is, is de bereikbaarheid dan iets beter dan overdag (99,8%) omdat er minder verkeer op de weg is.

Verloskunde maakt onderdeel uit van de acute zorg. Ongeacht de vraag, moeten 24 uur per dag gynaecologen, verloskundigen, kinderartsen, verpleegkundigen en ander ziekenhuispersoneel paraat staan. Wanneer een ziekenhuisorganisatie meerdere locaties heeft, wordt verloskunde vaak geconcentreerd op één locatie. In 2011 waren er 92 locaties met een afdeling verloskunde die 24 uur per dag open is (Giesbers et al., 2012).
Beleidsregels stellen dat de spreiding van afdelingen acute verloskunde zodanig dient te zijn, dat iedere Nederlander binnen 45 minuten na melding van een spoedeisende hulpvraag door een ambulance naar een afdeling verloskunde vervoerd kan worden. De bereikbaarheid van verloskunde is vooral van belang voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 45 jaar).

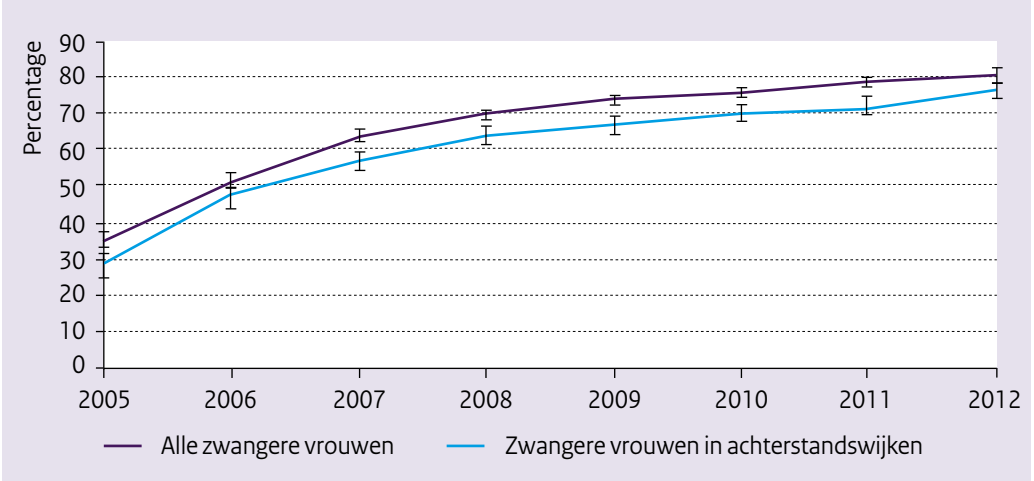
In 2011 kon 97,9% van de vrouwen binnen 30 minuten een afdeling verloskunde bereiken met de auto
Met eigen vervoer kan 97,9% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 45 jaar) een ziekenhuis met een afdeling verloskunde binnen 30 minuten bereiken. Van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd woont 2% (66.715 vrouwen) meer dan 30 minuten rijden met de auto verwijderd van een afdeling verloskunde. Het gaat vooral om de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duivenland, Noordoostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen.

2.3.2 Kwaliteit

Kwaliteit van de preventie

Het percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte vóór de tiende week van de zwangerschap is toegenomen van 35% naar 81% voor alle zwangere vrouwen. Voor zwangere vrouwen uit achterstandswijken steeg dit percentage van 28% naar 76%
Om de prenatale screening zo vroeg mogelijk in de zwangerschap uit te voeren, is het aan te bevelen dat het eerste contact van een zwangere vrouw met een verloskundige of verloskundig actieve huisarts bij voorkeur binnen 8 tot 10 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie plaatsvindt. Hoe vroeger in de zwangerschap een verhoogd risico op aangeboren aandoeningen wordt vastgesteld, hoe meer tijd de aanstaande ouders krijgen om keuzes te maken rond prenatale diagnostiek. Bovendien worden sommige onderzoeken vroeg in de zwangerschap verricht (KNOV, 2005). Het doel is om zo vroeg mogelijk potentiële complicaties in de zwangerschap op te sporen en deze te voorkomen dan wel te behandelen (KNOV, 2008; Euro-Peristat, 2013). Verloskundigen, gemeentelijke overheid en rijksoverheid kunnen bijdragen aan het hebben van een tijdig contact met een verloskundigenpraktijk door gerichte voorlichting te geven die aansluit bij verschillende doelgroepen. Perinatale preventie en zorg kunnen de uitkomst van de zwangerschap en de levenskansen van de pasgeborenen en hun moeders sterk verbeteren. Laagopgeleide vrouwen hebben vaker complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling. Juist bij deze vrouwen is de meeste gezondheidswinst te behalen. Het is echter bekend dat gezondheidsgerelateerde informatie deze groep vrouwen slecht bereikt.

Figuur 2.1: Gemiddelde percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerste lijn en waarbij het eerste consult plaatsvond vóór de 10e week, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).

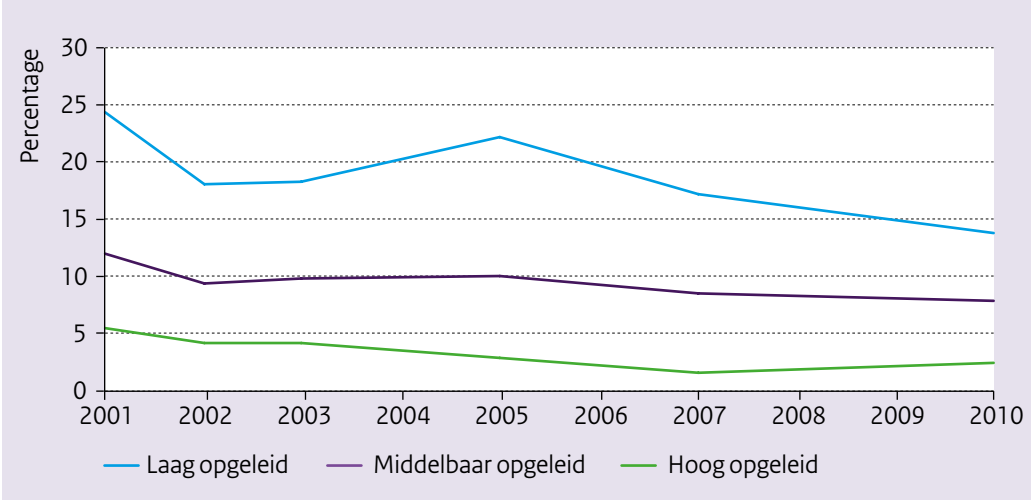


Sinds 2005 is het percentage vrouwen dat zich vóór de tiende week na de eerste dag van de laatste menstruatie meldt bij de verloskundigenpraktijk toegenomen (zie *figuur* 2.1). In 2005 was dit 35%; in 2012 was dit gestegen naar 81%. Deze percentages liggen in achterstandswijken iets lager maar laten wel een gelijksoortige toename zien: van 28% in 2005 naar 76% in 2012. De cijfers geven waarschijnlijk een iets te rooskleurig beeld omdat de wijze van registreren is veranderd door de tijd heen. Vroeger werd als datum van het eerste contact vaak de datum van de afspraak geregistreerd terwijl tegenwoordig steeds vaker de datum van het eerste telefonische contact wordt genoteerd. De toename kan ook een gevolg zijn van grotere aandacht vanuit de verloskundigen voor een tijdig contact (KNOV, 2008) en een grotere geneigdheid bij zwangere vrouwen zelf (misschien mede beïnvloed door de media) om vroeg in de zwangerschap een afspraak te maken met de verloskundige. Overigens zegt de datum van het eerste contact niet alles, aangezien de belangrijkste adviezen (foliumzuurinname, stoppen met roken en alcohol) niet altijd tijdens het telefoongesprek worden genoemd. Deze zijn vaak onderdeel van het eerste consult.

Het percentage vrouwen dat gedurende de gehele zwangerschap rookte, is tussen 2001 en 2010 gehalveerd; in 2010 rookte 6,3% van de zwangere vrouwen

In de periode 2001-2010 is het aantal zwangere vrouwen dat rookte tijdens de zwangerschap gehalveerd. In 2010 rookte 6,3% van de zwangere vrouwen dagelijks gedurende de hele zwangerschap, in 2001 was dat nog 13%. Deze daling was zichtbaar onder alle opleidingsniveaus (zie *figuur* 2.2). Wel wordt er nog steeds het meest gerookt door laagopgeleide vrouwen.

Figuur 2.2: Prevalentie van roken tijdens de zwangerschap naar opleidingsniveau van de moeder, 2001-2010 (Bron: Lanting et al., 2012).



Roken tijdens de zwangerschap is niet alleen schadelijk voor de moeder maar ook voor het ongeboren kind. Zo verhoogt roken de kans op vroeggeboorte, laag geboortegewicht en op perinatale sterfte. Interventies om zwangere vrouwen te laten stoppen met roken zijn effectief gebleken en verminderen het risico op een laag geboortegewicht en vroeggeboorte (Lumley et al., 2009). Wanneer meer vrouwen zouden stoppen met roken, voorafgaande aan de zwangerschap of vroeg in de zwangerschap, kan aanzienlijke gezondheidswinst worden geboekt (Van den Berg et al., 2013).

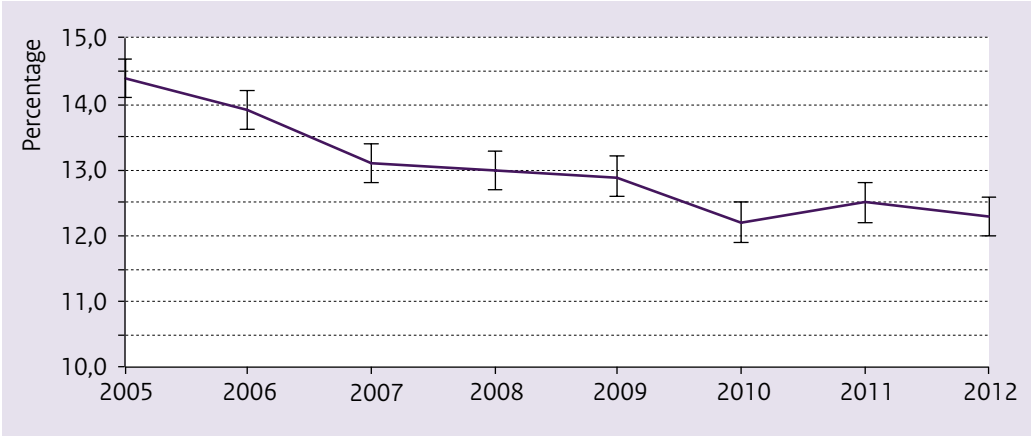
Kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg

Van de vrouwen die in de eerste lijn waren bevallen, kreeg 12% in 2012 een knip (episiotomie). Het percentage vrouwen met een knip is in de periode 2005-2012 afgenomen

Om de geboorte van het kind te bespoedigen, wordt soms een episiotomie toegepast. Bij een episiotomie worden het perineum (gebied tussen de vaginaopening en de anus) en de daaronder liggende spieren ingeknipt om een ruimere uitgang van het baringskanaal te verkrijgen. Wanneer de bevalling niet vordert, kan dit namelijk gevolgen hebben voor het kind (foetale nood). Daarnaast is de preventie van het uitscheuren van het perineum ((sub) totaalrupturen) veelal een reden voor het doen van een episiotomie.
De relatie tussen episiotomieën en rupturen is veel onderzocht (Steiner et al., 2012; Carroli & Mignini, 2009). Echter, het routinematig uitvoeren van een episiotomie is niet zinvol en een terughoudend beleid wordt aanbevolen met als doel het percentage episiotomieën en (sub) totaalrupturen zo laag mogelijk te houden (Carroli & Mignini, 2009). De belangrijkste risicofactoren voor het krijgen van een episiotomie zijn foetale nood, een eerste kind (nulliparitеit), niet vorderende baring (schouder blijft haken achter het schaambeen), liggingsafwijking van het kind in de baarmoeder (aangezichtsligging) en een hoog geboortegewicht (>4.000 gram) (Steiner et al., 2012).

In 2005 beviel 14% van de vrouwen in de eerste lijn met een episiotomie. In 2012 was dit percentage gedaald naar 12% (zie *figuur 2.3*). Het kan zijn dat de beroepsgroep 'bewuster' een episiotomie is gaan toepassen. Verder zien we een verschuiving in het percentage thuisbevallingen in de periode 2005-2012. Er bevallen steeds meer vrouwen met een laag risico in het ziekenhuis omdat ze vaker worden doorverwezen naar de tweede lijn. De reden daarvoor is waarschijnlijk een toenemende voorkeur bij vrouwen voor pijnstilling via een ruggenprik en een toenemende neiging om de baring in te leiden (in geval van een zwangerschapsduur langer dan 41 weken of een hoge bloeddruk van de moeder) om complicaties te voorkomen. Hierdoor wordt de noemer kleiner en dus neemt het percentage af.

Figuur 2.3: Gemiddelde percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) vrouwen bevallen met een episiotomie in de eerste lijn, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



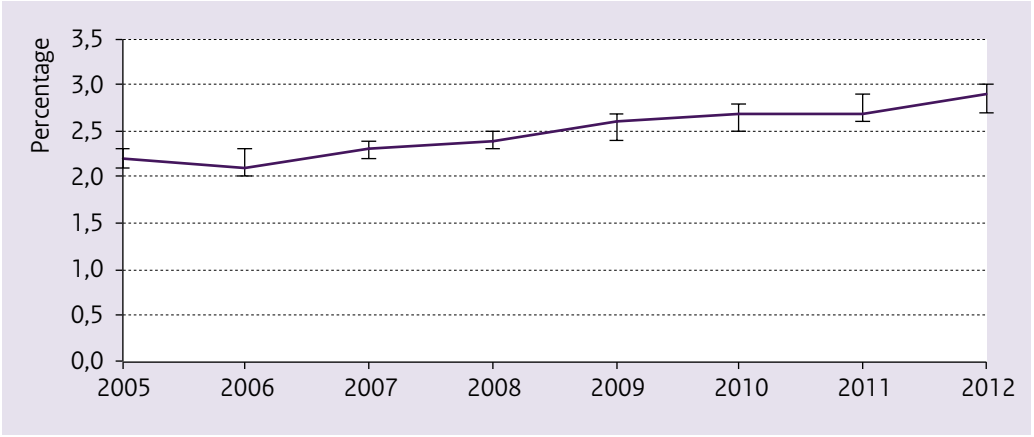
In de periode 2005-2012 is het percentage rupturen na vaginale bevalling zónder instrument licht gestegen van 2,2% in 2005 naar 2,9% in 2012

In de periode 2005-2012 is het percentage rupturen onder vrouwen die bevallen zijn in de eerste lijn, gestegen van 2,2% in 2005 naar 2,9% in 2012 (zie *figuur 2.4*). Beschadiging aan het perineum, zoals een (sub)totaalruptuur bij de bevalling, komt in verschillende gradaties voor (eerste t/m vierde graad). De derde graad (anale kringspier beschadigd) en vierde graad (zowel anale kringspier als rectumslijmvlies beschadigd) veroorzaken heel veel pijn, ongemak, incontinentie (blaas en rectum) en angst voor een volgende bevalling. Een dergelijke ruptuur moet onder (algehele) narcose gehecht worden. Narcose kan leiden tot vervelende bijwerkingen of complicaties en leidt mogelijk tot een langer verblijf in het ziekenhuis.

Rupturen kunnen veelal voorkómen worden door onder andere het toepassen van een episiotomie. Echter het routinematig toepassen van een episiotomie kan nadelige gevolgen hebben. Het is voor de zorgverlener vooral een kwestie van zoeken naar evenwicht tussen het voorkómen van een ruptuur en onnodig knippen (Carroli & Mignini, 2009). Daarom is deze indicator informatief over de veiligheid van de verloskunde (AHRQ, 2006). Hoewel een causale relatie hier niet direct kan worden aangetoond, blijkt dat in dezelfde periode (2005-2012) het aantal bevallingen met episiotomieën in de eerste lijn is afgenomen (zie *figuur 2.3*).

Recente studies laten in diverse Europese landen een toename zien van het percentage derde- en vierdegraads rupturen (Gurol-Urganci et al., 2013; Baghestan et al., 2010; Raisanen et al., 2009). Een verklaring hiervoor kan zijn dat er steeds meer oudere moeders hun eerste kind krijgen. Daarnaast is er ook sprake van een toename in overgewicht van de moeder. Zowel een hogere leeftijd als overgewicht zijn gerelateerd aan een groter kind bij de geboorte en een hoger risico op een ruptuur (Baghestan et al., 2010; Raisanen et al., 2009). Andere

Figuur 2.4: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) vrouwen met een perineumruptuur tijdens de bevalling in de eerste lijn, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).

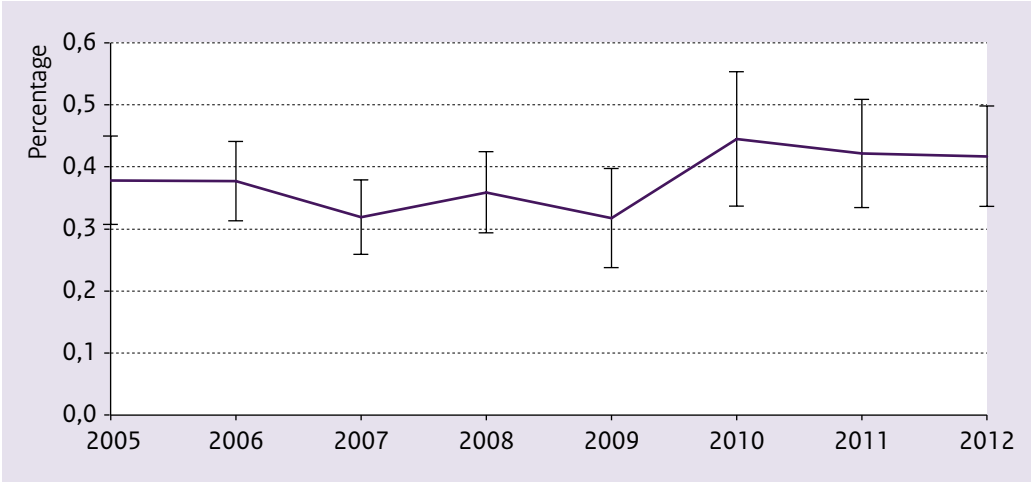


risicofactoren die de kans op het ontstaan van een ruptuur vergroten, zijn een eerste kind baren (nulliparitеit), liggingsafwijking van het kind in de baarmoeder (aangezichtsligging) en een lange bevallingsduur (De Leeuw et al., 2001; De Leeuw et al., 2008).
Een andere verklaring voor de toename kan betere herkenning van een derde- of vierdegraads ruptuur bij de zorgverlener zijn, waardoor deze beter geregistreerd wordt (Gurol-Urganci et al., 2013). Tot slot kan door de afname van het percentage episiotomieën het percentage rupturen zijn toegenomen.

In 2012 had 0,42% van de pasgeboren kinderen in de eerste lijn een Apgar-score <7 na vijf minuten
In de periode 2005-2012 schommelt het percentage kinderen geboren in de eerste lijn met een Apgar score <7 na vijf minuten tussen 0,31 en 0,44%. Er is geen duidelijke toe- of afnemende trend te zien (zie *figuur* 2.5). In 2012 werden 27.633 kinderen geboren in de eerste lijn, waarvan 0,42% een Apgar-score <7 had na vijf minuten. Omgerekend waren dat 122 kinderen, gemiddeld ongeveer 1 per 4 praktijken (in 2012 waren er 511 verloskundigenpraktijken).

Met de Apgar-score kan een indruk van de foetale conditie direct na de geboorte worden verkregen door vijf klinische kenmerken te scoren. Met name de Apgar-score vijf minuten na de geboorte is van prognostisch belang voor het verdere beloop van de conditie van de pasgeborene. Lage Apgar-scores in de eerste lijn kunnen meestal worden voorkomen aangezien voorafgaand aan de bevalling het risico wordt ingeschat op een bevalling met problemen bij moeder en/of kind. Met andere woorden: deze indicator zegt iets over de risicoselectie in de eerstelijnsverloskundige zorg (ZiZo, 2011).

Figuur 2.5: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) kinderen dat geboren is in de eerste lijn met een Apgar score <7 na vijf minuten, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



In 2010 gaf 74% van de vrouwen borstvoeding vanaf de geboorte. Dit percentage is sinds 2005 licht gedaald

Het percentage kinderen dat vanaf de geboorte borstvoeding krijgt, daalde licht en was 74% in 2010 (zie *figuur 2.6*). Het geven van borstvoeding heeft belangrijke voordelen voor kind en moeder en wordt daarom ook door de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) sterk gepromoot (WHO, 1998). Diverse studies leggen een relatie tussen borstvoeding en een verminderde kans op luchtweginfecties, maagdarminfecties, middenoorontsteking, overgewicht, diabetes mellitus type 2, hoge bloeddruk op latere leeftijd en atopische dermatitis. Voor de moeders

Figuur 2.6: Percentage kinderen dat vanaf de geboorte borstvoeding krijgt, 2005-2010 (Bron: CBS Gezondheidsenquête (CBS Statline, 2014a)).

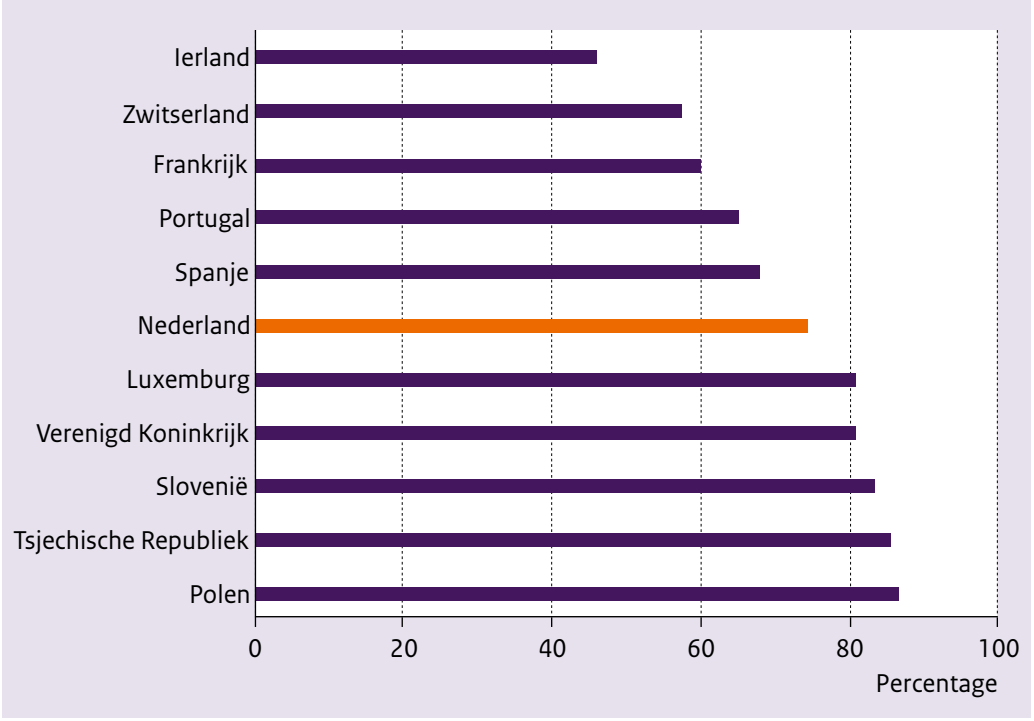


zijn de voordelen van borstvoeding een verlaagde kans op reumatoïde artritis en een snellere gewichtsafname. De gezondheidseffecten zijn groter naarmate de moeder langer borstvoeding geeft (Van Bakel, 2014).

Wanneer vrouwen borstvoeding willen geven, is begeleiding en ondersteuning van het geven van borstvoeding, zowel tijdens de zwangerschap, de kraamperiode als de periode daarna een belangrijke voorwaarde voor het succes hiervan. Het gaat hierbij om zowel het verstrekken van informatie over borstvoeding als ook het aanleren van vaardigheden en het versterken van het zelfvertrouwen van borstvoedende moeders. Eveneens speelt voorbereiding van de moeder en voorlichting door de verloskundige tijdens de zwangerschap een belangrijke rol (Renfrew, 2012; Yngve & Sjöström, 2001; WHO, 1998).

Het percentage moeders dat volledige borstvoeding geeft, is in Nederland hoger dan in veel andere West-Europese landen, maar lager dan in Midden-Europese landen (zie *figuur 2.7*). De internationale vergelijking toont verschillen in het geven van volledige borstvoeding

Figuur 2.7: Percentage kinderen dat volledig borstvoeding krijgt gedurende de eerste 48 uur, 2010 (Bron: Euro-Peristat, 2013).



Verenigd Koninkrijk: inclusief kinderen met aanvullende flesvoedng
Portugal & Zwitserland: alleen voldragen kinderen meegenomen

gedurende de eerste 48 uur na de geboorte. Voor Nederland waren de gegevens afkomstig van het CBS (CBS Statline, 2014a). Data afkomstig uit België, Duitsland, Italië, Denemarken, Noorwegen, Zweden en Finland waren niet beschikbaar.

Kwaliteit van de tweede- en derdelijns verloskundige zorg

Wereldwijd is er een toename in het aantal obstetrische interventies, zoals keizersneden, kunstverlossingen (met de vacuümpomp of verlostang) en ingeleide bevallingen. Uit onderzoek is gebleken dat medisch ingrijpen gevolgen kan hebben voor de gezondheid van moeder en kind (RCOG, 2013). Daarom hebben we de wijze van bevalling in kaart gebracht van de zogenaamde NTSV- of laagrisicogroep (zie *tekstbox* 2.1). We kijken naar spontane bevallingen, inleidingen, kunstverlossingen en keizersneden.

Tekstbox 2.1: De NTSV- of laagrisicogroep.

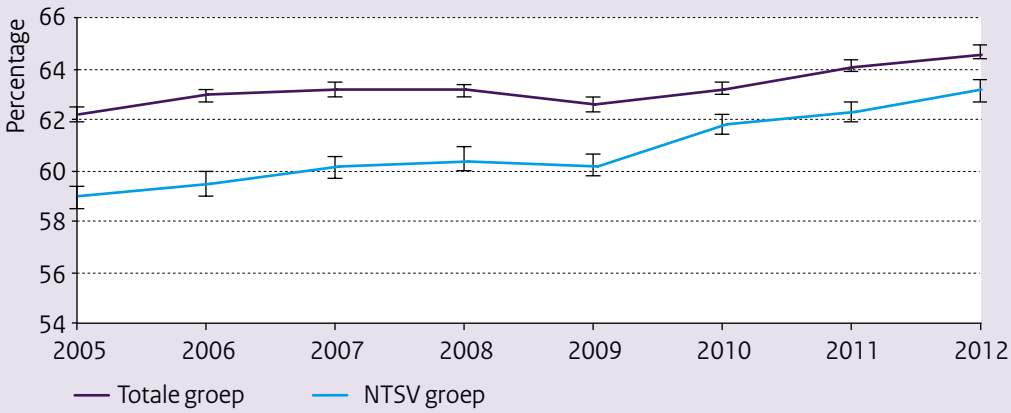
De NTSV- of laagrisicogroep.
Voor het in kaart brengen van de kwaliteit van de tweedelijnsverloskunde, kijken we in het bijzonder naar de laagrisicogroep. Het selecteren van een homogene (laagrisico)groep is een betere manier om kwaliteit in beeld te brengen dan het bekijken van de totale groep van zwangere vrouwen en hun pasgeborenen. De verschillen tussen ziekenhuizen worden dan veel minder verstoord door individuele verschillen waar het ziekenhuis geen invloed op heeft (Bailit & Garrett, 2003; Bailit et al., 2006; Main et al., 2006; Coonrod et al., 2008).

De bevallingen in deze laagrisicogroep hebben de volgende kenmerken: vrouwen die hun eerste kind baren (nulliparae) met een éénlingzwangerschap waarbij het voldragen kind (≥ 37 weken) in hoofdligging ligt. In de internationale literatuur gebruikt men vaak de term 'nulliparous term singleton vertex' (NTSV). De verwachting is dat bij vrouwen uit deze laagrisicogroep minder ingrepen nodig zijn, zoals inleiding van de bevalling, kunstverlossing en keizersneden. Wel kunnen sommige risico's voor vrouwen die hun eerste kind baren soms wat hoger zijn (Gardosi, 2013).

Steeds meer vrouwen met een laagrisico bevallen in het ziekenhuis omdat ze vaker worden doorverwezen. Een belangrijke verwijsreden (tijdens de bevalling) is medicamenteuze pijnbehandeling en de neiging om de bevalling in te leiden om complicaties te voorkomen. Met de toename van verwijzingen van vrouwen met een laag risico wordt de 'casemix' in de tweede lijn gemiddeld lichter: het risico op complicaties en interventies wordt lager. Hierdoor neemt het totale aantal bevallingen in de tweede lijn toe en hebben kraamafdelingen in ziekenhuizen vaker dan vroeger te maken met 'normale' bevallingen zonder complicerende omstandigheden.

Het percentage spontane bevallingen in de tweede lijn is zowel in de totale groep van bevallen vrouwen als in de laagrisicogroep toegenomen in de periode 2005-2012
In de periode 2005-2012 is het percentage bevallingen dat spontaan verlopen is, toegenomen.

Figuur 2.8: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) spontane bevallingen in de tweede lijn bij vrouwen in zowel de totale groep bevallen vrouwen als de laagrisicogroep, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



Het percentage in de totale groep bevallen vrouwen nam toe van 62% in 2005 tot 65% in 2012. In de laagrisicogroep zien we een iets sterkere toename van het aantal spontane bevallingen, van 59% in 2005 tot 63% in 2012 (zie *figuur 2.8*).

In Nederland is, in navolging van internationale aanbevelingen, het streven om vrouwen zoveel mogelijk spontaan te laten bevallen en uitsluitend op medische indicatie een keizersnede uit te voeren (NVOG, 2011a; WHO, 1996). Zowel een keizersnede als een vaginale kunstverlossing geven risico's voor moeder en kind, maar moeten indien noodzakelijk wel worden toegepast.

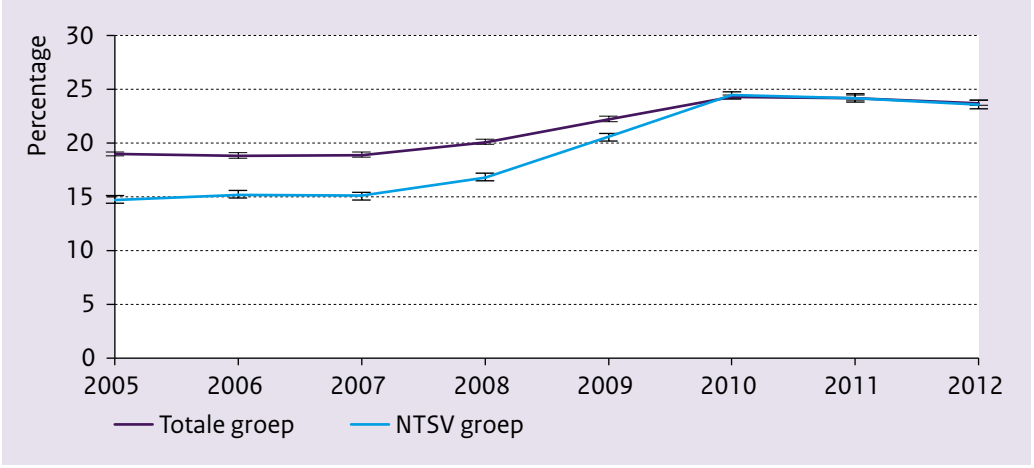
De toename van spontane bevallingen is niet alleen toe te schrijven aan een terughoudender beleid, maar kan ook verklaard worden doordat er steeds meer vrouwen met een laag risico in de tweede lijn bevallen.

Het percentage inleidingen bleef, na een stijging tussen 2007 en 2010, stabiel en rond 24%. Er waren grote verschillen tussen ziekenhuizen

Het percentage inleidingen in de totale groep bevallen vrouwen is tussen 2005 en 2012 gestegen van 19% naar 24%. In de 'NTSV-groep' steeg het percentage nog iets sterker: van 15% in 2005 naar 24% in 2012. Deze stijging deed zich vooral voor tussen 2007 en 2010.

Bij het inleiden van de baring wordt de bevalling kunstmatig op gang gebracht. Er zijn belangrijke redenen om de baring in te leiden, maar er kunnen ook complicaties optreden. Een inleiding gaat soms bij een klein deel van de vrouwen gepaard met een verhoogd risico op een

Figuur 2.9: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) ingeleide bevallingen bij vrouwen in zowel de totale groep van bevallen vrouwen als de laagrisicogroep, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



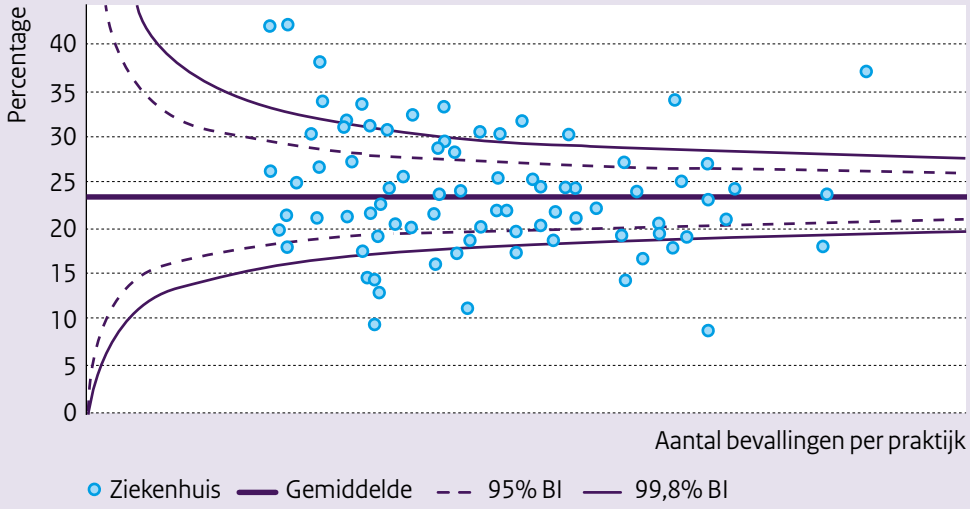
spoedkeizersnede, ernstig bloedverlies, kunstverlossing en couveuse-opname van kind (Ehrenthal et al., 2010; Cammu et al., 2002; Heffner et al., 2003). Daarom is het belangrijk om bij elke zwangere vrouw waarbij een inleiding wordt overwogen, een zorgvuldige afweging te maken van de voor- en nadelen (NVOG, 2006).

In onder andere Engeland, Schotland, de Verenigde Staten en Australië is het percentage ingeleide bevallingen toegenomen (RCOG, 2013).

In *figuur 2.10* wordt het percentage ingeleide bevallingen in de NTSV-groep weergegeven per ziekenhuis. De verticale as geeft het percentage ingeleide bevallingen weer en iedere stip representeert een ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn ook geordend naar het aantal bevallingen (horizontale as). Bij kleinere aantallen bestaat de kans op meer toevallige afwijkingen van het gemiddelde. De blauwe streep in het midden is het landelijk gemiddelde en de stippellijnen geven de 95% en 99,8% betrouwbaarheidsintervallen weer. Voor ziekenhuizen die buiten deze lijnen liggen kan met 95%, respectievelijk 99,8% zekerheid worden gesteld dat deze bevinding niet is toe te schrijven aan toeval.

Er zijn grote verschillen tussen ziekenhuizen. Zo zijn er ziekenhuizen die meer dan 40% van de bevallingen inleiden (zie linksboven in *figuur 2.10*), en ziekenhuizen die nog geen 10% inleiden (zie rechtsonder). Vijftien ziekenhuizen liggen boven het 99,8% betrouwbaarheidsinterval; daar worden dus meer inleidingen gedaan dan gemiddeld. Deze verschillen kunnen mogelijk verklaard worden door verschillen in beleid. Zo worden in sommige ziekenhuizen bevallingen na 41 weken standaard ingeleid, terwijl andere nog wachten.
Momenteel wordt hier een landelijke gerandomiseerde INDEX studie naar verricht waaraan

Figuur 2.10: Percentage ingeleide bevallingen bij vrouwen in de laagrisicogroep, 2012 (Bron: PRN, 2012; databewerking Stichting PRN).



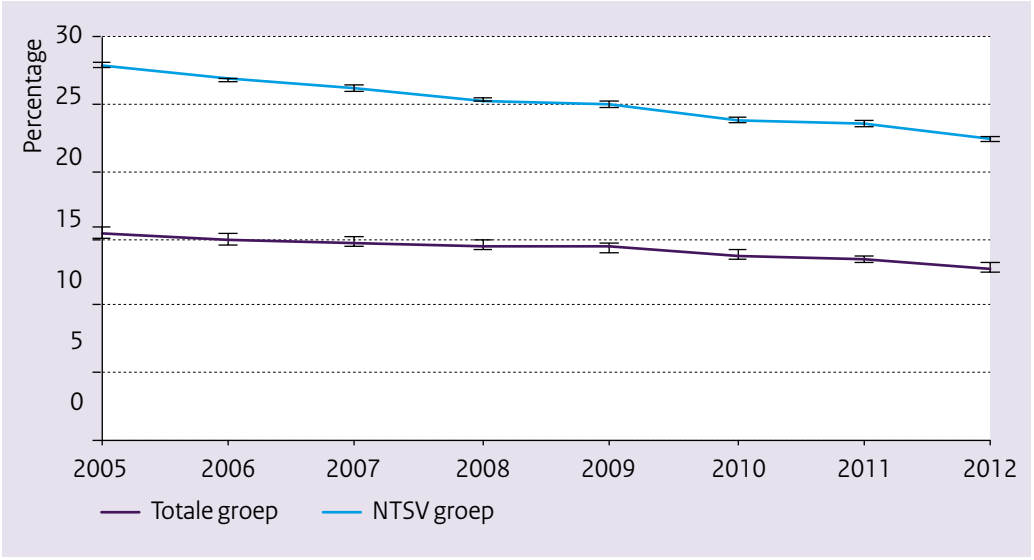
Om herleidbaarheid van ziekenhuizen te voorkómen, zijn data van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen niet geleverd. Om dezelfde reden zijn geen exacte aantallen bevallingen geleverd, waardoor deze ontbreken op de x-as

bijna 40% van de verloskundige praktijken meedoet en de helft van alle Nederlandse ziekenhuizen met een verloskunde-afdeling (www.studies-obsgyn.nl). Nadat de zwangere vrouw besloten heeft om aan dit onderzoek mee te doen, wordt zij willekeurig ingedeeld in één van de volgende groepen: 1) de groep bij wie de bevalling bij 41 weken wordt ingeleid of 2) de groep die zal afwachten tot maximaal 42 weken.
De betrokken verloskundigen en gynaecologen hebben duidelijke afspraken gemaakt om de conditie van het kind goed in de gaten te houden na 41 weken.

Een andere mogelijke oorzaak van de verschillen tussen ziekenhuizen is dat vrouwen steeds vaker vragen om ingeleid te worden en het is afhankelijk van de gynaecoloog in hoeverre dit verzoek (zonder medische indicatie) wordt gehonoreerd.

De gegevens van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen zijn niet beschikbaar gesteld voor publicatie. Dat betekent dat de werkelijke spreiding mogelijk groter is dan de figuur laat zien.

Figuur 2.11: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) kunstverlossingen bij vrouwen in de totale groep van bevallen vrouwen en in de laagrisicogroep, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).

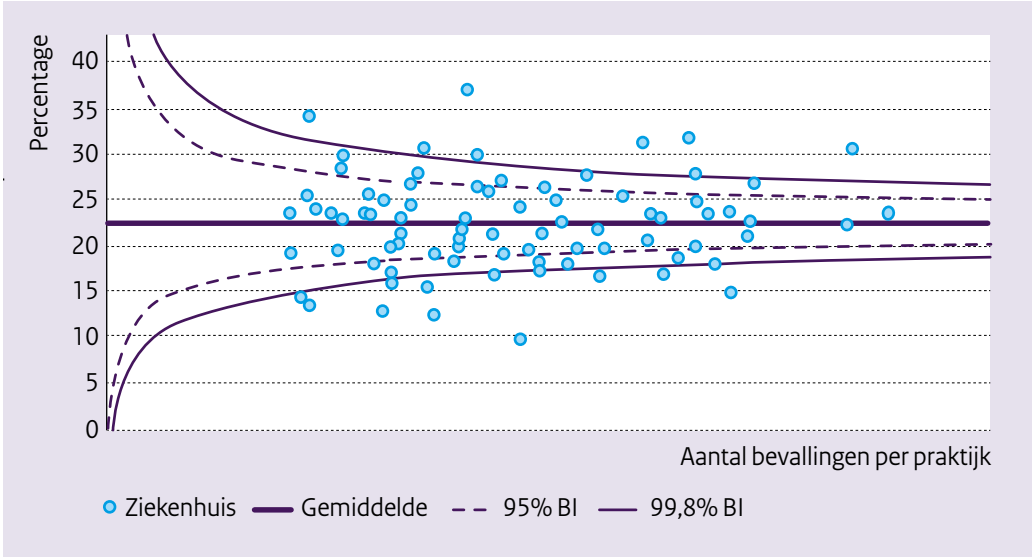


Het percentage kunstverlossingen is licht afgenomen in de periode 2005-2012. Er waren grote verschillen tussen ziekenhuizen

In de periode 2005-2012 zien we een afname in het percentage kunstverlossingen. In de totale groep van bevallen vrouwen is het percentage 15% in 2005 en gedaald naar 13% in 2012. In de 'NTSV-groep' zien we dat het percentage kunstverlossingen bijna twee keer zo hoog ligt als in de totale groep van bevallen vrouwen, namelijk 28% in 2005 en is afgenomen naar 22% in 2012. Een verklaring hiervoor kan zijn dat vrouwen uit de laagrisicogroep een hoger risico hebben op een kunstverlossing omdat deze vrouwen hun eerste kind krijgen. Daarnaast bevallen steeds vaker in de tweede lijn vrouwen met een laag risico wegens de indicatie pijnstilling via een ruggenprik en 'inleiding op verzoek'. Zowel een ruggenprik (Jones et al., 2012) als inleiding (Ehrenthal et al., 2010) geven meer kans op een kunstverlossing.

Een kunstverlossing is een bevalling waarbij een instrument gebruikt wordt, zoals een forcepstang of vacuümpomp (NVOG, 2005). Wanneer de bevalling niet vordert, kan het kind in foetale nood komen of kan de moeder uitgeput raken. Een kunstverlossing kan dan uitkomst bieden. Kunstverlossingen kunnen wel leiden tot een verhoogde kans op bekkenbodemschade (Gurol-Urganci et al., 2013).

Figuur 2.12: Percentage kunstverlossingen bij vrouwen in de laagrisicogroep, 2012 (Bron: PRN 2012; databewerking Stichting PRN).



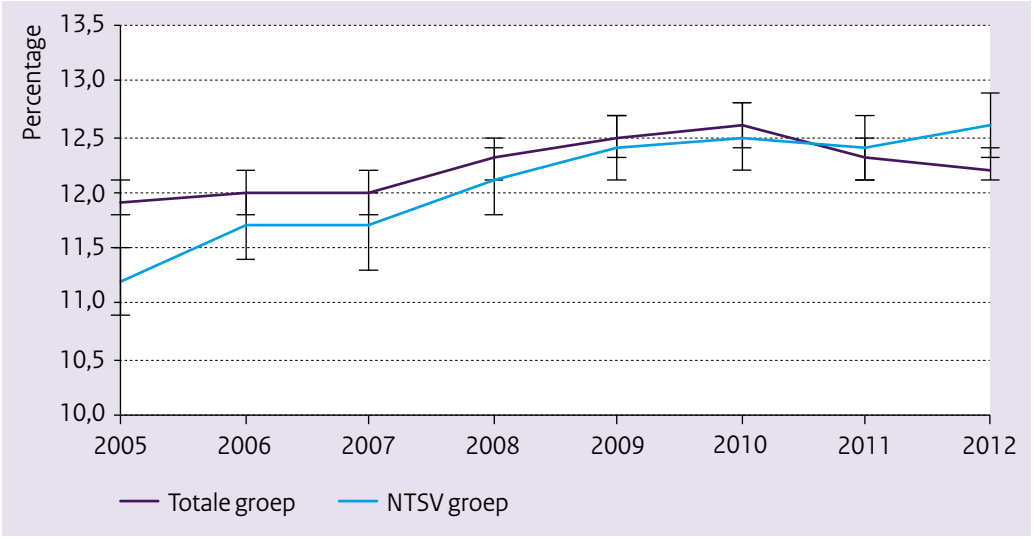
Om herleidbaarheid van ziekenhuizen te voorkómen, zijn data van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen niet geleverd. Om dezelfde reden zijn geen exacte aantallen bevallingen geleverd, waardoor deze ontbreken op de x-as

Er is veel variatie tussen ziekenhuizen onderling in het uitvoeren van kunstverlossingen. In *figuur 2.12* is de grootte van het ziekenhuis uitgezet tegen het percentage kunstverlossingen in de 'NTSV-groep'. Het gemiddelde ligt rond de 22% maar 16 ziekenhuizen wijken statistisch significant af van het gemiddelde. Zo zijn er ziekenhuizen die bij meer dan 34% van de baringen kunstverlossingen doen (zie linksboven in de figuur) en ziekenhuizen die bij maar 10% tot 15% kunstverlossingen doen.

In de periode 2005-2012 was het percentage ongeplande keizersneden in de totale groep van bevallen vrouwen redelijk stabiel en in de laagrisicogroep licht gestegen. Er waren grote verschillen tussen ziekenhuizen

In de periode 2005 tot en met 2012 is het gemiddelde percentage ongeplande keizersneden dat is uitgevoerd bij de totale groep van bevallen vrouwen tamelijk stabiel rond 12% met een lichte stijging rond 2010 (zie *figuur 2.13*). In de laagrisicogroep is dit percentage gedurende deze periode licht gestegen van 11% in 2005 naar 13% in 2012.

Figuur 2.13: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) ongeplande keizersneden in de totale groep van bevallen vrouwen en in de laagrisicogroep, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



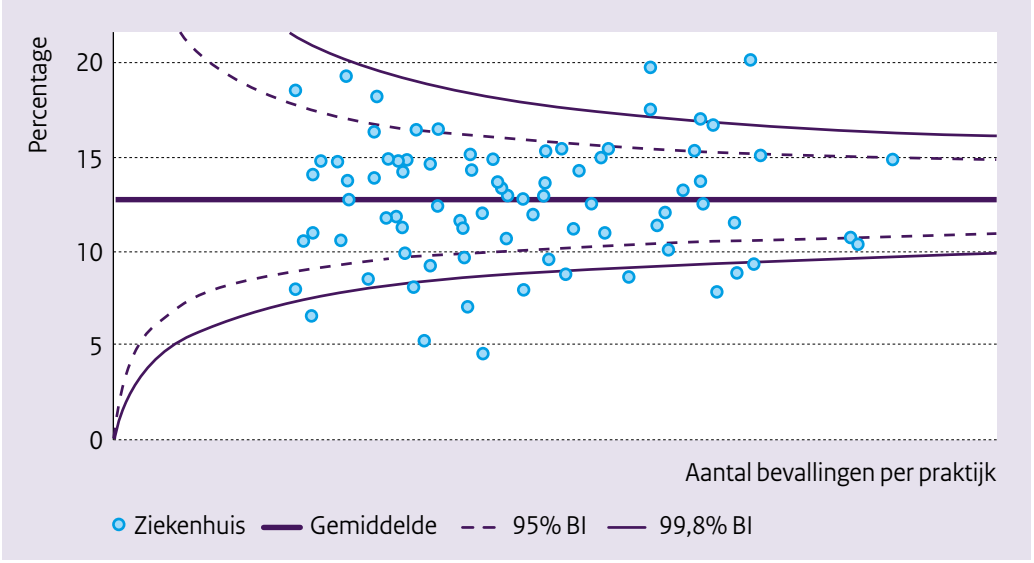
Een keizersnede is een ingrijpende buikoperatie die risico's met zich meebrengt. Voordat tot een keizersnede wordt overgegaan, moeten de voordelen en risico's zorgvuldig worden afgewogen. In sommige gevallen is een keizersnede onvermijdelijk, bijvoorbeeld vanwege gezondheidsproblemen bij moeder en/of kind (ongeplande keizersnede).

Hoewel het totale aantal keizersneden in Nederland internationaal gezien laag ligt, is uit onderzoek gebleken dat de stijging relatief het grootst was voor stuitligging, meerlingzwangerschappen en extreme vroeggeboorte. De toename in absolute aantallen was echter het grootst voor vrouwen met een voldragen eenlingzwangerschap met het kind in hoofdligging (Kwee et al., 2007).

In sommige ziekenhuizen worden beduidend meer keizersneden verricht dan in andere. In *figuur 2.14* is de grootte van het ziekenhuis afgezet tegen het percentage ongeplande keizersneden in de 'NTSV-groep'. De percentages ongeplande keizersneden per ziekenhuis variëren tussen 4,8% en 21%. Twee grote ziekenhuizen die zich bovenin de figuur bevinden, hebben het grootste percentage ongeplande keizersneden. De percentages van 11 ziekenhuizen liggen significant onder het landelijk gemiddelde.

De gegevens van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen zijn niet beschikbaar gesteld voor publicatie. Dat betekent dat de werkelijke spreiding mogelijk nog groter is dan uit de figuur blijkt. Vermoedelijk zijn de verschillen daarom ook kleiner dan gerapporteerd in de Zorgbalans 2010 waar percentages van boven de 30% werden getoond.

Figuur 2.14: Percentage ongeplande keizersneden bij vrouwen in de laagrisicogroep, 2012 (Bron: PRN 2012; databewerking Stichting PRN).



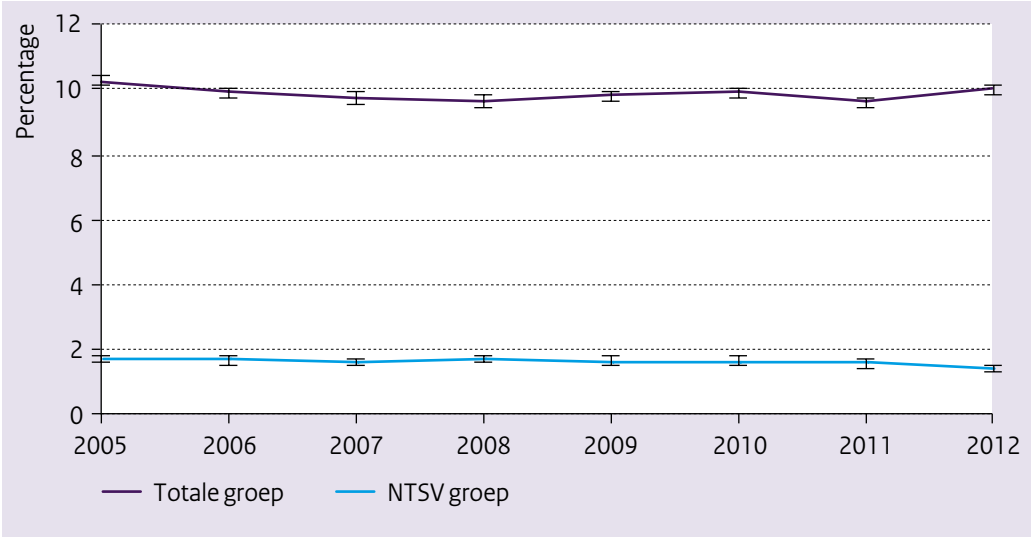
Om herleidbaarheid van ziekenhuizen te voorkómen, zijn data van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen niet geleverd. Om dezelfde reden zijn geen exacte aantallen bevallingen geleverd, waardoor deze ontbreken op de x-as

Het percentage geplande keizersneden in de totale groep van bevallen vrouwen en in de laagrisicogroep was stabiel in de periode 2005-2012

In de periode 2005-2012 is het percentage geplande keizersneden in zowel de totale groep van bevallen vrouwen als de 'NTSV-groep' stabiel gebleven. Het percentage in de totale groep van bevallen vrouwen schommelde in 2012 rond de 10% en in de 'NTSV-groep' rond de 1,7% (zie *figuur 2.15*).

Een geplande keizersnede is gepland vóór het begin van de weeën vanwege een specifieke klinische indicatie (NICE, 2004). In 2011 heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) de indicatiestelling voor het uitvoeren van een (on)geplande keizersnede ontwikkeld (NVOG, 2011a). Vóór het uitvoeren van een keizersnede is een zorgvuldige afweging nodig tussen de indicatie en de mogelijke winst of nadelen van een keizersnede.

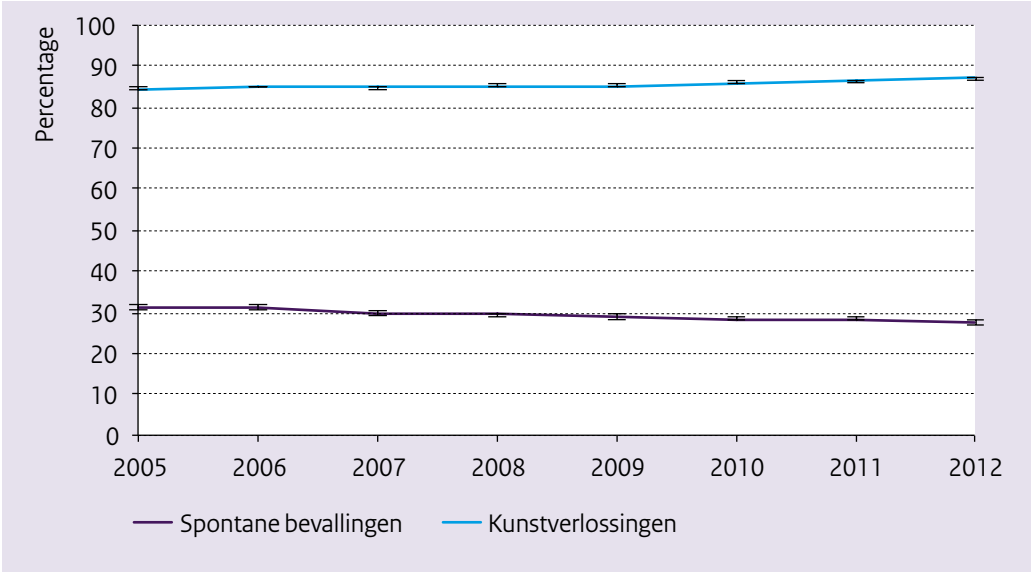
Figuur 2.15: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) geplande keizersneden bij vrouwen in de totale groep van bevallen vrouwen en in de laagrisicogroep, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



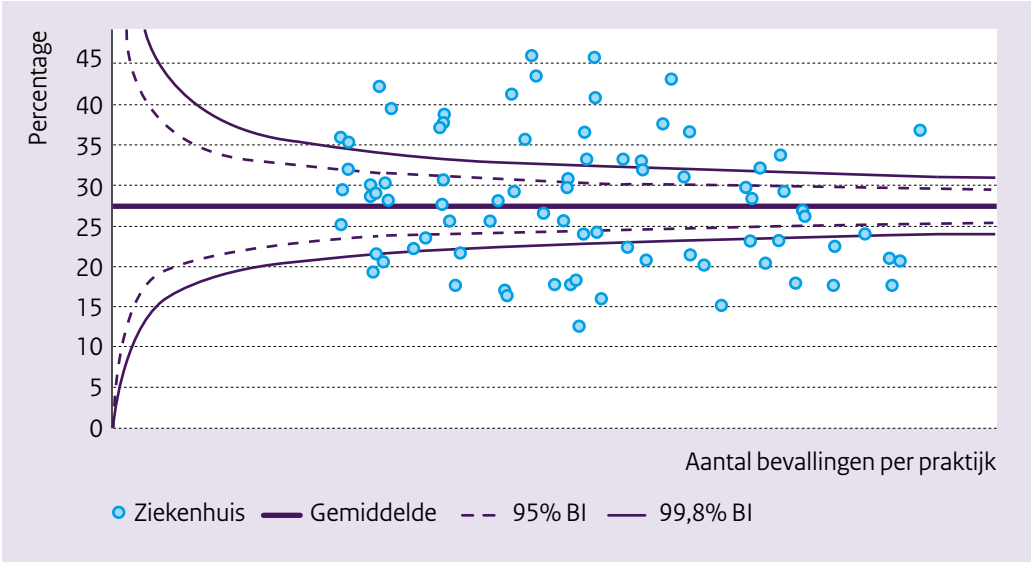
Het percentage vrouwen dat spontaan bevallen is met een episiotomie in de tweede lijn is in de periode 2005-2012 licht afgenomen van 31% in 2005 naar 28% in 2012. Het percentage episiotomieën bij een kunstverlossing lag hoger en is licht toegenomen: van 84% in 2005 tot 87% in 2012

Om de geboorte van het kind te bespoedigen, wordt soms een episiotomie toegepast. (zie voor verdere uitleg de paragraaf over de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg, de indicator 'percentage episiotomieën onder vrouwen bevallen in de eerste lijn'). Naast de eerdergenoemde risicofactoren is ook een kunstverlossing (bevalling met de verlostang of vacuümpomp) een risicofactor voor het krijgen van een episiotomie (Gurol-Urganci et al., 2013). In *figuur 2.16* is te zien dat het percentage episiotomieën bij een spontane bevalling in de periode 2005-2012 licht afneemt. In 2005 bedroeg het 31% en in 2012 was dat afgenomen naar 28%. Het percentage episiotomieën bij een kunstverlossing ligt hoger en is licht toegenomen: van 84% in 2005 naar 87% in 2012.

Figuur 2.16: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) episiotomieën bij spontane bevallingen en bij kunstverlossingen, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



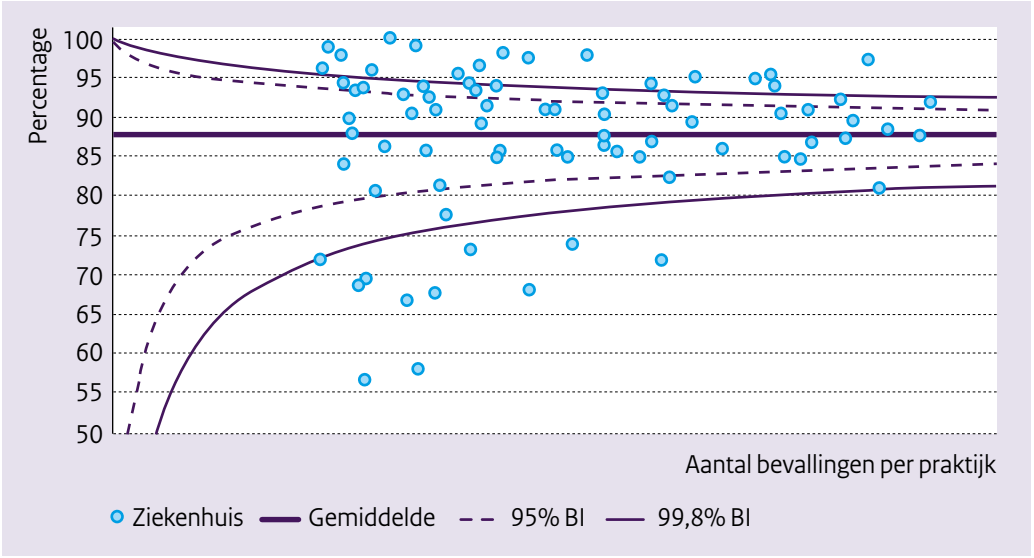
Figuur 2.17: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) episiotomieën bij spontane bevallingen, 2012 (Bron: PRN 2012; databewerking Stichting PRN).



Om herleidbaarheid van ziekenhuizen te voorkómen, zijn data van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen niet geleverd. Om dezelfde reden zijn geen exacte aantallen bevallingen geleverd, waardoor deze ontbreken op de x-as

In *figuur 2.17* is de grootte van het ziekenhuis uitgezet tegen het percentage episiotomieën bij spontane bevallingen in de 'NTSV-groep'. We zien dat de variatie tussen ziekenhuizen onderling in het uitvoeren van een episiotomie aanzienlijk is, variërend van 11% tot 46%. Waarschijnlijk is dit toe te schrijven aan de afwezigheid van een protocol of afspraken wanneer men overgaat tot het uitvoeren van een episiotomie. Daarnaast spelen cultuurverschillen (in de opleiding tot gynaecoloog) tussen ziekenhuizen onderling mogelijk een rol. Er lijkt geen relatie te zijn met ziekenhuisgrootte.

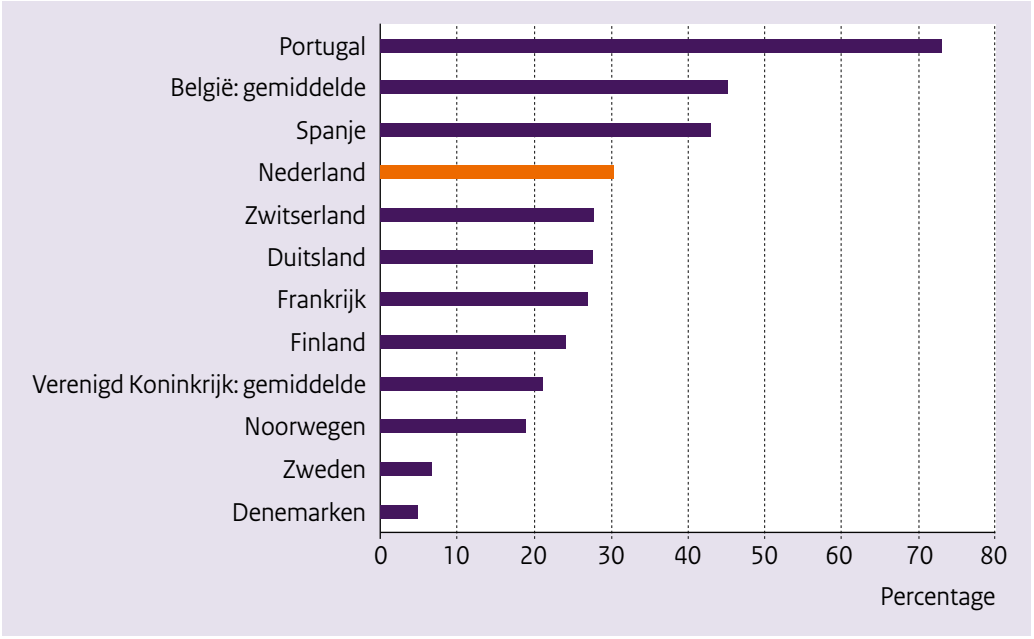
Figuur 2.18: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) episiotomieën bij kunstverlossingen, 2012 (Bron: PRN 2012; databewerking Stichting PRN).



Om herleidbaarheid van ziekenhuizen te voorkómen, zijn data van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen niet geleverd. Om dezelfde reden zijn geen exacte aantallen bevallingen geleverd, waardoor deze ontbreken op de x-as

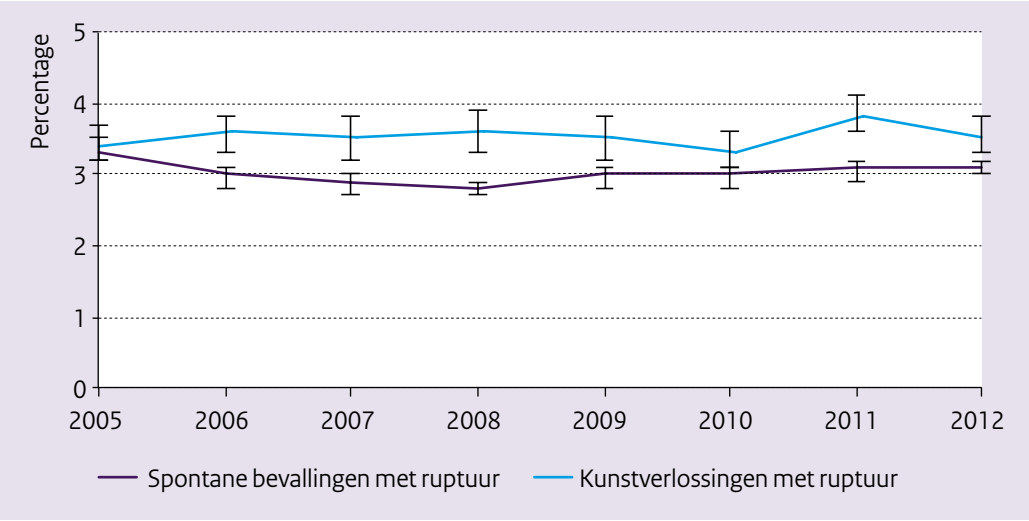
Wanneer we kijken naar de variatie in het percentage episiotomieën bij kunstverlossingen, dan loopt deze van 56% tot 100% (zie *figuur 2.18*).

Figuur 2.19: Percentage spontaan bevallen vrouwen met een episiotomie in de eerste, tweede of derde lijn, 2010 (Bron: Euro-Peristat, 2013).



Het percentage episiotomieën bij een spontane bevalling varieerde in 2010 sterk tussen Europese landen: van 4,9% in Denemarken tot 73% in Portugal. Het Nederlandse percentage ligt ongeveer in het midden (30%). De percentages voor Nederland zijn berekend voor spontaan bevallen vrouwen met een episiotomie in zowel de eerste als tweede lijn.

Figuur 2.20: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) rupturen bij spontane bevallingen en bij kunstverlossingen, 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).

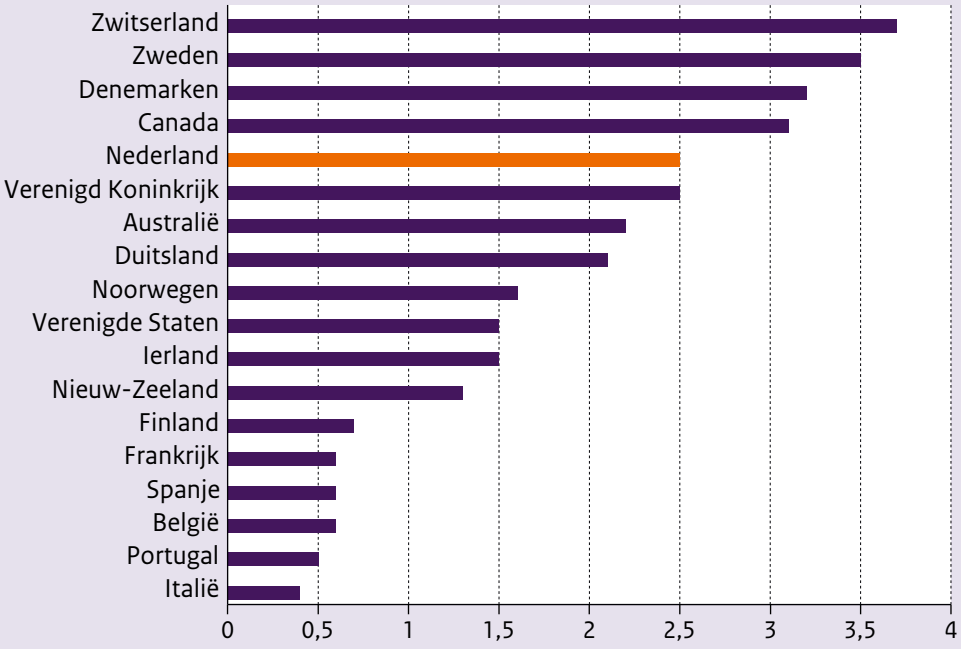


Het percentage rupturen bij een spontane bevalling lag in de tweede lijn rond de 3% en na een kunstverlossing rond de 3,5%. Rupturen na een bevalling zonder instrument kwamen in Nederland, in vergelijking met OECD-landen relatief veel voor, terwijl rupturen na een kunstverlossing juist weinig voorkwamen

In de periode 2005-2012 schommelt het percentage rupturen onder vrouwen die spontaan bevallen zijn in de tweede lijn rond de 3% en het percentage onder vrouwen die een kunstverlossing ondergingen rond de 3,5% (zie *figuur 2.20*).

Rupturen kunnen, zoals eerder genoemd, veelal voorkómen worden door het weloverwogen toepassen van een episiotomie (knippen) (zie de indicator 'percentage rupturen bij vrouwen bevallen in de eerste lijn'). Beschadiging aan het perineum, zoals een (sub)totaalruptuur, is een complicatie van de bevalling en kan in verschillende gradaties voorkomen. Naast eerder genoemde risico's geeft het gebruik van de verlostang (forceps) of vacuümpomp een verhoogd risico op het ontstaan van een ruptuur (Gurol-Urganci et al., 2013; Laine et al., 2009; De Leeuw et al., 2001; De Leeuw et al., 2008).

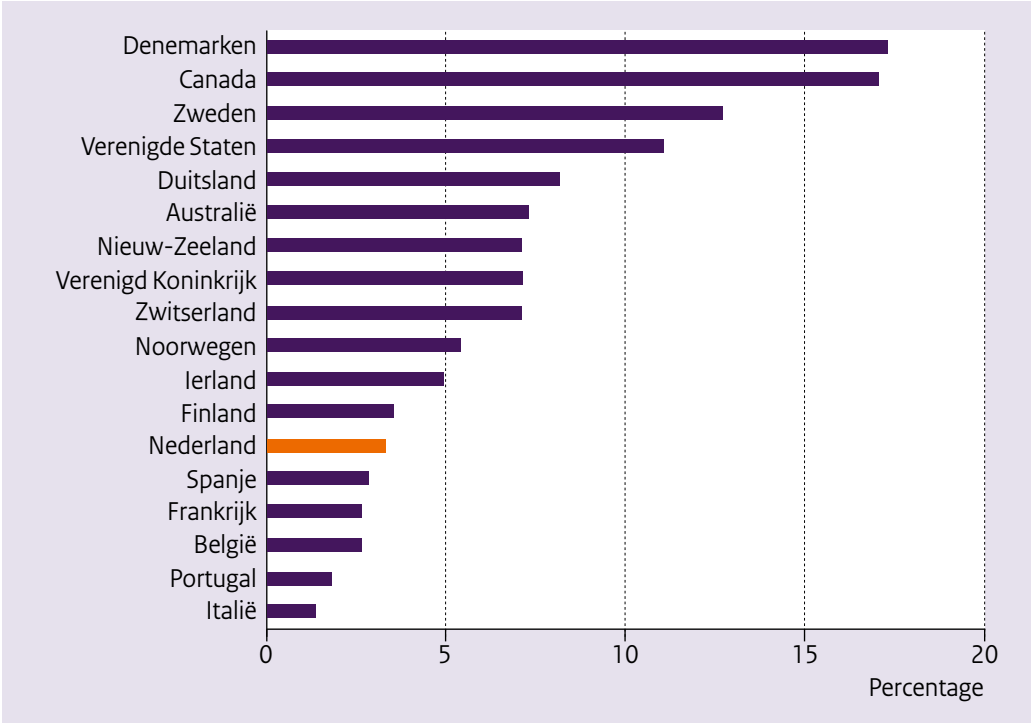
Figuur 2.21: Percentage vrouwen met een ruptuur na een spontane bevalling in 18 OECD-landen, 2011 (Bron: OECD, 2013a).



De internationale vergelijking laat zien dat rupturen na een bevalling zónder instrument in Nederland relatief meer voorkwamen in 2011 dan in veel andere landen (2,5%) (zie *figuur 2.21*). Het percentage rupturen na vaginale bevalling zonder instrument varieerde van minder dan 0,5% (Italië) tot meer dan 3,5% (Zweden en Zwitserland).

Rupturen na een kunstverlossing kwamen in Nederland in 2011 relatief weinig voor (3,3%) (zie *figuur 2.22*). Dit cijfer varieerde aanzienlijk tussen landen: van 0,5% (Italië en Portugal) tot meer dan 17% in Canada en Denemarken.

Figuur 2.22: Percentage vrouwen met een ruptuur na een kunstverlossing in 18 OECD-landen, 2011 (Bron: OECD, 2013a).

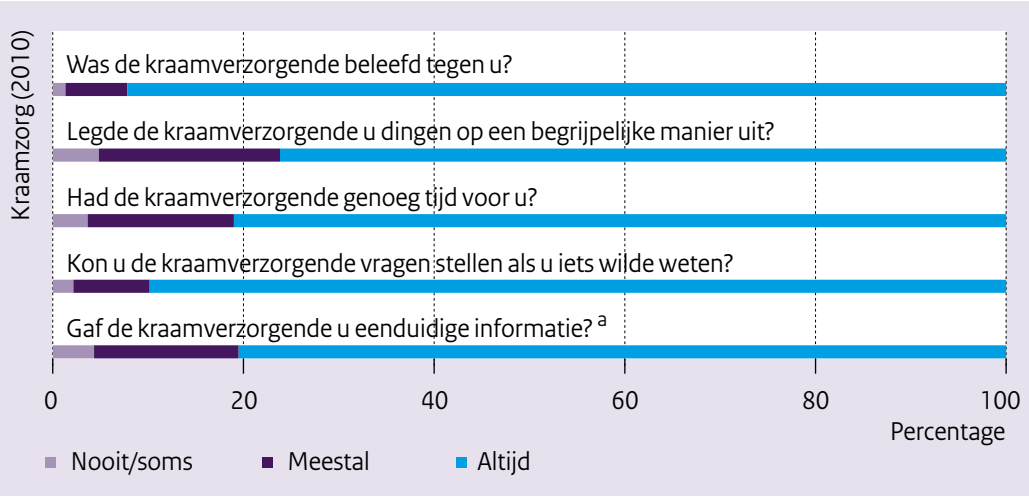


Kwaliteit van de kraamzorg

Ervaringen van de meeste kraamzorggebruikers waren in 2010 erg goed. De verschillen tussen aanbieders zijn gering

In *figuur 2.23* zijn de ervaringen met communicatie en informatievoorziening van gebruikers van kraamzorg in 2010 weergegeven. De meerderheid van de zorggebruikers heeft hier altijd goede ervaringen mee. De beste ervaringen worden gerapporteerd over de mate waarin men een beleefde behandeling ervaart en vragen kon stellen. Ongeveer 90% van de zorggebruikers heeft hier altijd goede ervaringen mee. Een kleine groep zorggebruikers heeft één of meerdere keren een slechte ervaring had met aspecten van communicatie en informatievoorziening.

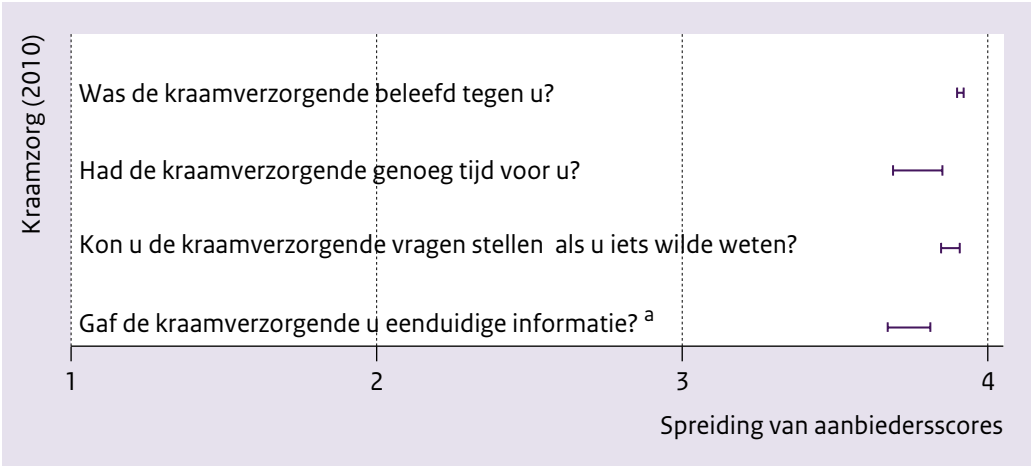
Figuur 2.23: Mate waarin gebruikers van kraamzorg goede ervaringen hebben met communicatie, 2010 (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



[a] De oorspronkelijke vraag luidde "Legde de kraamverzorgende u dingen op een begrijpelijke manier uit?". Om een consistente betekenis van antwoordcategorieën binnen deze presentatie mogelijk te maken heeft de vraagstelling in de grafiek een andere formulering

In *figuur 2.23* zien we verschillen tussen aspecten van communicatie en informatievoorziening. Zorggebruikers hadden betere ervaringen met de begrijpelijkheid van uitleg en de mogelijkheid om vragen te stellen dan met de andere aspecten. In hoeverre verschillen aanbieders van kraamzorg hierin van elkaar? *Figuur 2.24* geeft de spreiding in scores tussen zorgaanbieders voor dezelfde aspecten van communicatie en informatievoorziening. De begrijpelijkheid van uitleg is niet weergegeven omdat daar helemaal geen spreiding werd gevonden tussen aanbieders. Hoe langer de lijn in de figuur, des te groter de verschillen tussen zorgaanbieders voor het betreffende aspect.
De verschillen tussen aanbieders zijn over het algemeen beperkt. De lijn beslaat in de meeste gevallen maar een klein deel van de schaal die is weergegeven op de x-as. Voor de beschikbare tijd en de eenduidigheid van informatie is de spreiding iets hoger dan voor de andere aspecten. Het gaat echter nog steeds om (zeer) kleine verschillen.

Figuur 2.24: Spreiding tussen kraamzorgaanbieders wat betreft de mate waarin zorggebruikers aspecten van communicatie en informatie als goed ervaren, uitgedrukt als de range waarin 95% van de aanbiederscores wordt verwacht, 2010 (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



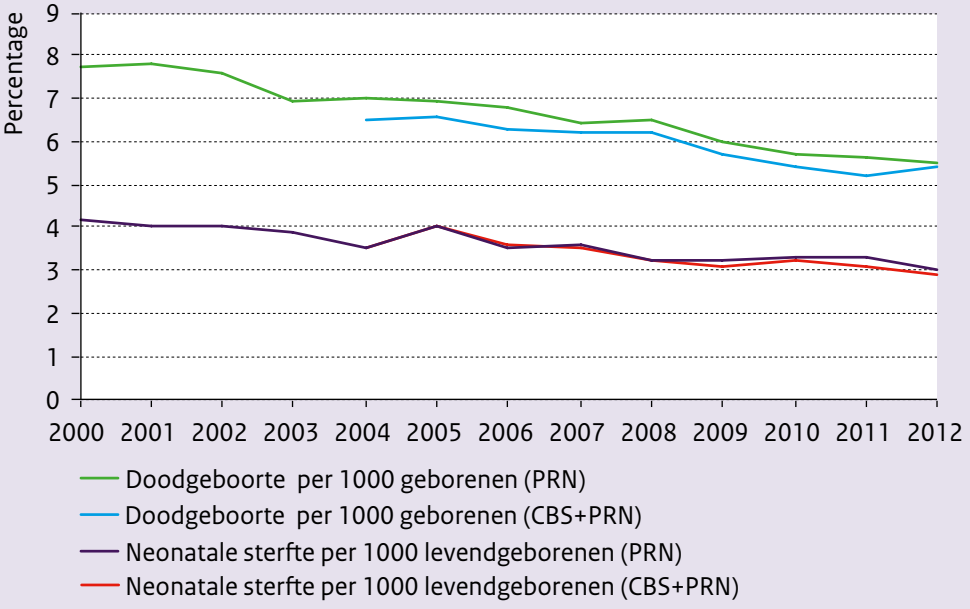
[a] De oorspronkelijke vraag luidde "Legde de kraamverzorgende u dingen op een begrijpelijke manier uit?". Om een consistente betekenis van antwoordcategorieën binnen deze presentatie mogelijk te maken heeft de vraagstelling in de grafiek een andere formulering

Kwaliteit van de ketenzorg

De foetale sterfte is afgenomen van 7,7 per 1000 levend- en doodgeborenen in 2000 naar 5,5 in 2012. De neonatale sterfte daalde van 4,2 per 1000 levendgeborenen naar 3,0 in 2012
De foetale (ook wel doodgeboorte genoemd) en neonatale sterfte is afgenomen. Was in 2000 de foetale sterfte nog 7,7 kinderen per 1000 levend- en doodgeborenen, in 2012 was deze 5,5 per 1000. In absolute zin registreerde de Perinatale Registratie Nederland (PRN) 971 doodgeborenen na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer. De neonatale sterfte daalde van 4,2 kinderen per 1000 levendgeborenen in 2000 naar 3,0 kinderen per 1000 levendgeborenen in 2012 (Stichting PRN, 2013). De neonatale sterfte is de sterfte in de eerste vier weken na de geboorte na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer.

Gegevens over perinatale sterfte in Nederland komen uit twee landelijke registraties: de landelijke perinatale registraties van de zorgverleners in de perinatale zorg (PRN) en gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Sinds 2004 bestaat door probabilistische koppeling van deze twee gegevensbronnen een gezamenlijke dataset (CBS, 2009). De cijfers voor perinatale sterfte uit het gekoppelde CBS/PRN-bestand zijn lager dan de cijfers uit enkel de PRN (CBS Statline, 2014b).

Figuur 2.25: Foetale sterfte per 1000 levend- of doodgeborenen na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer en neonatale sterfte per 1000 levendgeborenen na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer, 2000-2012 (Bron: PRN, 2000-2012; CBS Statline, 2014b).



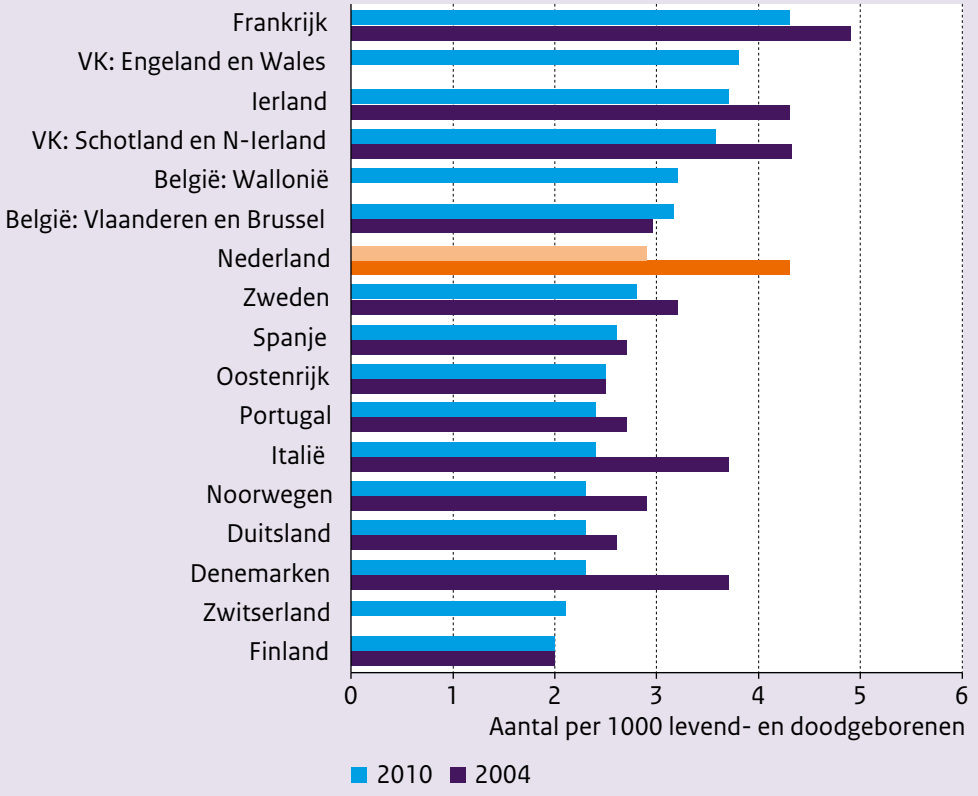
In vergelijking met andere West-Europese landen is de foetale sterfte in de periode 2004-2010 sterk afgenomen. Wel was de foetale sterfte in 2010 nog steeds hoger dan in de meeste andere West-Europese landen

In het Europese Peristat project werd de foetale sterfte gedefinieerd als sterfte vóór of tijdens de geboorte per 1000 levend- en doodgeborenen bij een zwangerschapsduur van 28 weken of meer. De daling van de foetale sterfte in de periode 2004-2010 was in Nederland sterker dan in veel andere landen. Desondanks was de foetale sterfte internationaal gezien in Nederland in 2010 nog steeds aan de hoge kant (zie *figuur 2.26*).

Hoewel foetale sterfte in de afgelopen decennia in veel landen is afgenomen, zien we in de hoog-inkomenslanden een geringere afname of zelfs stagnatie hiervan (Flenady et al., 2011a). In Oostenrijk en Finland is de sterfte bijvoorbeeld ongeveer op hetzelfde niveau gebleven.

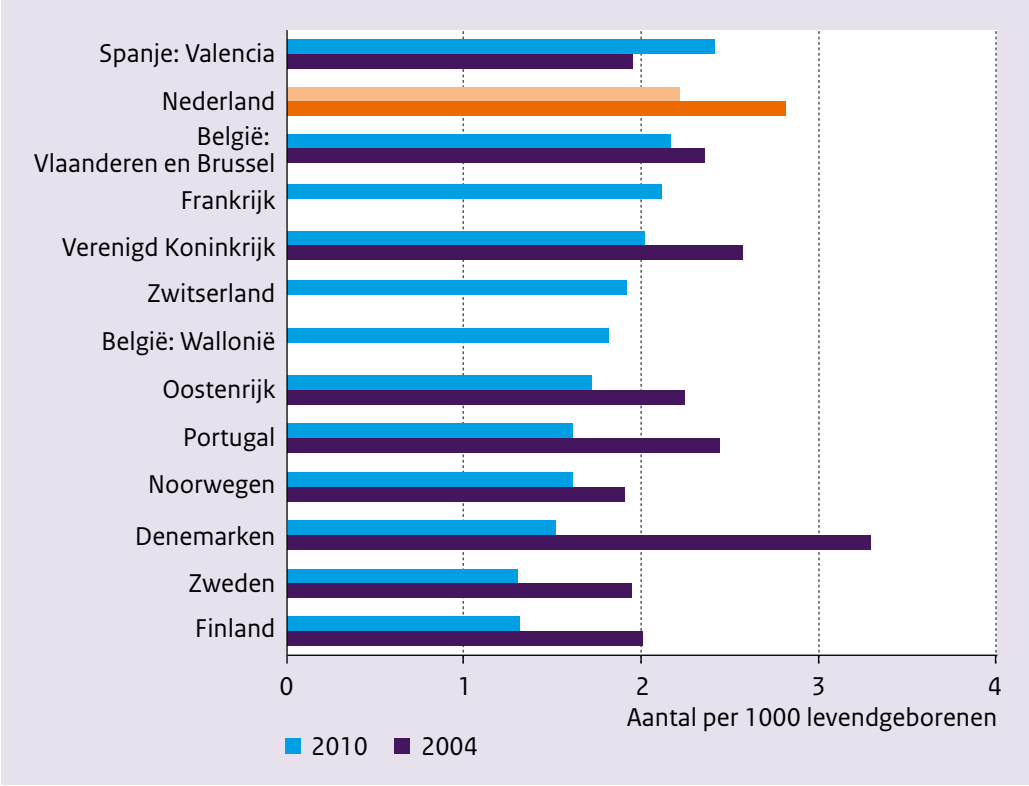
Oorzaken van foetale sterfte zijn vooral aangeboren afwijkingen, groeivertraging, problemen met de placenta of infecties. Beinvloedbare risicofactoren zijn (ernstig) overgewicht, roken en hogere leeftijd van de moeder (Flenady et al., 2011b). Ook vrouwen die voor het eerst een kind krijgen, hebben een hoger risico dan vrouwen die zwanger zijn van een tweede of volgende kind (Gardosi et al., 2013). Een belangrijke methode om de kans op sterfte te verkleinen, is het vroeg opsporen en monitoren van kinderen met een groeivertraging (Gardosi et al., 2013).

Figuur 2.26: Foetale sterfte na een zwangerschapsduur van 28 weken of meer per 1000 levend- en doodgeborenen, in 2004 en 2010 (Bron: Euro-Peristat, 2013; Euro-Peristat, 2008).



Tot slot, om de foetale en de neonatale sterfte eerlijk te vergelijken, is het aan te raden om de sterftecijfers te corrigeren voor de zwangerschapsduur. De kans op foetale en de neonatale sterfte wordt sterk beïnvloed door de zwangerschapsduur. Vooral bij een korte zwangerschapsduur (korter dan 28 weken) is de sterfte erg hoog. Omdat in het ene land het percentage vroeggeboren kinderen hoger is dan in het andere land, zou bij vergelijking tussen landen hiermee rekening gehouden moeten worden, door per categorie van zwangerschapsduur de neonatale en zuigelingensterfte te analyseren of een gestandaardiseerd sterftecijfer te berekenen. Ook wordt het voor internationale vergelijking aangeraden levendgeborenen met een zwangerschapsduur van minder dan 22 weken en/of een geboortegewicht van minder dan 500 gram niet mee te tellen omdat er tussen landen verschillen kunnen zijn tussen het al dan niet registreren van overleden kinderen met zo'n korte zwangerschapsduur en/of extreem laag geboortegewicht (Euro-Peristat, 2008).

Figuur 2.27: Neonatale sterfte na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer per 1000 levendgeborenen, in 2004 en 2010 (Bron: Euro-Peristat, 2013; Euro-Peristat, 2008).



De neonatale sterfte is in Nederland in de periode 2004-2010 sterk afgenomen maar was in vergelijking met andere West-Europese landen nog aan de hoge kant. In 2010 had Nederland van 13 landen het een na hoogste sterftecijfer

In het Europese Peristat project werd de neonatale sterfte gedefinieerd als de sterfte binnen 28 dagen na de geboorte bij een zwangerschapsduur van 24 weken of meer. De neonatale sterfte is in Nederland in de periode 2004-2010 sterk afgenomen maar is in vergelijking met andere West-Europese landen nog aan de hoge kant. Van 13 landen waarvoor op verglijkbare manier de sterfte berekend kon worden, scoorde alleen Spanje (de regio Valencia) slechter (zie *figuur 2.27*). In Nederland is de neonatale sterfte 70% hoger dan in het land met de laagste neonatale sterfte (Finland).

De kans op neonatale sterfte wordt sterk beïnvloed door aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur en een lage Apgar-score bij de geboorte (Bonsel et al., 2010).

Enkele verklaringen voor de hoge sterfte in Nederland zijn de relatief hoge leeftijd van moeders bij de geboorte van hun kind en de daarmee samenhangende verhoogde kans op meerlingengeboortes, het grote aandeel van geboortes bij niet-westerse allochtone moeders en het roken van aanstaande moeders. Deze factoren zijn in Nederland ongunstiger dan in veel andere landen. De invloed van het Nederlandse screeningsbeleid, de mate waarin moeders kiezen voor zwangerschapsafbreking bij een gevonden afwijking bij prenatale screening, het beleid rond kinderen die zeer vroeg geborenen worden op de grens van levensvatbaarheid en de algemene zorg rond de geboorte, is nog grotendeels onopgehelderd. Voor meer informatie over risicofactoren voor sterfte rond de geboorte verwijzen we naar het Nationaal Kompas Volksgezondheid (Waelput & Achterberg, 2013).

Vrijwel alle verloskundigen en gynaecologen hebben in de periode 2010-2012 één of meerdere keren deelgenomen aan een perinatale audit. Het aantal deelnemers aan deze audits steeg tussen 2010 en 2012 met 61%

Sinds 2010 is de Perinatale Audit Nederland (PAN) ingevoerd met als doel de kwaliteit van de integrale zorgverlening te bewaken en te verbeteren. In de jaren daarna is de participatie van primaire deelnemers aan deze audits sterk toegenomen. In 2010 deden 3.140 zorgverleners mee aan de PAN. In 2012 was dit met 61% toegenomen tot 5.065 (PAN, 2014). Van alle eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen en gynaecologen in Nederland nam vrijwel 100% eenmaal of vaker deel. Van de verloskundig actieve huisartsen was dit ongeveer 20%. Alle verloskundige samenwerkingsverbanden participeerden in een audit (PAN, 2014).

Het doel van een perinatale audit is het kritisch en gestructureerd analyseren in hoeverre de daadwerkelijk verleende zorg, zoals de zorg rondom bepaalde aandoeningen of ziektebeelden of overlijden rond de geboorte van moeder (maternale sterfte) of kind (perinatale sterfte), voldeed aan de geaccepteerde standaarden. Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre het niet naleven van richtlijnen en protocollen heeft bijgedragen aan de sterfte of andere uitkomsten. In Engeland en Noorwegen heeft de invoering van een landelijk auditsysteem geleid tot een betere samenwerking binnen de perinatale keten en een hogere kwaliteit van zorg. Daarnaast leidde het tot meer aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling en scholing (PAN, 2013).
Bij een lokale audit gaat het om zorgverleners binnen een bepaald verloskundig samenwerkingsverband (VSV). Meestal komt het hele VSV bij elkaar, soms gaat het om een afvaardiging in een kernteam. Bij regionale audits zijn zorgverleners uit een groter gebied rond een perinatologisch centrum betrokken.
De primaire deelnemers zijn verloskundig actieve huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en pathologen. Verpleegkundigen, student verloskundigen en artsen in opleiding tot specialist (aios) zijn ook vaak aanwezig. Soms zijn ook ambulancepersoneel, kraamverzorgenden, klinisch genetici en/of anesthesiologen en microbiologen aanwezig. Ieder van hen heeft een eigen specifieke expertise bij de zorgverlening én bij de evaluatie van de zorg.

Tabel 2.1: Percentage deelnemers aan de audit, 2010-2012 (N=8.296) (Bron: PAN, 2014; Van Dillen et al., 2013).

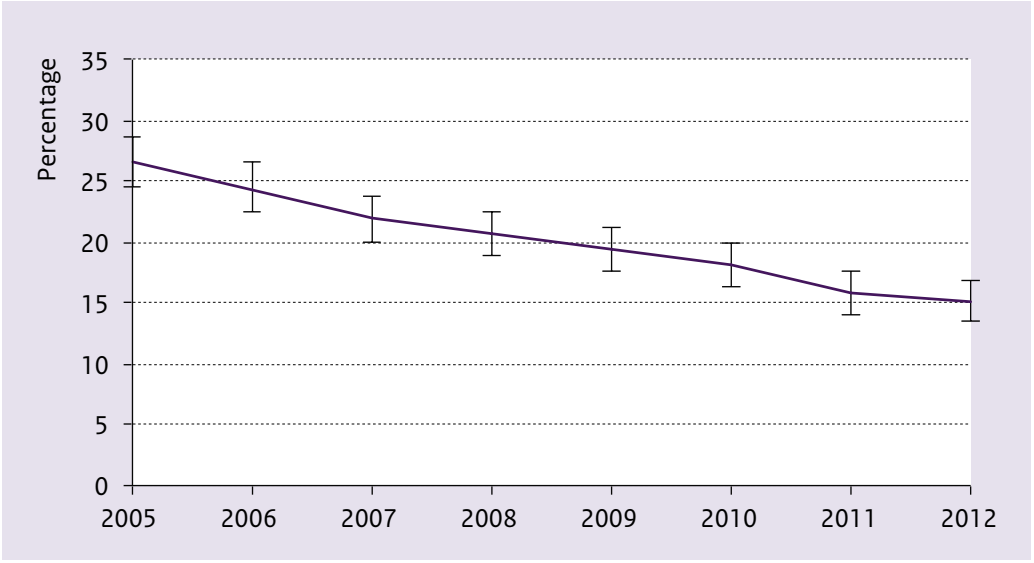
Beroepsgroep	Percentage
Huisarts	1
Eerstelijns verloskundige	27
Klinisch verloskundige	10
Verpleegkundige	19
Gynaecoloog	9
Kinderarts	8
Verloskundige/verpleegkundige in opleiding, coassistent	7
Arts, niet in opleiding	5
Huisarts/specialist in opleiding	5
Anders	7

Het percentage te vroeg geboren baby's geboren in een ziekenhuis zonder neonatale intensive care unit (NICU) nam af in de periode 2005-2012

In Nederland bevallen jaarlijks ongeveer 1500 vrouwen door spontane vroeggeboorte vóór 32 weken. De kans op perinatale problemen en sterfte is in die groep sterk verhoogd. Daarmee is spontane vroeggeboorte in Nederland de belangrijkste oorzaak van neonatale sterfte, morbiditeit en daaruit vloeiende neurologische schade bij het kind (NVOG, 2011b).
Als er sprake is van dreigende vroeggeboorte tussen 24 en 32 weken, dan behoort de zwangere vrouw overgeplaatst te worden naar een perinatologisch centrum met een neonatale intensive care unit (NICU) (NVOG, 2011b). Uit onderzoek is gebleken dat wanneer kinderen met deze zwangerschapsduur in een dergelijk centrum geboren worden, zij betere overlevingskansen hebben (Warner et al., 2004; Rauvata et al., 2007).

In de periode 2005-2012 nam het percentage te vroeg geboren baby's dat geboren werd in een ziekenhuis zonder NICU gestaag af van 27% in 2005 naar 15% in 2012 (zie *figuur 2.28*).

Figuur 2.28: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) te vroeg geboren baby's geboren in een ziekenhuis zonder neonatale intensive care unit (NICU), 2005-2012 (Bron: PRN, 2005-2012; databewerking Stichting PRN).



2.3.3 Uitgaven

In 2012 is een marktscan 'Zorg rondom zwangerschap en geboorte' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verschenen waarin de betaalbaarheid van de verloskundige zorg in kaart is gebracht. Voor deze paragraaf hebben we de gegevens uit deze marktscan gebruikt (NZa, 2012a).

De totale uitgaven voor verzekerde eerstelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van €133 miljoen in 2007 tot €188 miljoen in 2011
De totale uitgaven voor verzekerde eerstelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van €133 miljoen in 2007 tot €188 miljoen in 2011 (NZa, 2012a) (zie *tabel 2.2*). Deze cijfers zijn gebaseerd op data van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) en Vektis en geven de uitgaven van de verzekerde zorg weer in het basispakket. De verloskundige zorg wordt (grotendeels) vergoed uit het basispakket dus de analyses geven een goed beeld van de totale markt.

De stijging in de totale uitgaven wordt deels veroorzaakt door een verhoging van de maximumtarieven. In de jaren 2010-2012 zijn deze tarieven in totaal met 26% verhoogd. Daarnaast zijn er in de afgelopen jaren meer aanvullende verrichtingen declarabel geworden en is het basispakket uitgebreid met een vergoeding voor de tweede termijn echo. Zwangere vrouwen worden sneller doorgestuurd naar de tweede lijn zodat de uitgaven gemiddeld minder zijn in de eerste lijn. Hierdoor is de stijging in de uitgaven per verzekerde ook lager.

Tabel 2.2: Totale uitgaven eerstelijns verloskundige zorg (in miljoenen euro's), 2007-2011 (Bron: NZa, 2012a).

Eerstelijns verloskundige zorg	2007	2008	2009	2010	2011
Verloskundig actieve huisartsenzorg	3,3	2,8	2,4	2,4	2,3
Verloskundige zorg	130,0	140,0	157,8	171,1	186,1
Totale uitgaven	**133,3**	**142,8**	**160,2**	**173,6**	**188,4**

Tabel 2.3: Volume en totale uitgaven tweedelijns verloskundige zorg (bedragen in miljoenen euro's), 2008-2011 (Bron: NZa, 2012a).

Tweedelijns verloskundige zorg	2008	2009	2010	2011
Aantal DBC's	390.872	379.497	386.831	380.751
Uitgaven Honorariumdeel	101,1	103,2	93,7	78,2
Uitgaven Ziekenhuisdeel	435,7	454,1	490,8	499,8
Totale uitgaven	**536,8**	**557,3**	**584,4**	**578,0**

De totale uitgaven voor verzekerde tweedelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van €537 miljoen in 2008 tot €578 miljoen in 2011

De analyses zijn gebaseerd op data van Vektis en het DBC-informatiesysteem (DIS) en geven de uitgaven van de verzekerde zorg in het basispakket weer. Tweedelijns verloskundige zorg wordt betaald met DBC's van het specialisme gynaecologie. Kindergeneeskunde en anesthesiologie zijn niet meegenomen. De totale uitgaven voor verzekerde tweedelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van €537 miljoen in 2008 tot €578 miljoen in 2011 (NZa, 2012a) (zie *tabel 2.3*).

De totale uitgaven voor kraamzorg zijn gestegen, vooral in 2008

De analyses zijn gebaseerd op gegevens van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) en Vektis en zijn gebaseerd op de uitgaven van de verzekerde zorg binnen het basispakket. De totale uitgaven voor verzekerde kraamzorg zijn toegenomen van €228 miljoen in 2007 tot €289 miljoen in 2011 (zie *tabel 2.4*). In het jaar 2008 zijn de uitgaven voor kraamzorg hard gestegen in vergelijking met andere jaren (NZa, 2012a).

Tabel 2.4: Totale uitgaven kraamzorg (in miljoenen euro's), 2007-2011 (Bron: NZa, 2012a).

Kraamzorg	2007	2008	2009	2010	2011
Totale uitgaven	228,0	268,1	270,1	279,0	288,5

De toename van totale uitgaven voor de geboortezorg kan door de volgende factoren worden verklaard:

- Een verhoging van de maximumtarieven voor eerstelijns verloskundige zorg. In de jaren 2010, 2011 en 2012 zijn deze tarieven in totaal met 26% verhoogd
- Een uitbreiding van eerstelijns verloskundige zorg in het basispakket. Sinds 2006 wordt ook de tweede termijn echo vergoed
- Een uitbreiding van de losse declarabele verrichtingen voor eerstelijns verloskundige zorg, zoals de specifieke diagnose echo in 2008 en de achterstandstoeslag sinds 2009
- Een verschuiving van verloskundige zorg van de eerste naar de tweede lijn. Een toename van het aantal zwangere vrouwen dat zowel eerste- als tweedelijns verloskundige zorg heeft ontvangen. De uitgaven voor de groep die zowel eerste- als tweedelijnszorg krijgen, zijn het hoogst
- Een uitbreiding van kraamzorg in het basispakket. Sinds 2008 is de vergoeding uitgebreid van 44 uren naar 49 uren kraamzorg (NZa, 2012a).

2.4 Conclusie

Sinds de verschijning van het eerste Euro-Peristatrapport in 2004 is de verloskundige zorg in Nederland in beweging gekomen (Euro-Peristat, 2004). Uit dat rapport bleek dat Nederland internationaal geen goede positie innam wat betreft de perinatale sterfte. Als gevolg hiervan zijn tal van maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren (VWS, 2008a). Voorbeelden van deze maatregelen zijn: de invoering van het preconceptieconsult (2008), de oprichting van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2008), de uitbreiding van de neonatale screening (2008), de oprichting van de stichting Perinatale Audit Nederland (2010) en de instelling van het College Perinatale Zorg (2011). Ook zijn regionale verloskundige consortia opgericht om de samenwerking tussen de verloskundige zorgverleners onderling te bevorderen. Daarnaast zijn er verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) opgericht waarin samengewerkt wordt door huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, kinderartsen en anesthesiologen.

In veel van de indicatoren die in dit hoofdstuk worden gerapporteerd, zien we vooral gunstige trends. Zwangere vrouwen, ook die in achterstandswijken, weten meestal voor de tiende week de weg naar de verloskundige al te vinden. Steeds minder zwangere vrouwen roken en de foetale en neonatale sterfte zijn gedaald. Steeds minder te vroeg geboren baby's worden geboren in een ziekenhuis zonder een neonatale intensive care unit en de participatie in de perinatale audit is in korte tijd flink toegenomen. Causale verbanden kunnen niet worden vastgesteld maar het lijkt plausibel dat een deel van deze gunstige ontwikkelingen het

resultaat is van de gezamenlijke acties die partijen in het veld hebben ondernomen om te werken aan kwaliteitsverbetering.

In de afgelopen jaren heeft er een verschuiving plaatsgevonden in de plek van de bevalling. Steeds meer bevallingen vinden plaats in het ziekenhuis, en steeds minder thuis. De reden voor deze toename is waarschijnlijk dat meer vrouwen met een voorkeur voor pijnstilling via een ruggenprik worden doorverwezen. Daarnaast is er een toenemende neiging om de baring in te leiden (in geval van een zwangerschapsduur langer dan 41 weken of een hoge bloeddruk van de moeder) om complicaties te voorkomen. Van alle bevallingen vindt 14% thuis plaats onder begeleiding van een verloskundige. Wanneer het gaat om een eerste kind ligt dat percentage wat lager (8%).
Ondanks dat het percentage spontaan verlopen bevallingen onder begeleiding van een gynaecoloog toenam, zien we in de periode 2005-2012 een stijging in het percentage ingeleide bevallingen en ongeplande keizersneden. Daarnaast was er een afname van het percentage kunstverlossingen en bleef het percentage geplande keizersneden stabiel.
Opvallend is dat er grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen in de mate waarin wordt overgegaan tot ingrepen zoals inleidingen, kunstverlossingen, keizersneden of het doen van een episiotomie. Ook na correctie op relevante kenmerken zien we voor deze ingrepen percentages die vaak een factor 2 of 3 variëren tussen de ziekenhuizen. Een optimale score is moeilijk vast te stellen, maar nader onderzoek is aan te bevelen in hoeverre er sprake is van over- en/of onderbehandeling in bepaalde ziekenhuizen. Daarnaast is het opmerkelijk dat er geen recente gegevens zijn over de cliënttevredenheid over de verloskundige zorg.

Tot slot is er over de toename van de uitgaven in de geboortezorg veel te doen geweest. Het huidige financieringssysteem heeft onder andere tot gevolg dat bevallingen dubbel gedeclareerd worden, vanwege een doorverwijzing tijdens de bevalling vanuit de eerste naar de tweede lijn (VWS, 2014b). De NZa heeft destijds geanalyseerd in hoeverre integrale bekostiging in de geboortezorg geïmplementeerd kon worden, maar heeft het invoeren hiervan afgeraden wegens onvoldoende draagvlak en het ontbreken van een landelijke zorgstandaard (NZa, 2012b).
Het CPZ ontwikkelt momenteel een landelijke zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Deze landelijke zorgstandaard vormt de basis voor de regionale geboortezorg. Dit houdt in dat alle acties in de geboortezorg in de toekomst op regionaal niveau met elkaar moeten zijn afgestemd en terug te vinden zijn in protocollen of zorgpaden (VWS, 2014a). De verwachting is dat in de tweede helft van 2014 de eerste versie van deze landelijke zorgstandaard vastgesteld wordt.

3
Gezond blijven

Kernbevindingen

- De deelname aan de screening op infectieziekten en antistoffen bij zwangere vrouwen en de screening op gehoorverlies en zeldzame aandoeningen bij pasgeborenen is onverminderd hoog. Het percentage vrouwen dat deelneemt aan de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker is een stuk lager en is na 2007 licht gedaald
- Met de hielprikscreening wordt 99,1% van alle kinderen opgespoord die aan één van de zeldzame ernstige aandoeningen lijden waarop wordt gescreend. De hoogste en laagste waarde in de periode 2002-2011 waren 97,8 en 100,0%
- 0,9% van de 2-jarige kinderen in Nederland is niet of onvoldoende gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio en woont in een gemeente waar de norm voor de vaccinatiegraad voor deze ziekten (gesteld door WHO en Rijksvaccinatieprogramma) niet wordt gehaald. Voor bof, mazelen en rodehond geldt dit voor 1,5% van de 2-jarige kinderen
- In 2012 kregen 274 mensen in Nederland bacteriële meningitis. Het jaarlijks aantal nieuwe gevallen van meningitis door bacteriën waartegen gevaccineerd wordt, is sinds 1995 enorm gedaald
- In 2012 was de griepvaccinatiegraad 62% voor de totale doelgroep van het Nationaal Programma Grieppreventie
- In 2013 kreeg 21% van de rokers die de huisarts bezochten van de huisarts het advies te stoppen met roken. Dit percentage is hoger dan in 2001 maar lager dan in 2011
- Ervaringen met de jeugdarts van het consultatiebureau zijn redelijk tot goed
- Het percentage van de zorguitgaven besteed aan preventie is gedaald in de periode 2005-2013

3.1 Achtergrond

Iedereen vindt gezond zijn en gezond blijven belangrijk. In alle levensfasen is het aan de orde, al is de focus verschillend voor pasgeborenen, jongeren, volwassenen en ouderen. Met preventie proberen landelijke en lokale overheid, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en andere partijen mensen gezond te houden. Dat kan door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen, maar ook door ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen. De prioriteiten van het preventiebeleid zijn omschreven in de landelijke nota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij (VWS, 2011a). De belangrijkste speerpunten van het landelijke beleid zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken, schadelijk alcoholgebruik en bewegen.

Daarnaast werd in de nota aandacht gevraagd voor vier specifieke gezondheidsvraagstukken: de bestaande en nieuwe gezondheidsrisico's in de omgeving, de hoge perinatale sterfte in Nederland, de toename van chronische ziekten en de grote ziektelast door psychische aandoeningen. In de visie op preventie wordt benadrukt dat mensen vooral zelf actief moeten zijn om hun eigen gezondheid op pijl te houden of te bevorderen. Wel kan betrokkenheid van bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, onderwijs en zorgverleners daarbij belangrijk zijn. De overheid en de gemeenten kunnen ondersteunen met duidelijke voorlichting en zo bevorderen dat mensen gezonder gaan leven door gezonde keuzes makkelijker te maken (VWS, 2011a).

In 2013 heeft het kabinet plannen gepresenteerd voor een Nationaal Preventie Programma (NPP). Het NPP wordt voor een periode van drie jaar aangegaan (2014-2016). Hierin werken zes ministeries, gemeenten, bedrijven en een groot aantal maatschappelijke organisaties samen om preventie beter op de kaart te zetten. Het brengt activiteiten bijeen op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie, zowel in de omgeving van mensen als binnen de zorg en gezondheidsbescherming. Er is speciale aandacht voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Het centrale thema luidt: van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag, met burgers die zelf kiezen (VWS, 2013a). Uit de financiële bijlage blijkt dat de bestaande budgetten voor preventie zijn gecontinueerd maar dat de middelen die zijn vrijgemaakt om preventie een extra impuls te geven beperkt zijn. De meerwaarde van dit programma moet vooral komen uit de bundeling van krachten (zie ook Mackenbach, 2013).

De indicatoren in deze Zorgbalans richten zich op preventie van ziekten en gezondheidsbevordering. Preventie van ziekten omvat maatregelen die gericht zijn op het voorkómen van specifieke ziekten of op de vroege signalering daarvan. Gezondheidsbevordering richt zich op het bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl en van een gezonde sociale en fysieke omgeving. De Zorgbalans richt zich alleen op preventie die plaatsvindt binnen het kader van de gezondheidszorg. Leefstijlinterventies op bijvoorbeeld scholen of in de wijk vallen daar niet onder. Daarmee blijft dus een belangrijk deel van het preventieveld buiten beschouwing. In de VTV wordt uitgebreider ingegaan op deze aspecten van preventie (RIVM, 2014a).

3.2 Indicatoren voor preventie in de zorg

De meeste indicatoren in dit hoofdstuk, zeggen iets over de effectiviteit van preventieve interventies in de zorg. Er zijn zoveel mogelijk indicatoren geselecteerd die laten zien of het doel van de interventie wordt bereikt. Daarnaast zijn enkele indicatoren voor vraaggerichtheid en kosten geselecteerd. Het gaat om de volgende indicatoren:

Kwaliteit
- Percentage personen uit de doelgroep dat deelneemt aan een georganiseerd bevolkingsonderzoek
- Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening dat is opgespoord in het programma 'neonatale hielprikscreening'
- Percentage 2-jarige kinderen dat geen basisvaccinatie heeft gehad en woont in een gemeente met een te lage vaccinatiegraad (onder de kritische grens voor groepsimmuniteit)
- Jaarlijks aantal nieuwe gevallen van bacteriële meningitis
- Percentage mensen dat behoort tot een doelgroep van het Nationaal Programma Griepreventie dat is gevaccineerd tegen de griep
- Percentage rokers met een consult bij de huisarts dat een stopadvies van de huisarts heeft gekregen
- Percentage mensen dat contact heeft gehad met een jeugdarts op een consultatiebureau en goede ervaringen had met de uitleg, beschikbare tijd en de mogelijkheid tot vragen stellen

Kosten
- Percentage van de zorguitgaven dat besteed wordt aan preventie
- Percentage van de zorguitgaven dat per inwoner besteed wordt aan preventie

3.3 Stand van zaken

3.3.1 Toegankelijkheid

Over het algemeen vormt toegankelijkheid geen groot probleem bij preventie. Voor veel vormen van preventie kunnen burgers terecht in de eigen buurt, zoals bij een consultatiebureau, verloskundigenpraktijk (zie *paragraaf 2.3*), huisartspraktijk (zie *paragraaf 5.3.1*) of online. Er zijn geen eigen betalingen vereist. In dit hoofdstuk zijn verder geen indicatoren voor toegankelijkheid opgenomen.

3.3.2 Kwaliteit

Voor deze paragraaf over de kwaliteit van preventie zijn de indicatordomeinen effectiviteit en vraaggerichtheid uitgewerkt. De geselecteerde indicatoren over effectiviteit meten het bereik van preventie en de mate waarin het doel van preventie wordt gehaald. Deze indicatoren hebben ook alles te maken met coördinatie. Goede coördinatie binnen bijvoorbeeld screenings- of vaccinatieprogramma's is namelijk een voorwaarde voor een hoge deelname. Veiligheid speelt ook een rol bij preventie. Zo is het belangrijk dat een vaccinatie geen of

slechts milde bijwerkingen heeft en dat na screening geen verkeerde diagnosen worden gesteld of de screening zelf leidt tot complicaties. Voor veiligheid van preventie zijn echter geen indicatoren opgenomen.

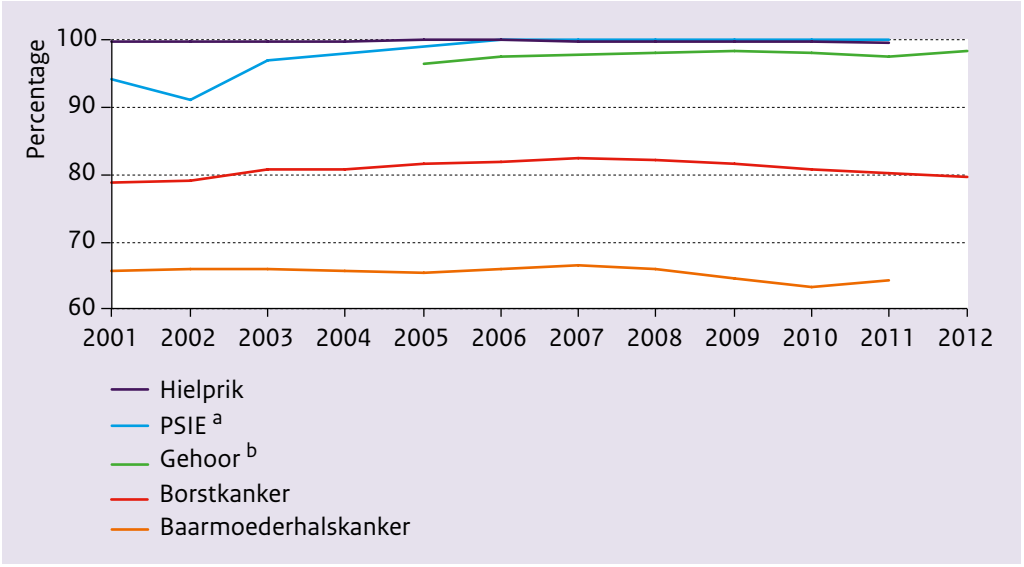
Vijf indicatoren meten het bereik van een interventie. Het bereik is alleen een goede indicator als het bewijs voor effectiviteit van de interventie volgens recente wetenschappelijke inzichten groot is. Deelname aan preventieve interventies is een vrijwillige keuze van mensen. De overheid vindt het daarom belangrijk dat mensen een goed geïnformeerde keuze kunnen maken. Een 100% bereik is niet altijd het streven, al ligt dat voor vaccinatie tegen ziekten die ernstige gevolgen kunnen hebben en waarbij gestreefd wordt naar groepsimmuniteit wat anders dan voor bevolkingsonderzoeken met een ingewikkelde balans tussen mogelijk gezondheidsvoordeel bij deelnemers die een ziekte hebben en kans op schade bij deelnemers zonder ziekte maar met een fout-positieve screeningsuitslag. De mate waarin het doel van preventie wordt gehaald, wordt beschreven aan de hand van het aantal ziektegevallen dat vroeg wordt ontdekt of wordt voorkomen, het aantal personen met gezondheidsschade en het aantal personen dat een laag (of juist hoog) risico op gezondheidsschade loopt. De vraaggerichtheid van preventie is alleen onderzocht voor consultatiebureaus.

De deelname aan de screening op infectieziekten en antistoffen bij zwangere vrouwen en de screening op gehoorverlies en zeldzame aandoeningen bij pasgeborenen is onverminderd hoog. Het percentage vrouwen dat deelneemt aan de bevolkings-onderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker is een stuk lager en is na 2007 licht gedaald

In *figuur 3.1* zijn trends in de deelname aan bevolkings- en screeningsonderzoeken weergegeven. Voor de prenatale screening infectieziekten en erytrocytenimmunisatie (PSIE) voor zwangere vrouwen en de hielprikscreening bij pasgeborenen is de deelname bijna 100%. Bij de gehoorscreening bij pasgeborenen, die bestaat uit drie ronden, zit de deelname voor elke afzonderlijke ronde boven de 99%. Gecombineerd ligt de deelname in de periode 2005-2012 tussen de 96,4 en 98,4%. De deelname aan screeningsonderzoeken voor zwangere vrouwen en pasgeborenen blijft over de tijd redelijk stabiel.

In 2012 liet 79,6% van de vrouwen die uitgenodigd waren voor het bevolkingsonderzoek borstkanker (50 t/m 75 jaar) zich onderzoeken. De EU heeft een opkomstpercentage (of participatiegraad) van 75% als gewenst niveau gesteld. Het ministerie van VWS hanteerde in het verleden wel een streefcijfer, maar na 2011 niet meer. De EU-norm wordt door Nederland ruim gehaald. Sinds 2007 is er een lichte daling van de deelname aan het bevolkingsonderzoek (zie *figuur 3.1*). In vergelijking met andere westerse landen is de participatiegraad in Nederland hoog (zie *figuur 3.2*). Alleen in Finland is deze nog hoger. De leeftijdsrange van de doelgroep verschilt tussen de landen, vooral de bovengrens. Nederland is vrij uitzonderlijk door vrouwen tot 75 jaar voor het bevolkingsonderzoek borstkanker uit te nodigen. In Frankrijk en een regio in Zweden hanteert men een bovengrens van 74, maar in de meeste andere landen worden vrouwen tot hun 69ste uitgenodigd.

Figuur 3.1: Percentage deelname aan bevolkingsonderzoeken, 2001-2012 (Bronnen: PSIE: Van der Ploeg et al., 2010; Van der Ploeg et al., 2012; Hielprikscreening: TNO, 2004-2013; gehoorscreening: Van der Ploeg et al., 2013; bevolkingsonderzoek borstkanker: LETB, 2009; LETB, 2014; bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: LEBA, 2009; LEBA, 2010; LEBA, 2012; LEBA, 2013).

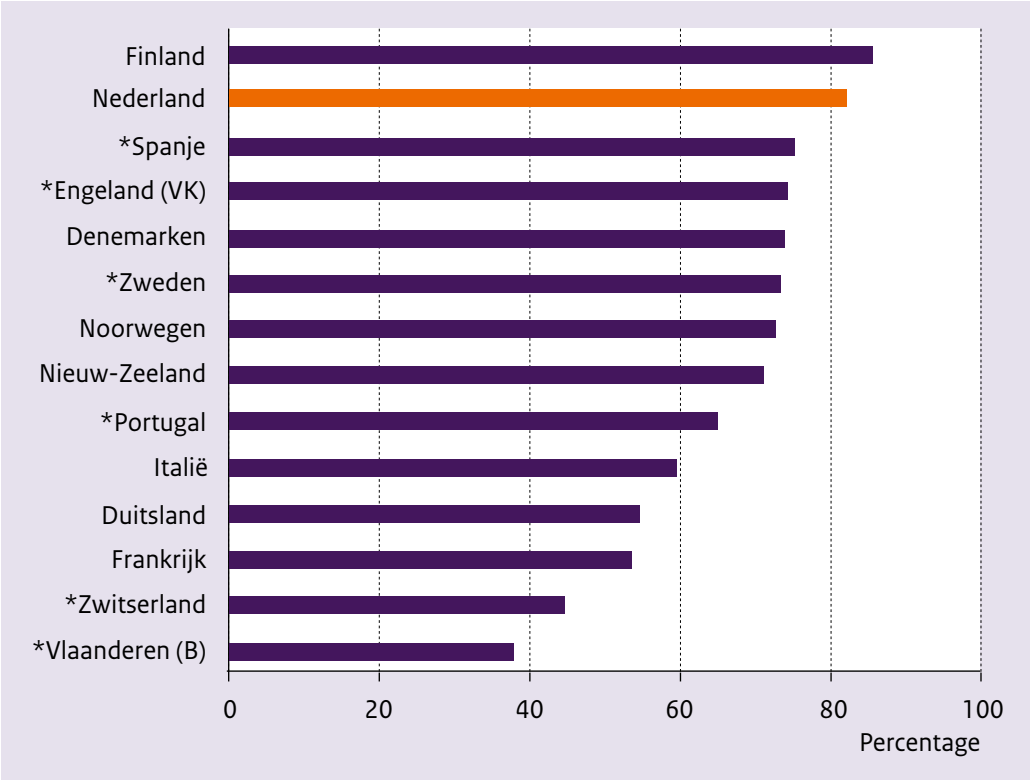


[a] PSIE=Prenatale screening infectieziekten en erytrocytenimmunisatie; de percentages in 2001 en 2008-2012 hebben betrekking op 2000/2001 en 2007/2008-2011/2012

[b] De neonatale gehoorscreening kent drie rondes; hier is het gecombineerde percentage voor 3 rondes weergegeven: deelnamepercentage 1e x 2e x 3e ronde. Het percentage bij 2005 betreft feitelijk de deelname in het eerste jaar na de implementatie van de screening. De gehoorscreening is geleidelijk in de periode 2002-2006 ingevoerd; het betreft hier screening door JGZ-organisaties bij kinderen die niet op een neonatale intensive care unit (NICU) zijn opgenomen

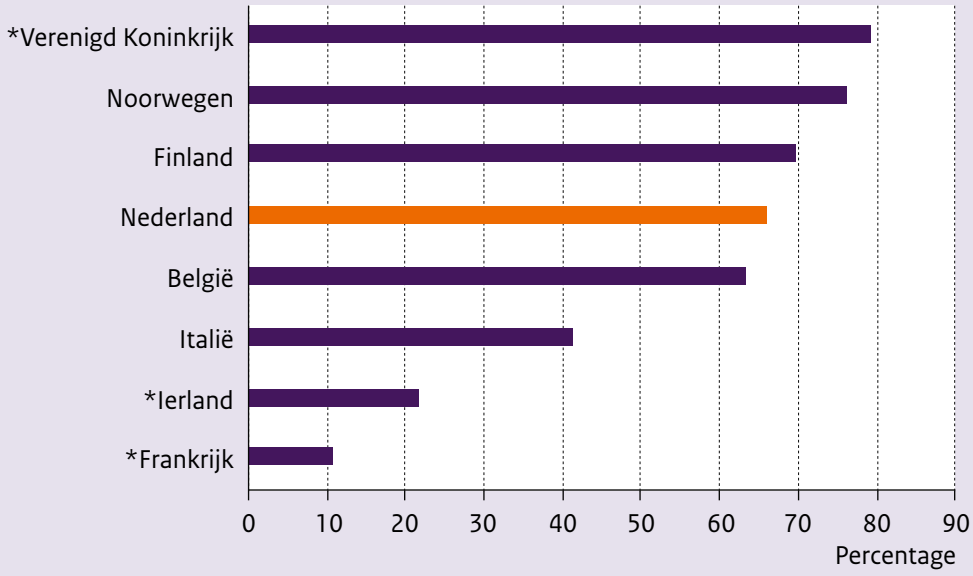
Van de vrouwen die uitgenodigd waren voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (30-60 jaar) liet in 2011 64% een uitstrijkje maken. In 2011 was voor het eerst sinds 2007 weer een stijging te zien ten opzichte van het voorgaande jaar op (zie *figuur 3.1*). Europees gezien is de participatiegraad in Nederland wat lager dan in het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Finland, maar hoger dan in vier andere landen (zie *figuur 3.3*).

Figuur 3.2: Participatiegraad van het bevolkingsonderzoek borstkanker bij vrouwen van 50-69 jaar, dataverzameling door de OECD [a] en EUNICE [b] (Bronnen: OECD, 2013b; Giordano et al., 2012).



[a] Dataverzameling door de OECD over 2011 of daaromtrent; de helft van de landen meet het percentage gescreende vrouwen van degenen die in het betreffende jaar zijn uitgenodigd, de andere helft meet het percentage van de vrouwen die in de afgelopen twee jaar zijn uitgenodigd; Duitsland: inclusief vrouwen die zichzelf aanmelden voor screening (ongeveer 2%-punten); Nieuw-Zeeland: inclusief vrouwen die reeds een diagnose borstkanker hadden en vrouwen die aangegeven hadden niet te willen deelnemen. Denemarken, Nederland en Noorwegen: exclusief deze twee groepen. Overige landen: onbekend of deels geëxcludeerd
[b] Inventarisatie van de situatie rond 2005 via het European Network for Information on Cancer (EUNICE), in de figuur weergegeven met *; Portugal betreft Centraal- en Noord-Portugal; Spanje betreft 6 regio's; Zweden betreft 3 regio's
* EUNICE data

Figuur 3.3: Participatiegraad van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, dataverzameling door de OECD [a] en Europese inventarisatie [b] (Bronnen: OECD, 2013b; Bastos et al., 2010).



[a] Dataverzameling door de OECD; gegevens voor Noorwegen en Italië hebben betrekking op 2011, voor Finland op 2009 en voor Nederland en België op 2008; Nederland: exclusief vrouwen die geen baarmoeder meer hadden; Noorwegen: exclusief vrouwen die geen baarmoeder meer hadden en vrouwen die reeds een diagnose baarmoederhalskanker hadden
[b] Een inventarisatie van de situatie begin 2008; Frankrijk betreft het gemiddelde van de departementen Bas-Rhin en Haut-Rhin
* EUNICE data

Internationale vergelijkingen van de participatiegraad van screening op kanker zijn lastig te maken vanwege verschillen in berekening van deze indicator tussen landen. In *figuur 3.2* en *figuur 3.3* is daarom een overwogen selectie van bronnen en landen gemaakt. Hierbij werd onder andere gelet op vergelijkbaarheid van de doelgroepen qua leeftijd, jaar van registratie en rekenwijze. Ondanks toepassing van deze selectiecriteria blijft er nog ruimte voor enige onzekerheid.

Informatie over verschillen in participatiegraad bij de screening op kanker tussen sociaaleconomische groepen is opgenomen in *paragraaf 10.3*.

Nederland is begin 2014 gestart met het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Van de 28 EU-landen hebben inmiddels 13 landen een georganiseerd landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker (Altobelli et al., 2014). In de 15 andere landen wordt wel screening aangeboden maar niet georganiseerd, of het betreft een regionaal (pilot) project. Er is grote variatie in de uitvoering van de georganiseerde bevolkingsonderzoeken in de 13 landen wat betreft opsporingsmethode, leeftijd van de doelgroep en screeningsinterval. Het percentage personen uit de doelgroep dat deelnam, varieerde van 2% in Polen tot 71% in Finland. Het deelnamepercentage in Nederland in de eerste vijf maanden van 2014 bedroeg 68%. Het bevolkingsonderzoek bevindt zich nog in de opstartfase, daarom waren alleen personen van 63, 65, 67, 75 en 76 jaar uitgenodigd (Van Veldhuizen et al., 2014).

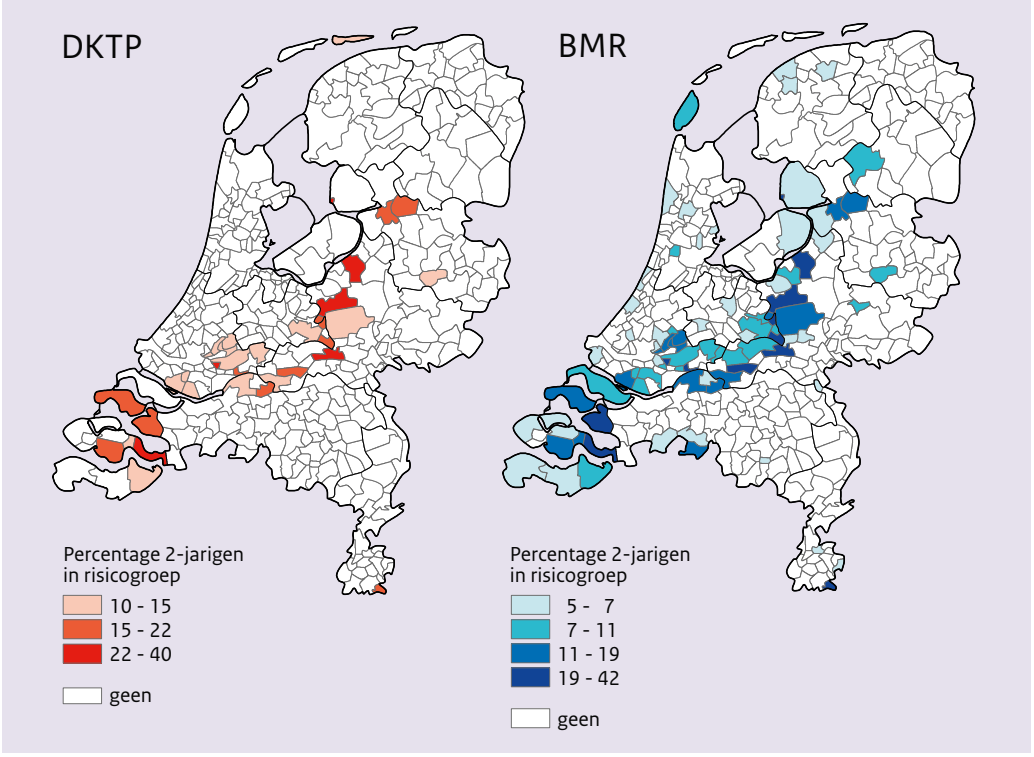
Met de hielprikscreening wordt 99,1% van alle kinderen opgespoord die aan één van de zeldzame ernstige aandoeningen lijden waarop wordt gescreend. De hoogste en laagste waarde in de periode 2002-2011 waren 97,8 en 100,0%
Het niet of pas later ontdekken van een kind met een aandoening waarop gescreend wordt, is ongewenst, omdat vroegtijdige behandeling belangrijk is om ernstige schade aan lichamelijke en geestelijke ontwikkeling te voorkómen of te beperken.

Van de bijna 1,9 miljoen kinderen die geboren zijn in de periode 2002-2011, bleken 1519 kinderen één van de 18 aandoeningen te hebben waarop wordt gescreend. Bij 99,1% van die kinderen was die aandoening vroegtijdig opgespoord; bij 0,9% dus niet. Dit betreft in totaal 14 kinderen. Negen van deze kinderen waren wel gescreend maar de analyse van het bloedmonster in het laboratorium gaf geen afwijkende uitslag. Bij vijf kinderen zijn de volgende zaken in het screeningsproces misgegaan: de screening werd erg laat uitgevoerd, er zat veel tijd tussen het afnemen van de hielprik en de aankomst van het bloedmonster in het laboratorium, het Regionale Coördinatie Programma (RCP) had geen uitslag ontvangen van het laboratorium, in het laboratorium werd een verkeerde code geregistreerd en er was mogelijk sprake van miscommunicatie tussen het laboratorium en RCP. In deze vijf gevallen is de informatie over de afwijkende uitslag niet op tijd bij de ouders terechtgekomen.

Het percentage kinderen met een zeldzame aandoening dat opgespoord werd, varieerde in de periode 2002-2011 van 97,8% (2008) tot 100% (2004, 2005, 2007 en 2010). De trend over deze periode is stabiel, ondanks het feit dat het aantal ziekten waarop gescreend wordt in deze periode is uitgebreid.

0,9% van de 2-jarige kinderen in Nederland is niet of onvoldoende gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio en woont in een gemeente waar de norm voor de vaccinatiegraad voor deze ziekten (gesteld door WHO en Rijksvaccinatieprogramma) niet wordt gehaald. Voor bof, mazelen en rodehond geldt dit voor 1,5% van de 2-jarige kinderen
In Nederland worden binnen het Rijksvaccinatieprogramma verschillende vaccinaties aangeboden aan kinderen om het optreden van infectieziekten en de complicaties ervan te voorkómen. In 2013 was voor de vaccinatie tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (DKTP) en tegen bof, mazelen en rodehond (BMR) de landelijke vaccinatiegraad onder 2-jarigen respectievelijk 95,4% en 96,0% (Van Lier et al., 2014). Internationaal gezien is een hoge

Figuur 3.4: Percentage 2-jarige kinderen in de risicogroep [a] voor DKTP en BMR per gemeente [b,c], in 2013 (Bron: Van Lier et al., 2014; gegevens bewerkt door RIVM).

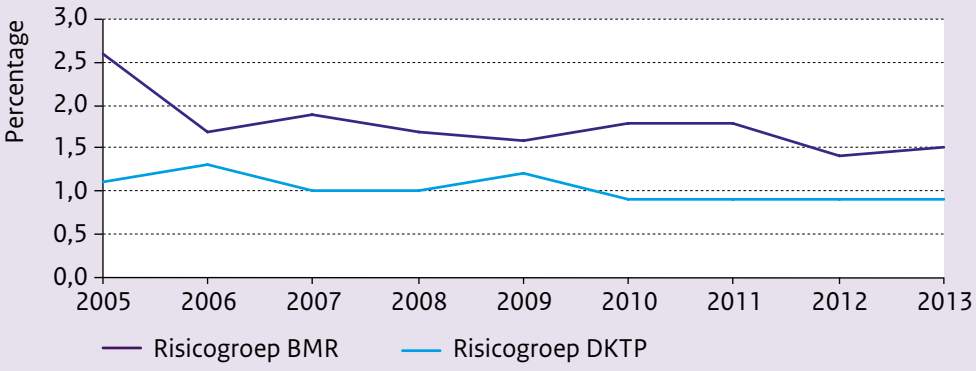


[a] Niet of onvoldoende gevaccineerd én woonachtig in een gemeente met een te lage vaccinatiegraad voor DKTP of BMR
[b] In grensgemeenten krijgen kinderen hun vaccinaties soms in het buurland. Wanneer dit niet wordt doorgegeven en geregistreerd in het Nederlandse systeem, lijkt de vaccinatiegraad lager dan deze in werkelijkheid is (bijvoorbeeld Vaals)
[c] In kleine gemeenten kan het aantal kinderen dat voor vaccinatie in aanmerking komt zo laag zijn, dat het niet vaccineren van één of enkele kinderen er al toe kan leiden dat het percentage 2-jarigen dat niet of niet volledig is gevaccineerd, lager is dan 10% (bijvoorbeeld Ameland en Mook en Middelaar)

vaccinatiegraad zoals in Nederland geen uitzondering. Voor mazelen bijvoorbeeld varieert de vaccinatiegraad van 76% in Oostenrijk tot 99% in Griekenland en Hongarije (OECD, 2013a).

Naast de vaccinatiegraad is vanwege de besmettelijkheid van de ziekten ook de geografische verdeling van de ongevaccineerden van belang. Als in een regio de vaccinatiegraad namelijk erg laag is, is de kans dat kinderen elkaar besmetten sterk verhoogd. Om een epidemie te

Figuur 3.5: Percentage 2-jarige kinderen in de risicogroep [a] voor DKTP en BMR, 2005-2013 (Bron: Van Lier et al., 2014; gegevens bewerkt door het RIVM).



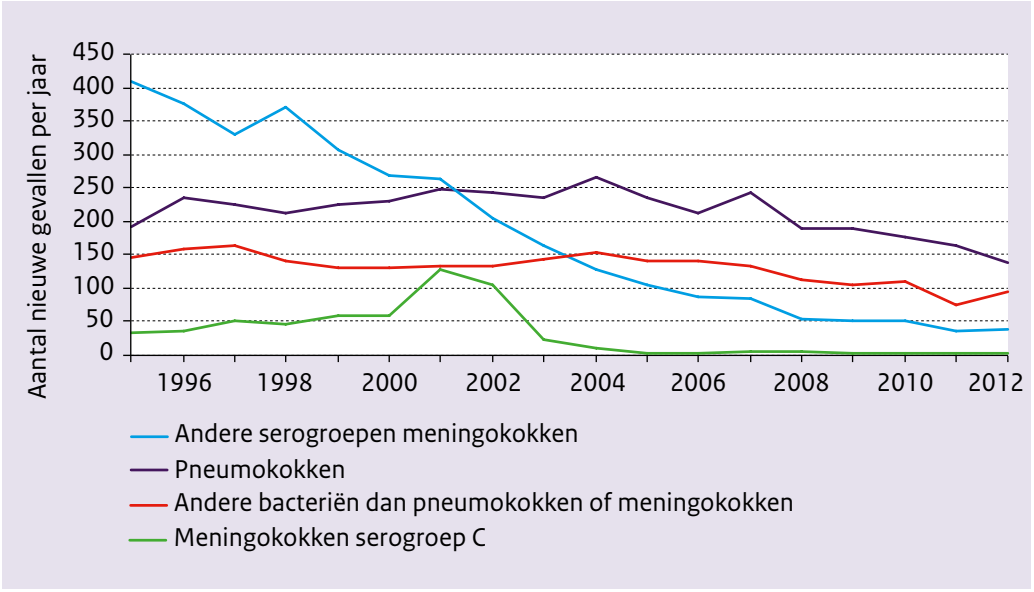
[a] Niet of onvoldoende gevaccineerd én woonachtig in een gemeente met een te lage vaccinatiegraad voor DKTP of BMR

voorkómen zou volgens de WHO en het Rijksvaccinatieprogramma elke gemeente voor DKTP een vaccinatiegraad van 90% moeten hebben en voor BMR een vaccinatiegraad van 95%. Verschillen in deze percentages hebben te maken met de eigenschappen van de betreffende virussen. In gemeenten met een vaccinatiegraad beneden deze normen, is de kans op het ontstaan van een epidemie het grootst. Kinderen die in dergelijke gemeenten wonen én tevens zelf niet of onvoldoende zijn gevaccineerd, vormen de grootste risicogroep voor het oplopen van een van deze ziekten. *Figuur 3.4* laat per gemeente voor 2013 het percentage 2-jarige kinderen in deze risicogroep zien voor respectievelijk DKTP en BMR.

Figuur 3.5 toont voor de jaren 2005-2013 het landelijk percentage van de 2-jarige kinderen dat niet of onvoldoende gevaccineerd is en in een gemeente woont met een te lage vaccinatiegraad. Voor de DKTP-vaccinatie bestond deze risicogroep in 2013 uit 1687 (0,9%) kinderen en voor BMR uit 2653 (1,5%) kinderen. Deze kinderen lopen dus een groot risico om één van deze ziekten te krijgen wanneer er een epidemie uitbreekt. In voorgaande jaren waren deze percentages vergelijkbaar, afgezien van 2005. Toen vielen enkele grote steden net onder de BMR-vaccinatiegrens waardoor de risicogroep groter was. De verschillen in de omvang van de risicogroepen voor DKTP en BMR komen voornamelijk door de verschillende streefwaarden (90% voor DKTP en 95% voor BMR).

De totale risicopopulatie bestaat niet alleen uit de hier beschreven 2-jarige kinderen. Kinderen van andere leeftijden en volwassenen behoren ook tot de totale risicogroep. De relatieve risicopopulatie (percentage van de 2-jarigen) geeft wel een goed beeld van de risicopopulatie van andere jonge kinderen, omdat de vaccinatiegraad redelijk constant is de laatste jaren. We

Figuur 3.6: Aantal nieuwe gevallen van bacteriële meningitis per jaar naar veroorzakende bacterie en serogroep, 1995-2012 (Bron: NRBM, 1996-2013).



gaan er wel vanuit dat het verhuisgedrag maar een beperkte invloed heeft op de grootte van de risicopopulatie. Daarnaast valt ook een heel klein deel van de gevaccineerde kinderen onder de risicopopulatie omdat de vaccinatie soms niet aanslaat. Dat is één van de redenen (naast het verlengen van de duur van de bescherming) om meerdere vaccinaties te geven. Ongeveer 5% van de kinderen die bij 14 maanden zijn gevaccineerd tegen BMR, krijgt de tweede vaccinatie niet voor het bereiken van de 10-jarige leeftijd en is dus niet beschermd indien de eerste vaccinatie niet aanslaat.

In 2012 kregen 274 mensen in Nederland bacteriële meningitis. Het jaarlijks aantal nieuwe gevallen van meningitis door bacteriën waartegen gevaccineerd wordt, is sinds 1995 enorm gedaald

In 2012 kregen 274 mensen in Nederland bacteriële meningitis. In de periode 1995-2012 is het aantal nieuwe gevallen van bacteriële meningitis met 69% gedaald.

De belangrijkste verwekkers van bacteriële meningitis zijn meningokokken en pneumokokken. De daling van het jaarlijks aantal gevallen van bacteriële meningitis is vooral te danken aan een sterke daling van bacteriële meningitis door meningokokken (zie *figuur 3.6*). Deze daling heeft ervoor gezorgd dat sinds 2003 pneumokokken, en niet meer meningokokken, de belangrijkste veroorzakers van bacteriële meningitis zijn.

Meningokokken zijn te onderscheiden in verschillende serogroepen en pneumokokken in verschillende serotypen. Sinds juni 2002 worden binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) kinderen gevaccineerd tegen meningokokken C. Sinds juli 2006 worden kinderen ook gevaccineerd tegen zeven serotypen pneumokokken, sinds april 2011 zelfs tegen tien serotypen.

In de figuur is te zien dat er in de periode 2000-2001 een plotselinge stijging was van het aantal nieuwe gevallen van meningokokken-C-meningitis. Deze stijging was aanleiding om vaccinatie tegen deze serogroep te introduceren. Sinds de start van de vaccinatie is het aantal nieuwe gevallen van bacteriële meningitis door meningokokken C sterk gedaald. In 2012 waren er nog maar twee mensen die door deze serogroep bacteriële meningitis kregen. Het jaarlijks aantal nieuwe gevallen van meningitis door pneumokokken is ook gedaald sinds de introductie van vaccinatie in 2006, maar minder hard dan het aantal voor meningitis door meningokokken C. Dit verschil heeft mogelijk te maken met het feit dat voor meningokokken C wél een inhaalcampagne voor de hele jeugd is opgestart en voor pneumokokken niet.

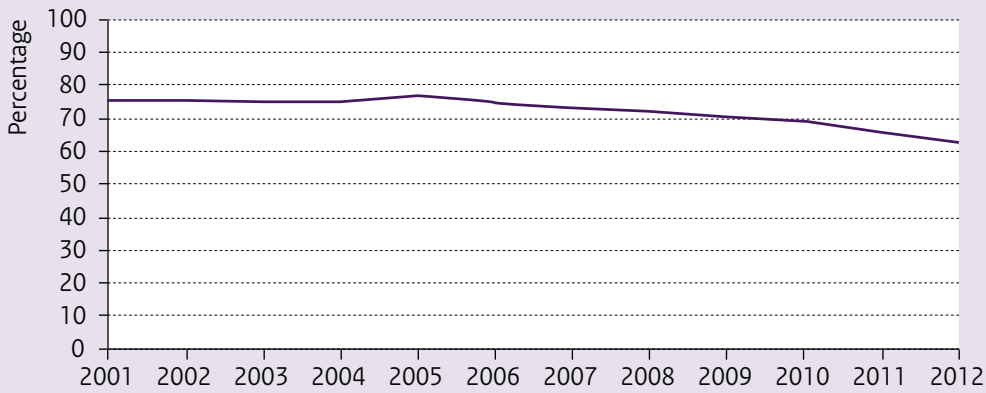
Uit de figuur blijkt ook dat het aantal nieuwe gevallen van meningitis door meningokokken waartegen niet wordt gevaccineerd, enorm is gedaald in de periode 1985-2010. Waarschijnlijk is de bevolking spontaan immuun geworden tegen serogroep-B-meningokokken, de belangrijkste groep binnen de meningokokken. Daardoor kon deze bacterie zich nog moeilijk handhaven in de bevolking (Van der Ende & Spanjaard, 2011).

In 2012 was de griepvaccinatiegraad 62% voor de totale doelgroep van het Nationaal Programma Grieppreventie

In 2012 behoorde bijna 32% van de Nederlandse bevolking tot één of meer van de doelgroepen van het Nationaal Programma Grieppreventie (Jansen et al., 2013). Tot de doelgroepen behoren mensen met een chronische aandoening, mensen met een verminderde weerstand, verpleeghuisbewoners, mensen met een verstandelijke handicap die verblijven in intramurale voorzieningen en mensen van 60 jaar of ouder. In 2012 was de vaccinatiegraad in de totale doelgroep 62%. Voor patiënten met een medische indicatie liep deze uiteen van 66% (hiv-geïnfecteerden) tot 82% (patiënten met chronische nierinsufficiëntie). Voor personen van 60 jaar en ouder was de vaccinatiegraad 68%. Bij mensen binnen deze groep met een medische indicatie was het percentage 77%, zonder medische indicatie was de vaccinatiegraad 52%.

De vaccinatiegraad in de totale doelgroep is in de periode 2001-2012 gedaald van 75% naar 62% (zie *figuur 3.7*). De daling vond plaats in alle doelgroepen, al was de daling in de groep chronische nierinsufficiëntie beperkt. In 2008 is de doelgroep van het Nationaal Programma Grieppreventie uitgebreid met gezonde personen van 60 tot en met 64 jaar. De vaccinatiegraad in deze doelgroep zonder medische indicatie was in 2009 bijna 55%, in 2012 nog maar 37%.

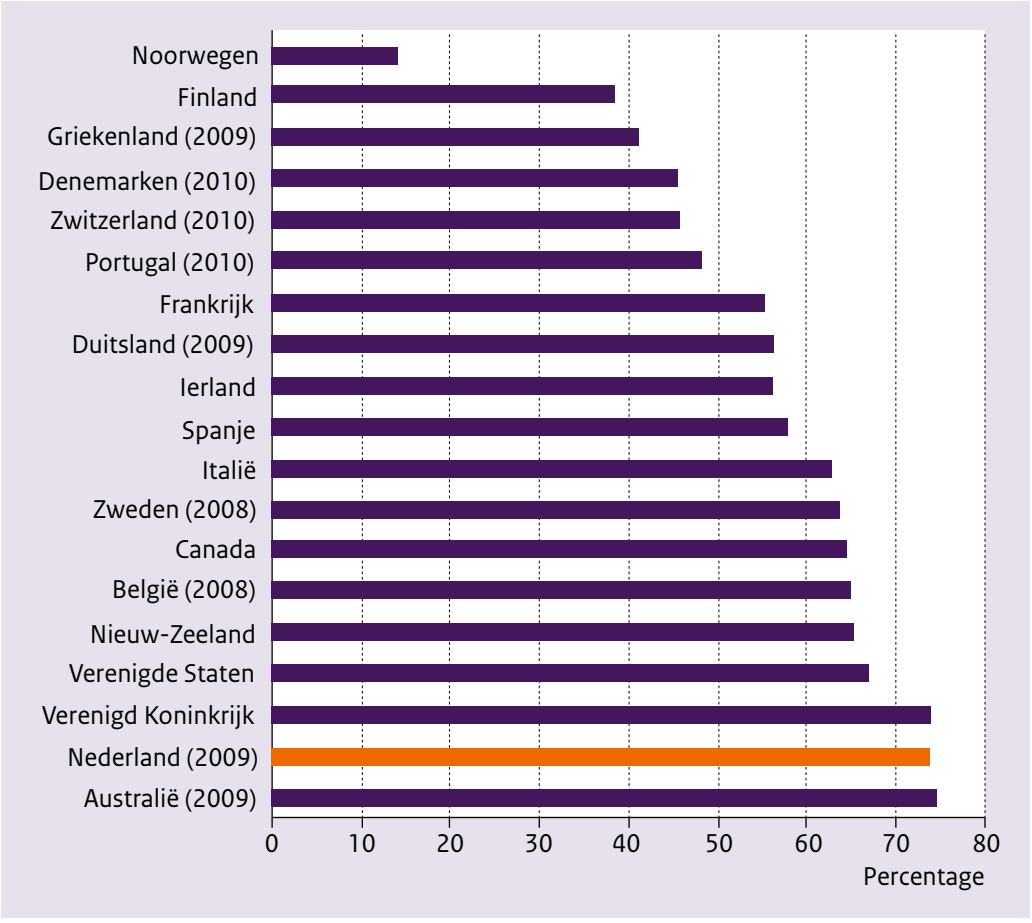
Figuur 3.7: Griepvaccinatiegraad voor de totale doelgroep van het Nationaal Programma Griekpreventie, 2001-2012 (Bronnen: Tacken et al., 2009; Tacken et al., 2010; Jansen et al., 2012; Jansen et al., 2013).



Voor ouderen wordt door de WHO een vaccinatiegraad van 75% aanbevolen (WHA, 2003). De EU-lidstaten hebben in 2009 een resolutie aangenomen waarin zij de WHO-aanbeveling onderschrijven (EU, 2009). In geen van beide resoluties werden leeftijdsgrenzen vastgesteld. Als we uitgaan van de internationaal veel gehanteerde grens van 65 jaar, dan werd in 2011 in Nederland deze doelstelling nog gehaald (77%), maar in 2012 niet meer (74%).

Figuur 3.8 geeft voor enkele landen die lid zijn van de OECD de griepvaccinatiegraad voor personen van 65 jaar en ouder weer. De vaccinatiegraad was in het recentste jaar waarover gerapporteerd werd in Nederland de een na hoogste (OECD, 2013b).

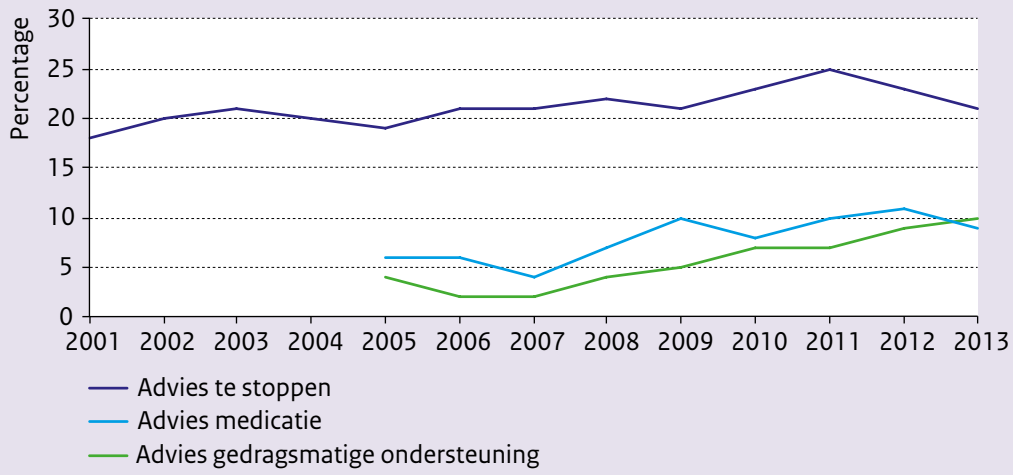
Figuur 3.8: Griepvaccinatiegraad onder personen van 65 jaar en ouder in 19 OECD-landen, in 2011 (of laatste jaar) (Bron: OECD, 2013b).



In 2013 kreeg 21% van de rokers die de huisarts bezochten van de huisarts het advies te stoppen met roken. Dit percentage is hoger dan in 2001 maar lager dan in 2011
Van de rokers die in 2013 de huisarts bezochten, heeft 21% een stopadvies van de huisarts gekregen. In de periode 2001-2013 is dit percentage licht gestegen; in 2001 was dit percentage 18%. In 2011 was het nog 25% (zie *figuur 3.9*). De percentages zijn hier berekend over zowel rokers die voor het eerst de huisarts bezochten als rokers die voorheen al eens de huisarts hadden bezocht en toen al een stopadvies kregen of niet gemotiveerd waren om te stoppen.

De NHG-standaard Stoppen met roken adviseert huisartsen de rookstatus vast te leggen van patiënten die zelf om ondersteuning vragen bij stoppen met roken. Dit advies geldt ook voor spreekuurbezoekers bij wie stoppen met roken extra van belang is, zoals patiënten met

Figuur 3.9: Percentage rokers dat in het voorgaande jaar de huisarts heeft bezocht en het advies kreeg te stoppen met roken, het percentage dat door de huisarts werd doorverwezen voor gedragsmatige ondersteuning en het percentage dat werd geadviseerd medicatie te gebruiken, 2001-2013 (Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (STIVORO, Trimbos-instituut), 2001-2012).

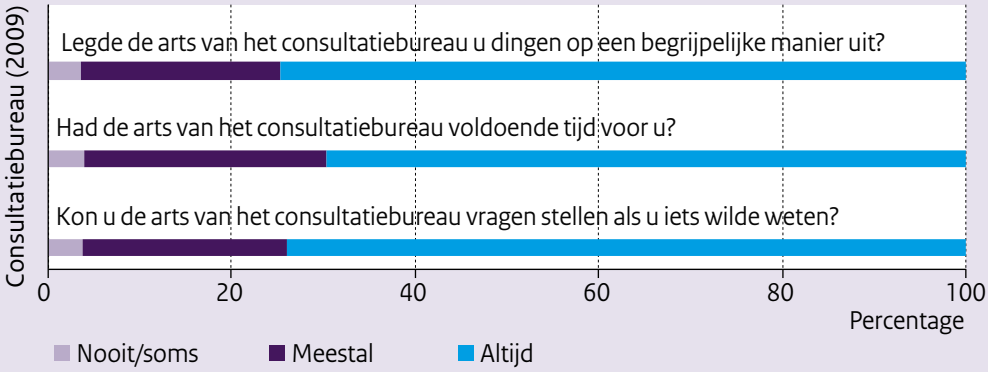


rookgerelateerde klachten of aandoeningen, voor zwangere vrouwen en voor ouders van kinderen met astma. Aan de rokers uit deze groepen geeft de huisarts bij het eerste spreekuurbezoek het advies om te stoppen met roken, ongeacht de reden van het spreekuurbezoek (Chavannes et al., 2007). Per jaar bezoekt 74% van de rokers de huisarts (De Korte et al., 2010). Van de rokers die geen interventie of ondersteuning krijgen, is na één jaar ongeveer 5% uit zichzelf gestopt met roken (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Het advies van een (huis)arts om te stoppen met roken kan het percentage stoppers verhogen (Ashenden et al., 1997; Stead et al., 2013).

Tussen 2005 en 2013 is ook het percentage rokers gemeten dat door de huisarts wordt doorverwezen voor gedragsmatige ondersteuning of geadviseerd wordt medicatie te gebruiken. Ondersteuning door middel van een gedragsmatige interventie kan het percentage rokers dat stopt, verhogen naar 10%. Indien hier medicatie aan wordt toegevoegd kan dit percentage stijgen naar 20% (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Tussen 2005 en 2013 is het percentage rokers dat door de huisarts naar gedragsmatige ondersteuning is verwezen, gestegen van 4% naar 10%. Het percentage rokers dat het advies kreeg medicatie te gebruiken, is gestegen van 6% naar 9% (zie *figuur 3.9*).

Het percentage rokers dat in het voorgaande jaar een stopadvies heeft gekregen werd gemeten in het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR). Vóór 2013 werd dit uitgevoerd in

Figuur 3.10: Mate waarin mensen die contact hebben met een jeugdarts werkzaam op een consultatiebureau goede ervaringen hebben met de begrijpelijkheid van uitleg, beschikbare tijd en mogelijkheid om vragen te stellen (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



opdracht van STIVORO en in 2013 door het Trimbos-instituut. In dit onderzoek vullen jaarlijks ongeveer 18.000 personen een enquête in over hun rookgewoonten.

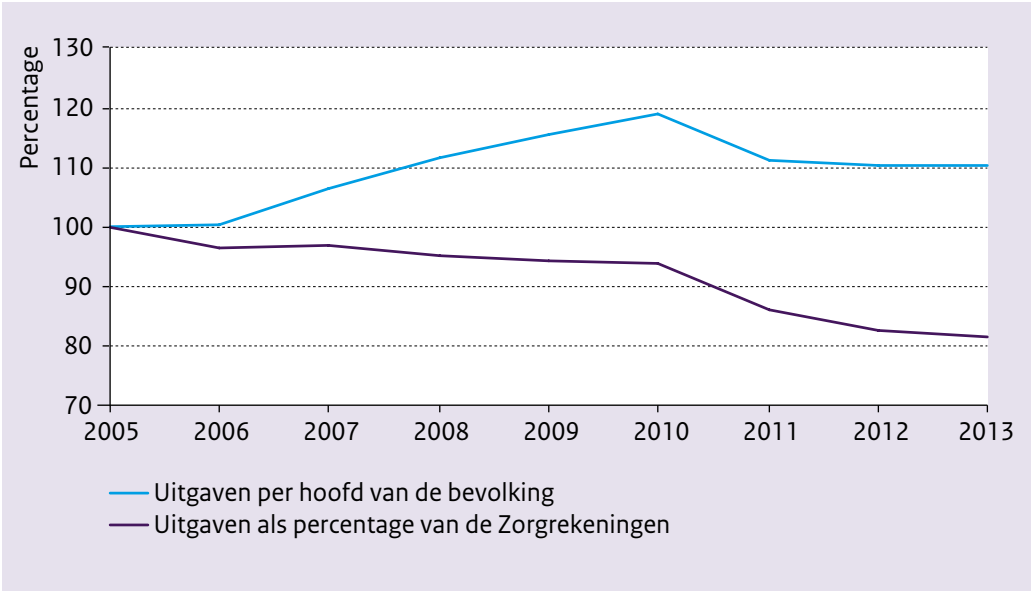
Ervaringen met de jeugdarts van het consultatiebureau zijn redelijk tot goed
Meer dan driekwart van de mensen die contact hebben gehad met een jeugdarts op een consultatiebureau had altijd goede ervaringen met de uitleg, beschikbare tijd en de mogelijkheid van vragen stellen (zie *figuur 3.10*). Ongeveer 20% had hier meestal goede ervaringen mee. Vijf procent van de mensen zegt zelden goede ervaringen te hebben gehad met deze aspecten. Het meest kritische aspect is de beschikbaarheid van tijd van de jeugdarts.

Dit onderzoek naar ervaringen van gebruikers van consultatiebureauzorg (ouders/verzorgers) dateert van 2009. Er zijn geen recentere gegevens beschikbaar. Het onderzoek vond plaats onder ongeveer 1.900 ouders/verzorgers bij 13 consultatiebureaus. Er is niet gevraagd naar ervaringen met de verleende zorg door de verpleegkundige of assistente van het consultatiebureau.

3.3.3 Uitgaven

Het percentage van de zorguitgaven besteed aan preventie is gedaald in de periode 2005-2013
De uitgaven aan preventie per hoofd van de bevolking zijn in de periode 2005-2013 in totaal toegenomen van €138 tot €152. Van 2011 tot en met 2013 waren de uitgaven wel lager dan in 2010 (zie *figuur 3.11*). Als de uitgaven aan preventie gerelateerd worden aan de totale zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen, blijkt dat deze zijn gedaald. In 2005 werd ruim 3,3% besteed aan preventie, in 2012 ongeveer 2,7%. De uitgaven aan preventie groeien dus niet mee

Figuur 3.11: Uitgaven aan preventie [a] (geïndexeerd), 2005-2013. Totaal en als percentage van de Zorgrekeningen [b] (preventie, zorg en welzijn), gecorrigeerd voor inflatie (Bron: CBS Statline, 2014c).



[a] (Jeugd)vaccinatieprogramma's, griepvaccinaties, ouder- en kindzorg, screening voor borstkanker en baarmoederhalskanker, bedrijfsgezondheidszorg, arbozorg en de jaarlijkse tandartscontrole

[b] Hier is niet het Budgettair Kader Zorg genomen, omdat een deel van de preventie-activiteiten daar niet onder valt

met de totale uitgaven aan preventie, zorg en welzijn. Dat is niet conform conclusies van adviezen en onderzoeken om in preventie te investeren om daarmee ziekte te voorkomen of uit te stellen en het welzijn, de productiviteit en participatie van de bevolking te verbeteren (Achterberg et al., 2010; Mackenbach et al., 2011; RIVM, 2013a; diverse adviezen van de Gezondheidsraad). Hierbij moet aangetekend worden dat niet alle vormen van preventie even (bewezen) effectief zijn (Van den Berg et al., 2014).

De daling in het percentage van de uitgaven aan preventie, heeft deels te maken met de stijgende uitgaven binnen de Zorgverzekeringswet en AWBZ. Die uitgaven zijn veel hoger dan de uitgaven aan preventie (zie *hoofdstuk 8*). Uitgaven aan preventie die zijn ingebed in de zorg, zoals opsporing en behandeling van verhoogde bloeddruk of verhoogd serumcholesterolgehalte bij mensen zonder hart- en vaatziekte en leefstijlbegeleiding door huisartsen, zijn hier niet meegenomen in de uitgaven aan preventie.

3.4 Conclusie

Over de toegankelijkheid van preventie zijn in dit hoofdstuk geen indicatoren opgenomen omdat deze (vooralsnog) zeer beperkt voor handen zijn. Toch kunnen we wel iets zeggen over deze toegankelijkheid. Zorgvoorzieningen die preventie leveren, zoals verloskundigenpraktijken, huisartspraktijken en fysiotherapiepraktijken liggen, met uitzondering van enkele kleine regio's, op korte reisafstand van mensen en zijn doorgaans goed toegankelijk (zie *paragraaf 2.3* en *5.3.1*).

Wel kunnen er financiële belemmeringen zijn voor sommige vormen van preventie wanneer er eigen betalingen nodig zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor preventieve mondzorg voor volwassenen en fysiotherapeutische preventie die niet onder de basisverzekering valt. Andere vormen van preventie vallen wel onder de basisverzekering, maar ook onder het verplicht eigen risico. Dit geldt bijvoorbeeld voor begeleiding en medicatie bij stoppen met roken en diagnostiek en behandeling na een positieve uitslag van een screeningsonderzoek. Ook voor de preventie van psychische stoornissen is het beeld divers. Afhankelijk van de verzekeraar, het pakket, de zorgverlener en het type interventie zijn hier eigen betalingen nodig.

De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is internationaal gezien hoog (79,6% in 2012). In het begin van de 21ste eeuw lag de deelname op ongeveer hetzelfde niveau, tussentijds lag het iets hoger. Het deelnamepercentage van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker ligt op een beduidend lager niveau (64,2% in 2011), maar in vergelijking met andere landen is het nog tamelijk hoog. Het deelnamepercentage is iets gedaald sinds het jaar 2001. Na 2016 zal blijken of het deelnamepercentage bij baarmoederhalskanker zal toenemen wanneer het ook mogelijk wordt dat vrouwen bij zichzelf materiaal afnemen met behulp van een zelfafnameset. Een streefpercentage voor de bevolkingsonderzoeken wordt in Nederland niet gehanteerd, omdat deelname aan preventieve interventies een eigen keuze van mensen is. De overheid vindt het belangrijk dat mensen een goedgeïnformeerde keuze kunnen maken. Een lage deelname resulteert wel in hoge programmakosten per opgespoord geval.

Vrijwel alle pasgeborenen worden vlak na de geboorte gescreend op slechthorendheid en zeldzame ernstige aandoeningen (hielprik). Ook de screening van zwangere vrouwen op infectieziekten en erytrocytenimmunisatie is bijna volledig (>99%). Van alle kinderen die aan één van de zeldzame ernstige aandoeningen lijden waarop wordt gescreend, is 99,1% met de hielprikscreening opgespoord.

De participatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma is ook hoog. Onder 2-jarigen is de vaccinatiegraad voor difterie, kinkhoest, tetanus en polio (DKTP) 95,4% en voor bof, mazelen en rodehond (BMR) 96,0%. Van alle 2-jarige kinderen woont 0,9% in een gemeente met een vaccinatiegraad beneden de norm voor DKTP. 1,5% woont in een gemeente met een vaccinatiegraad beneden de norm voor BMR. Het jaarlijks aantal nieuwe gevallen van meningitis veroorzaakt door meningokokken C is sinds 2002, toen het vaccin daartegen werd opgenomen in het RVP, gedaald tot nog maar enkele gevallen. De daling van het aantal

gevallen van meningitis veroorzaakt door pneumokokken verloopt wat trager. De griepvaccinatiegraad is in 2012 62%. Dit percentage is berekend voor de hele doelgroep, personen met een gezondheidsrisico en personen van 60 jaar en ouder. Dit percentage is hoger dan in andere West-Europese landen.

Ondanks deze positieve cijfers blijven er uitdagingen voor het vaccinatiebeleid. Recente kwesties zijn de tegenvallende opkomstpercentage bij de HPV-vaccinatie van 13-jarige meisjes (voor meisjes geboren in 1997 56%), de bof-epidemie onder studenten sinds 2009, de mazelen-epidemie van mei 2013 tot maart 2014 in regio's waar veel mensen wonen van reformatorische gezindte en de vraag of griepvaccinatie voor ouderen eigenlijk wel zin heeft. De vaccinatiegraad van HPV is in twee jaar tijd gestegen tot 61% (voor meisjes geboren in 1999). De Gezondheidsraad heeft in mei 2014 in een advies over griepvaccinatie bij gezonde 60-plussers gesteld dat er voldoende aanwijzingen zijn dat vaccinatie van ouderen beschermt tegen de complicaties van griep, al is de bewijskracht beperkt (GR, 2014).

In de huisartspraktijk kreeg 21% van de rokers die in 2013 de huisarts bezochten het advies te stoppen met roken. In 2001 was dat nog 18%.

Op basis van de indicatoren in dit hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat de deelname aan screeningsonderzoeken over het algemeen hoog is. De screening van baarmoederhalskanker blijft hierbij wat achter. De vaccinatiegraad bij pasgeborenen en zeer jonge kinderen is hoog, maar voor de HPV-vaccinatie bij 13-jarigen en de griepprik bij ouderen zijn deze beduidend lager. Het bereik van leefstijlinterventies zoals stoppen met roken ligt nog een stuk lager.

Uiteraard belichten de indicatoren in dit hoofdstuk maar een klein deel van de zorggerelateerde preventie. Er zijn veel meer preventieve interventies in de zorg. Een greep daaruit zijn de verschillende taken van de jeugdgezondheidszorg, signalering van kindermishandeling op de SEH, spuitomruil op GGD'en, bevordering van mondgezondheid in de tandartspraktijk, preventie van cardiometabole aandoeningen en psychische stoornissen in de huisartspraktijk, e-health preventie en opsporing van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en door wijkverpleegkundigen. Uit recente rapporten over kwaliteit en effectiviteit van zorggerelateerde preventie blijkt dat voor de meeste vormen van preventie wel algemene informatie beschikbaar is over het aanbod, maar dat over het bereik en de effecten op gezondheid veel minder bekend is. Schattingen over de uitgaven en financiële opbrengsten zijn helemaal schaars (Koopmans et al., 2012; Van den Berg et al., 2013; Hamberg-van Reenen & Meijer, 2014). Voor een overzicht van de wél beschikbare kennis over bereik, effecten en financiële opbrengsten bij een aantal van bovengenoemde voorbeelden verwijzen we naar die rapporten.

4
Acute zorg

Kernbevindingen

- In 2013 woonde 99,6% van de inwoners in Nederland binnen 15 minuten van de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats
- In 2013 kon 99,9% van de inwoners in Nederland overdag binnen 45 minuten met de ambulance een spoedeisende hulp bereiken
- In 2012 woonde 99,5% van de bevolking binnen 30 minuten rijtijd met de auto van de dichtstbijzijnde huisartsenpost
- In 2011 kon 99% van de bevolking overdag binnen 30 minuten bereikt worden door een mobiel medisch team
- Het percentage spoedritten binnen de 15-minutennorm stijgt, maar was in 2012 nog 2 procentpunten verwijderd van de norm van 95%
- Eind 2011 voldeden alle huisartspraktijken aan de veldnorm van 30 seconden voor telefonische spoedoproepen
- Het percentage spoedoproepen bij de huisartsenpost dat binnen de veldnorm van 30 seconden wordt beantwoord, steeg tot 95% in 2012
- Het percentage patiënten dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acuut myocardinfarct is overleden, is gedaald in de periode 2000-2010. In vergelijking met andere westerse landen is de sterfte na een hartinfarct gemiddeld
- De 30-dagensterfte voor beroerte is gedaald tussen 2000 en 2010. In vergelijking met andere westerse landen is de sterfte na een beroerte gemiddeld tot hoog

- De operatie van een patiënt met een heupfractuur vindt meestal tijdig plaats. In de periode 2005-2012 is het percentage patiënten met een heupfractuur dat tijdig wordt geopereerd, gestegen
- De ervaringen van zorggebruikers met communicatie en informatie bij ambulancezorg zijn goed. Op de SEH lijken verbeteringen mogelijk rondom deze kwesties
- De kosten voor acute zorg bedroegen in 2011 ongeveer 3,3 miljard euro. Voor ambulancezorg groeide het budget de laatste jaren minder snel dan voorheen
- De verschillen in consulttarieven tussen huisartsenposten nivelleren

4.1 Achtergrond

Beleving zorgvrager staat centraal bij acute zorg
Onder acute zorg verstaan we 'alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen'. Deze definitie wordt gehanteerd in het Nederlandse Triage Systeem (Drijver & Jochems, 2006) en is oorspronkelijk opgesteld door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF, 2006). Het ministerie van VWS sluit bij deze definitie aan: 'een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling' (VWS, 2008b). De beleving van de zorgvrager staat in deze definities centraal. Een persoon zal bij grote kans op overlijden of irreversibele gezondheidsschade zeker behoefte hebben aan acute zorg. Maar ook bij hevige pijn, ernstig ongemak of ongerustheid kan een persoon dat hebben. Volgens deze definitie kan acute zorg ook bestaan uit alleen een telefonisch advies of een geruststelling.

Bij levensbedreigende situaties speelt tijd een cruciale rol
In de medische wereld is het algemeen geaccepteerd dat spoedige hulpverlening van groot belang is bij levensbedreigende situaties of wanneer onherstelbare gezondheidsschade dreigt. Bij slachtoffers van een ernstig ongeval, zogenaamde trauma- of polytraumapatiënten, is de zorg die in het eerste uur ('the golden hour') na het ongeval wordt verleend vaak bepalend voor het verdere verloop van het genezingsproces. Ook bij een acuut hartinfarct en beroerte is gezondheidsschade te beperken indien zo snel mogelijk de juiste zorg wordt verleend (RVZ, 2003). Een eenduidig verband tussen een verbeterde overlevingskans van patiënten en korte responstijden in de acute zorg is echter niet vastgesteld (RVZ, 2003; Malschaert et al., 2008). Het feit dat gerandomiseerde trials in de acute zorg niet mogelijk zijn, bemoeilijkt het onderzoek naar dit verband.

Onderscheid tussen acute zorg in individuele gevallen en bij grote ongevallen of rampen
Er wordt een onderscheid gemaakt tussen acute zorg in individuele gevallen en in het geval van een groot ongeval of een ramp. In individuele gevallen is er sprake van reguliere acute zorg. De reguliere zorg wordt bij grote ongevallen met meer dan vijf slachtoffers en bij rampen opgeschaald naar de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) die opereert vanuit 25 veiligheidsregio's. De GHOR is gericht op rampenbeheersing, rampenbestrijding en de organisatie tijdens rampen en coördineert de inzet van geneeskundige

diensten tijdens rampen en grote ongevallen. In dit hoofdstuk komt alleen de reguliere acute zorg aan de orde.

Afbakening acute zorg
De afbakening van de acute zorg in dit hoofdstuk gaat uit van de beleidsregels rond de acute zorg zoals beschreven in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Verreweg de meeste mensen die acute zorg nodig hebben, komen in contact met een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis (SEH), een ambulancedienst, een huisarts of een huisartsenpost. Huisartsenposten zijn alleen open in de avond, de nacht en het weekend. Tijdens kantooruren levert de huisarts spoedzorg. Voor zeer ernstige gevallen wordt een traumateam ingezet dat opereert vanuit een traumacentrum. De focus ligt op deze basisdiensten.
Er zijn nog meer sectoren die acute zorg leveren. Acute thuiszorg, acute ggz en acute tandartsenzorg komen niet afzonderlijk aan de orde in deze Zorgbalans. Acute verloskunde wordt behandeld bij geboortezorg.

4.2 Indicatoren voor acute zorg

De acute zorg wordt gemonitord met behulp van 13 indicatoren. Deze zijn uitgesplitst naar toegankelijkheid, kwaliteit en kosten.

Toegankelijkheid
- Percentage mensen dat binnen 15 minuten rijtijd van de dichtstbijzijnde ambulance-standplaats woont
- Percentage mensen dat binnen 45 minuten met de ambulance naar de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst vervoerd kan worden
- Percentage mensen dat met de auto langer dan 30 minuten moet reizen naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost
- Percentage mensen dat overdag binnen 30 minuten bereikt kan worden door een mobiel medisch team

Kwaliteit
- Percentage spoedeisende ambulanceritten dat binnen de norm van 15 minuten ter plaatse is
- Percentage huisartspraktijken dat voldoet aan de veldnorm van 30 seconden voor telefonische spoedoproepen
- Percentage spoedoproepen bij huisartsenposten dat binnen de veldnorm van 30 seconden wordt beantwoord
- Percentage patiënten dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acuut myocardinfarct is overleden
- Percentage patiënten dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een beroerte is overleden
- Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen 24 uur na presentatie is geopereerd
- Mate waarin patiënten goede ervaringen hebben met communicatie en informatie bij de ambulancezorg en op de spoedeisende hulpdienst

Kosten
- Kosten van acute zorg (ambulancezorg, huisartsenposten, spoedeisende hulpdiensten, traumacentra)
- Landelijke verschillen in consulttarieven van huisartsenposten

4.3 Stand van zaken

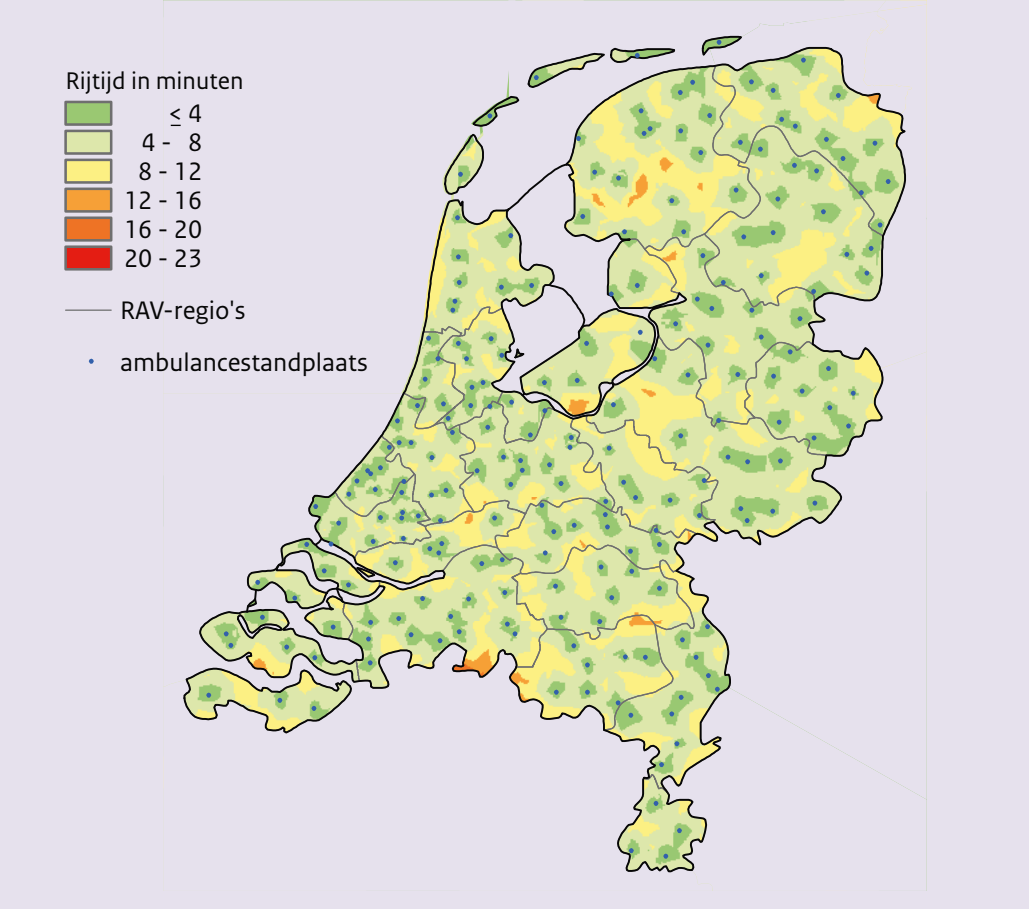
4.3.1 Toegankelijkheid

In 2013 woonde 99,6% van de inwoners in Nederland binnen 15 minuten van de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats
In de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) staat vermeld dat een ambulance bij een spoedeisende inzet (met A1-urgentie) in 97% van de gevallen binnen 15 minuten na melding ter plaatse moet zijn. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is een voldoende spreiding van ambulancestandplaatsen over Nederland. *Figuur 4.1* toont de bereikbaarheidssituatie. Uitgaande van de behaalde snelheden door ambulances in het verleden, woont 99,6% van de Nederlanders binnen 15 minuten rijtijd van de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats. Hierin is 3 minuten meld- en uitruktijd meegerekend. De netto rijtijd is dus 12 minuten. De oranje en rode gebieden in *figuur 4.1* hebben meer dan 12 minuten rijtijd. Het betreft relatief dunbevolkte en grensgebieden waar in totaal 0,4% van de bevolking woont (ongeveer 60.000 mensen). Dit is de situatie overdag. 's Nachts zijn er minder standplaatsen operationeel. In die situatie woont ongeveer 0,5% van de bevolking (89.000 mensen) buiten het 15-minuten bereikgebied van een ambulancestandplaats.

De genoemde percentages en aantallen zijn theoretische berekeningen, gebaseerd op werkelijk behaalde snelheden van ambulances. Dit geeft een indicatie voor de kwaliteit van de spreiding van standplaatsen over Nederland vanuit een toegankelijkheidsperspectief. Deze indicator geeft niet aan wat de werkelijke situaties is voor wat betreft het percentage mensen dat, in geval van spoed, binnen 15 minuten is bereikt. Daarvoor wordt verwezen naar *paragraaf 4.3.2* waar de kwaliteit van de acute zorg wordt beschreven.

In 2013 kon 99,9% van de inwoners in Nederland overdag binnen 45 minuten met de ambulance een spoedeisende hulp bereiken
Een spoedeisende hulpafdeling (SEH) is een gespecialiseerde afdeling van een ziekenhuis die erop gericht is medische en verpleegkundige zorg te verlenen aan ongevalsslachtoffers en aan patiënten met acute aandoeningen (Gijsen et al., 2010a). In ernstige situaties speelt de afstand naar een ziekenhuislocatie met een SEH een belangrijke rol. Beleidsregels stellen dat de spreiding van SEH's zodanig dient te zijn dat iedere Nederlander binnen 45 minuten na melding van een spoedeisende hulpvraag naar een SEH vervoerd kan worden door een ambulance. Dit is een spreidingsnorm, geen prestatienorm. Snelheid is van groot belang maar het is niet de enige maatstaf voor kwaliteit. Vaak zijn patiënten beter af als rustig naar een ziekenhuis wordt gereden en regelmatig worden patiënten naar een iets verder weg gelegen ziekenhuis gebracht dat hen direct de noodzakelijke medisch specialistische hulp kan bieden

Figuur 4.1: Rijtijd vanaf de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats, situatie overdag, 2013 (Bron: Mulder et al., 2013).



(GR, 2011). Ook mag de noodzakelijke stabilisatie van een patiënt op de plaats van ongeval niet ten koste gaan van de snelheid om iemand naar het ziekenhuis te brengen.

Op 1 januari 2013 waren er 94 SEH-afdelingen die 7 dagen per week 24 uur per dag open zijn. Uit een rijtijdenanalyse blijkt dat overdag 99,9% van de inwoners in Nederland binnen de 45 minuten per ambulance een SEH kan bereiken (Zwakhals & Kommer, 2013). Circa 24.000 (0,15%) mensen kunnen niet binnen 45 minuten per ambulance een SEH bereiken. Hierbij is gerekend met 206 ambulancestandplaatsen die 24 uur per dag en 7 dagen per week operationeel zijn.

Tabel 4.1: Bereikbaarheid van SEH's met eigen vervoer; aantal mensen dat meer dan 30 minuten van een SEH vandaan woont, percentage van de bevolking en aantal SEH's, 2005-2013 (Bron: Giesbers & Kommer, 2014).

	2005	2008	2011	2013
Bevolking (aantal)	45.000	49.500	49.500	67.000
Bevolking (percentage)	0,3	0,3	0,3	0,4
Aantal SEH's	106	104	98	94

Overigens wordt slechts 10% van de mensen met een ambulance naar de SEH gebracht. De overige 90% komt met of regelt eigen vervoer (Gijsen et al., 2010a). In 2013 woonde ongeveer 0,4% van de Nederlandse bevolking (67.000) meer dan 30 minuten rijden met de auto verwijderd van een SEH (zie *tabel 4.1*). In de Zorgatlas is te zien dat de bereikbaarheid vooral op de Waddeneilanden en in Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duiveland, Noordoostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen minder goed is. Voor mensen die afhankelijk zijn van openbaar vervoer of taxi zal de totale reistijd, inclusief wachttijd, langer zijn.

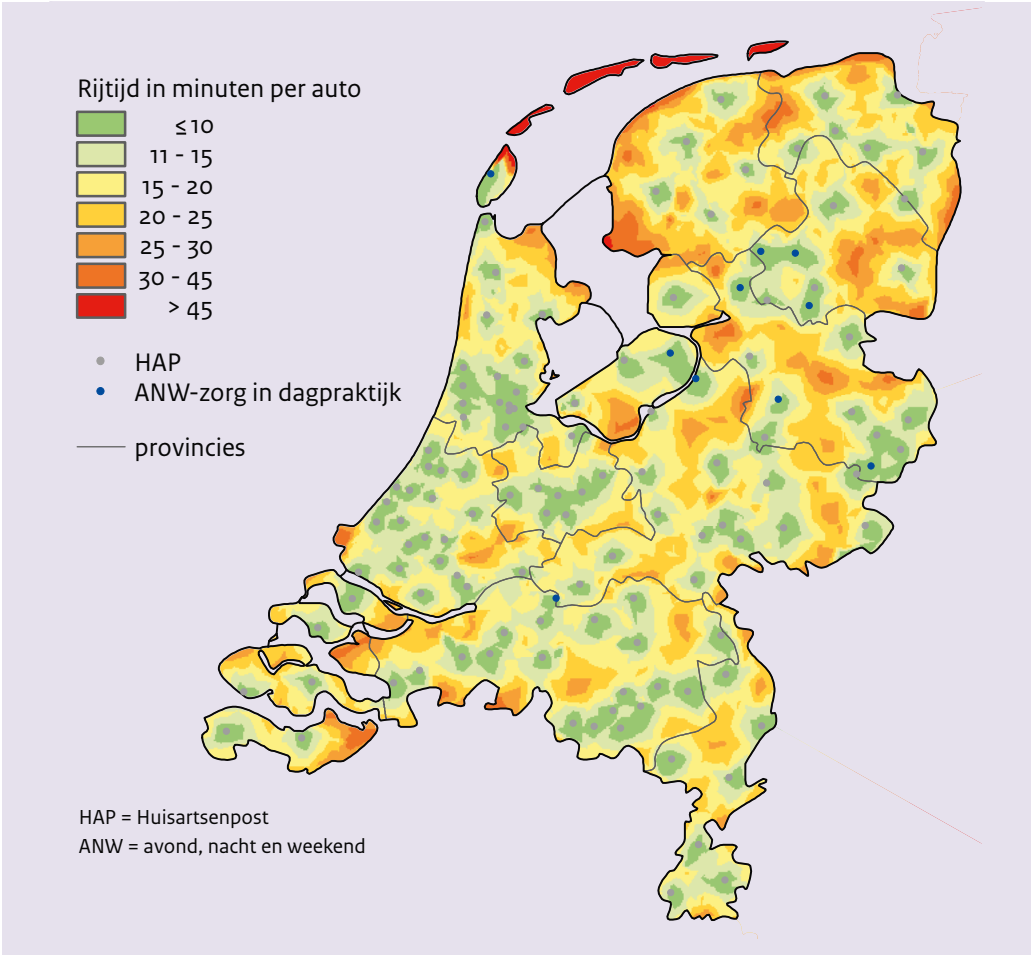
In 2012 woonde 99,5% van de bevolking binnen 30 minuten rijtijd met de auto van de dichtstbijzijnde huisartsenpost

Huisartsenposten zijn er voor acute vragen van patiënten buiten kantooruren en bieden medische zorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag. In 2012 waren er in totaal 128 huisartsenposten. Bijna 70% van alle mensen in Nederland kon met personenvervoer binnen 15 minuten bij een huisartsenpost zijn. Ongeveer 0,5% moet langer dan 30 minuten reizen naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost (Zwakhals, 2013). De langste rijtijden zien we vooral in een aantal gebieden in het noorden van het land (zie *figuur 4.2*). Er zijn enkele samenwerkingsverbanden van huisartsen die de diensten 's avonds, 's nachts en in het weekend vanuit de eigen huisartspraktijk leveren (blauwe stippen in *figuur 4.2*). In dat geval varieert de locatie van de huisartsenpost met de huisarts van dienst. De bereikbaarheid van huisartsenposten is ten opzichte van 2008 stabiel gebleven.

Voor de burger is niet altijd duidelijk naar welke spoedvoorziening men het best kan gaan buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende hulp van een ziekenhuis (SEH). Beide voorzieningen zijn een schakel in de spoedeisende keten en zijn vaak complementair aan elkaar. Daarom worden beide voorzieningen steeds vaker bij elkaar in de buurt gesitueerd. Op een aantal plaatsen in Nederland zijn de huisartsenpost en de SEH zelfs geïntegreerd en wordt gewerkt met één spoedloket. Een mogelijk nadeel van deze clustering van huisartsenpost en SEH is dat de rijtijden naar de huisartsenpost langer worden.

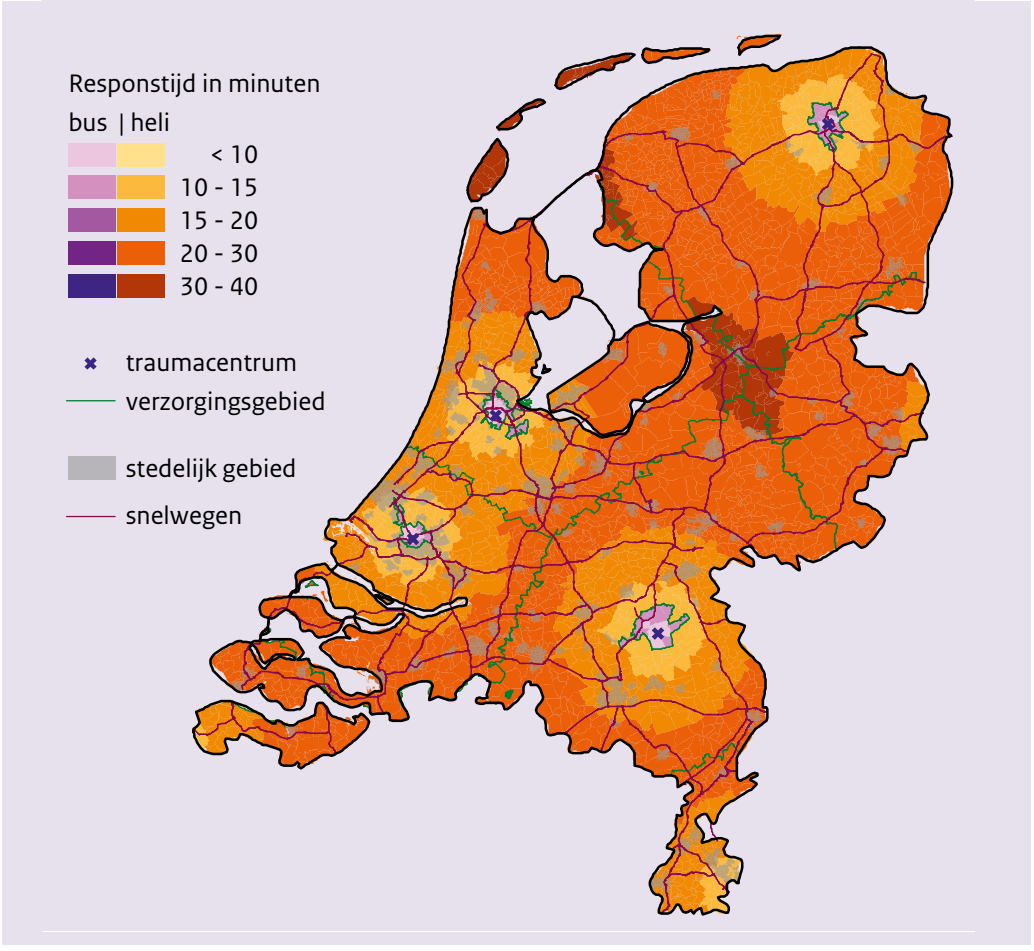
Voor een aantal mensen is de dichtstbijzijnde huisartsenpost niet de post waar men gebruik van kan maken. De patiënt moet namelijk naar de huisartsenpost waarbij de eigen huisarts is aangesloten. Dit speelt bijvoorbeeld in het rivierengebied waar Lek, Waal en Maas de regio's van het verzorgingsgebied doorsnijden waardoor een andere dan de eigen huisartsenpost

Figuur 4.2: Rijtijd naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost met de auto, 2012 (Bron: Zwakhals, 2013).



soms veel sneller bereikbaar is. Er zijn geen recente gegevens beschikbaar over de verzorgingsgebieden van de huisartsenposten waardoor hier niet voor gecorrigeerd kon worden. Ongeveer 98% van alle huisartsen is aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur (HDS). Dit is een overkoepelende organisatie die de administratieve zaken voor een of meer huisartsenposten regelt. Patiënten die een huisarts hebben die niet is aangesloten bij een HDS kunnen niet terecht bij een huisartsenpost. De betreffende huisartsen organiseren zelf de diensten buiten kantooruren.

Figuur 4.3: Responstijd vanuit de locaties van parate Mobiele Medische Teams met een MMT-voertuig en helikopter, inclusief 3 buitenlandse helikopterlocaties, 2011 (Bron: Giesbers & Kommer, 2012).



In 2011 kon 99% van de bevolking overdag binnen 30 minuten bereikt worden door een mobiel medisch team

Een mobiel medische team (MMT) verleent medisch-specialistische hulp ter plaatse van een incident in aanvulling op ambulancezorg. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een groot en gecompliceerd ongeval met meerdere en zwaargewonde patiënten. Het MMT bestaat uit een arts (anesthesioloog of traumachirurg), een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Voor het vervoer wordt gebruik gemaakt van een speciaal ingericht MMT-voertuig of een traumahelikopter. Het MMT-voertuig en de helikopter hebben geen vervoersfunctie. Daarvoor wordt de ambulance gebruikt. Slechts bij hoge uitzondering is het mogelijk de helikopter hiervoor te gebruiken.

In *figuur 4.3* is het bereik van de reguliere 24/7 MMT-zorg in beeld gebracht. Bij de reguliere MMT-zorg staan vier traumahelikopters paraat: in Nijmegen (vliegbasis Volkel), Rotterdam (Vliegveld Rotterdam), Amsterdam (VUmc) en Groningen (UMCG heliplatform). Op deze locaties staan ook MMT-voertuigen paraat. In *figuur 4.3* wordt tevens rekening gehouden met grensoverschrijdende assistentie door drie buitenlandse helikopters. Daardoor zijn Zuid-Limburg, Zeeuws-Vlaanderen en Twente binnen 30 minuten bereikbaar. Er blijven nog drie gebieden over met meer dan 30 minuten responstijd: de westelijke strook van Friesland, de drie westelijke Waddeneilanden en het gebied rond Zwolle. In deze 'reguliere' situatie kan 99% van de bevolking binnen 30 minuten bereikt worden. Zonder assistentie uit het buitenland kan 91% van de bevolking binnen 30 minuten bereikt worden.

In sommige gevallen mag het MMT niet met de helikopter vliegen. Bijvoorbeeld als het weer erg slecht is, bij dichte mist of bij storm. Het zal bijna nooit voorkomen dat dit voor alle vier de helikopters tegelijk het geval is. Wanneer dit toch het geval is, is met de vier parate MMT-voertuigen overdag 85% van de Nederlandse bevolking binnen een uur te bereiken.

4.3.2 Kwaliteit

Het percentage spoedritten binnen de 15-minutennorm stijgt, maar was in 2012 nog 2 procentpunten verwijderd van de norm van 95%
In 2012 zijn er in Nederland ongeveer 501.000 ambulance spoedritten (A1-inzetten) uitgevoerd (AZN, 2013). Bij een A1-inzet is mogelijk sprake van een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt (Gijsen et al., 2012). Binnen de ambulancezorg geldt een wettelijke verplichting dat 95% van de A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn (St-AB, 2012). Bijna 93% van deze spoedritten voldeed aan deze 15-minutennorm. Hiermee is de sector ruim 2 procentpunten verwijderd van de norm. In 2007 was dat nog 4 procentpunten (zie *tabel 4.2*).

Overschrijdingen ontstaan door een combinatie van factoren zoals onvoldoende beschikbaarheid van ambulances, onvoldoende spreiding van standplaatsen en overmacht zoals slecht weer, verkeerscongestie of een uitzonderlijk grote vraag naar ambulancezorg op een bepaald moment.

Tabel 4.2: Percentage spoedritten van ambulances binnen de 15-minutennorm, 2006-2012 (Bron: AZN, 2009; AZN, 2013).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Percentage spoedritten binnen de norm	91,3	90,9	92,1	92,0	92,3	93,3	92,9
Procentpunten verwijderd van de norm	3,7	4,1	2,9	3,0	2,7	1,7	2,1

Voor de 15-minutennorm bestaat geen wetenschappelijke onderbouwing. Evenmin kan er een eenduidig verband tussen responstijd en overlevingskansen van patiënten worden aangetoond. Uit een systematisch onderzoek van buitenlandse literatuur naar de relatie tussen responstijd en overleving (Malschaert et al., 2008) bleek dat in de meeste afzonderlijke studies wel een associatie kon worden vastgesteld maar dat in sommige (kwalitatief goede) studies geen associatie werd gevonden. Malschaert en collega's stellen dat responstijd slechts één van de factoren voor overleving is en dat ook naar andere factoren, zoals kwaliteit van de geleverde zorg, onderzoek verricht zou moeten worden. Als uitkomsten zouden dan sterfte, pijn, kwaliteit van leven en lichamelijk functioneren gemeten moeten worden. In de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) is een eis tot het meten en verzamelen van dergelijke maten opgenomen. Daartoe zijn inmiddels ook initiatieven gestart. Dergelijke uitkomstindicatoren zullen in een jaarlijkse benchmark ambulancezorg worden gepubliceerd.

In westerse landen worden verschillende normen voor de responstijd gehanteerd, variërend van negen tot twintig minuten. Sommige landen hanteren geen norm.

Eind 2011 voldeden alle huisartspraktijken aan de veldnorm van 30 seconden voor telefonische spoedoproepen

Uit een onderzoek naar de telefonische bereikbaarheid van huisartspraktijken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) samen met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) uit 2008 (IGZ & NPCF, 2008) bleek dat 25% van de spoedoproepen niet werd beantwoord en 63% niet binnen 30 seconden door een persoon werd beantwoord. Naar aanleiding van deze alarmerende resultaten heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) normen vastgesteld voor de telefonische bereikbaarheid van huisartspraktijken. Voor telefonische spoedoproepen moeten huisartspraktijken een aparte spoedvoorziening hebben en de spoedoproep moet binnen 30 seconden beantwoord worden door een medisch deskundige.

Uit vervolgonderzoek van de IGZ uit 2010 (onder 4.378 huisartspraktijken) bleek dat 30% van de praktijken nog altijd niet voldeed aan de norm van 30 seconden voor telefonische spoedoproepen. In november 2011 voldeden nog 42 praktijken niet aan de norm. Eind 2011 bleek bij een laatste onderzoek dat ook deze huisartspraktijken inmiddels voldeden aan de veldnorm voor telefonische bereikbaarheid (IGZ, 2012b).

Het percentage spoedoproepen bij de huisartsenpost dat binnen de veldnorm van 30 seconden wordt beantwoord, steeg tot 95% in 2012

Tijdens kantooruren kunnen patiënten voor spoedvragen terecht bij de eigen of plaatsvervangende huisarts. Buiten kantooruren bieden huisartsenposten medische zorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag. Contact met de huisartsenpost begint meestal per telefoon. Na telefonische triage door een doktersassistente gaat een huisarts na of de zorgvraag juist is beoordeeld en of de juiste zorg is geboden. Wanneer een telefonisch advies niet volstaat, komt de patiënt langs op de huisartsenpost of zal een huisarts visite afleggen (Gijsen et al., 2010b)

Figuur 4.4: Percentage spoedoproepen op de huisartsenpost dat binnen 30 seconden wordt beantwoord, 2009-2012 (Bron: VHN, 2010-2013).



Van belang is dat telefonische spoedoproepen bij de huisartsenpost zo snel mogelijk worden beantwoord. In 2012 was de gemiddelde wachttijd voor een spoedoproep 14 seconden. In 2009 was dat nog 19 seconden (zie *figuur 4.4*). Het percentage spoedoproepen dat binnen 30 seconden werd beantwoord steeg in deze periode van 89% naar 95%. Daarmee is een duidelijk stijgende lijn te onderkennen.

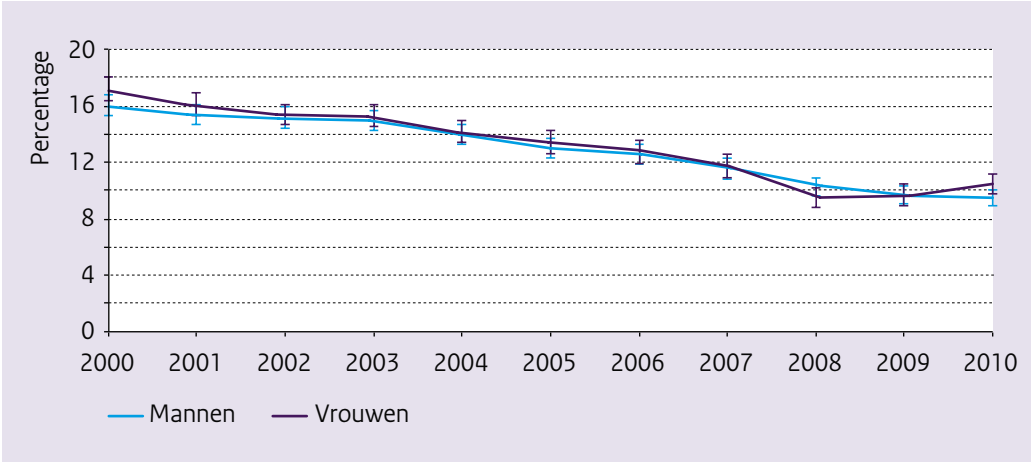
Het percentage patiënten dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acuut myocardinfarct is overleden, is gedaald in de periode 2000-2010. In vergelijking met andere westerse landen is de sterfte na een hartinfarct gemiddeld

Van de patiënten van 45 jaar en ouder die werden opgenomen in het ziekenhuis voor een acuut myocardinfarct (AMI) in 2010, overleed 9,8% (zowel binnen als buiten het ziekenhuis). De ziekenhuissterfte binnen 30 dagen was 6,8%.

Trend

In de periode 2000-2010 daalde in Nederland de totale sterfte (binnen of buiten het ziekenhuis) binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een AMI (zie *figuur 4.5*). Voor mannen bedroeg de daling over deze periode 43%, voor vrouwen 46% (totaal 44%). Bij vrouwen was er in de laatste twee jaren van meting (2009 en 2010) een toename ten opzichte van het voorgaande jaar. Niet alleen in Nederland daalde de ziekenhuissterfte in de periode 2000-2010, ook andere westerse landen laten een daling zien (OECD, 2013a).

Figuur 4.5: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een acuut myocardinfarct binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder opgenomen in een ziekenhuis vanwege een acuut myocardinfarct. Per meetpunt is een 95% betrouwbaarheidsinterval weergegeven (Bron: door CBS beschikbaar gestelde bestanden met gegevens uit de LMR, gekoppeld met gegevens uit GBA; databewerking OECD en RIVM).

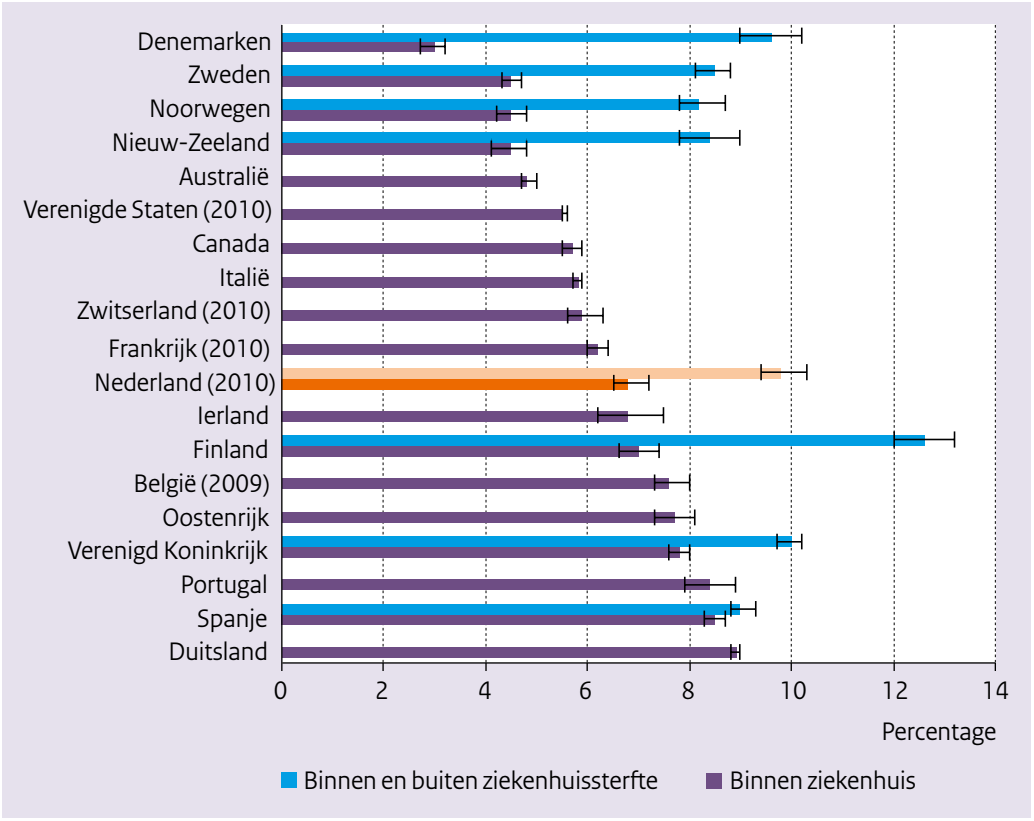


In de behandeling van AMI hebben veel veranderingen plaatsgevonden de afgelopen decennia die mogelijk hebben bijgedragen aan een daling van de sterfte na opname voor een AMI. Men kan hierbij denken aan:

- In de acute fase is de toepassing van reperfusie toegenomen. Door trombolyse of PCI tracht men de bloedstroom in de coronairarteriën weer te herstellen
- Terwijl rond het jaar 2000 trombolyse en PCI ongeveer even vaak werden toegepast, heeft daarna PCI de voorkeur gekregen boven trombolyse (Nauta et al., 2011a)
- De diagnostiek wordt sneller uitgevoerd, al tijdens de ambulancerit. De behandeling in de ambulance is ook verbeterd
- Meer ziekenhuizen hebben een gespecialiseerde Eerste Hart Hulp en Coronary Care Unit (hartbewaking) gekregen
- De medicamenteuze behandeling is veranderd. Veel patiënten krijgen tegenwoordig een cholesterolverlager (statine), acetylsalicylzuur (aspirine) en één of meer bloeddrukverlagende middelen (Kotseva et al., 2009)

Mogelijk hebben ook primaire en/of secundaire preventie bij personen met een verhoogd risico op een hartinfarct aan de daling van de sterfte na een AMI bijgedragen. Dit geldt zowel voor mensen zonder als met een hartaandoening in de voorgeschiedenis. Mogelijk hebben ook opsporing en behandeling van verhoogde bloeddruk of verhoogd cholesterolgehalte bij mensen met een verhoogd risico op een hartinfarct bijgedragen aan de daling van de sterfte na een AMI. Door adequate behandeling van die risicofactoren kan de gemiddelde grootte van

Figuur 4.6: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een acuut myocardinfarct binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder opgenomen in een ziekenhuis vanwege een acuut myocardinfarct. Per land is een 95% betrouwbaarheidsinterval weergegeven. Gegevens over 2011, tenzij anders vermeld (Bron: OECD, 2013a).



het infarct namelijk afnemen. Ook heeft mee kunnen spelen dat men milde hartincidenten met een relatief goede prognose vaker is gaan classificeren als hartinfarct. Daardoor kan het lijken alsof de sterfte van een 'gemiddeld' hartinfarct is gedaald. Welke veranderingen in welke mate hebben bijgedragen, is niet bekend.

Internationaal

De ziekenhuissterfte na een opname voor een AMI in Nederland ligt in het midden van de reeks sterftecijfers van westerse landen (zie *figuur 4.6*). In de Scandinavische landen Denemarken, Noorwegen en Zweden en in Nieuw-Zeeland en Australië is de sterfte beduidend lager dan in Nederland: 3 à 5% versus 6,8%. Voor Nederland zijn de gegevens over 2010 gepresenteerd, voor de meeste andere landen is dat 2011. Enkele landen waren in staat de

totale sterfte na opname vanwege een AMI te berekenen, dus inclusief de sterfte na ontslag uit het ziekenhuis. Dit is een betere maat dan ziekenhuissterfte omdat deze minder afhankelijk is van ligduur in het ziekenhuis. De sterfte in Nederland is vergelijkbaar met die in het Verenigd Koninkrijk en Denemarken. Finland heeft een significant hogere sterfte (zie *figuur 4.6*).
In vergelijking met andere westerse landen is de ziekenhuissterfte voor AMI in Nederland dus gemiddeld. Dit zou kunnen betekenen dat de kwaliteit van de zorg in de acute fase voor patiënten met AMI in Nederland nog beter kan. Opmerkelijk is echter dat de totale sterfte aan coronaire hartziekten en AMI in Nederland internationaal gezien laag is (Eurostat, 2014; WHO HFA, 2014). Dat lijkt niet te duiden op een slechte kwaliteit van preventie en zorg bij coronaire hartziekten.

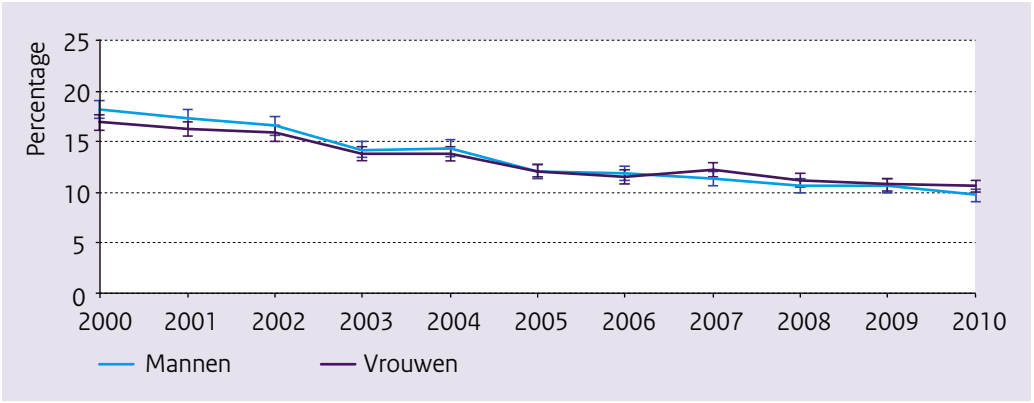
Opvallend in *figuur 4.6* is dat (met uitzondering van Denemarken) de best scorende landen dunbevolkt zijn. Mogelijk overlijdt een groter deel van de ernstige AMI-patiënten in deze landen vóórdat ze überhaupt het ziekenhuis hebben kunnen bereiken. Andere verklaringen voor verschillen in sterfte tussen landen zouden kunnen liggen aan verschillen in kenmerken van de patiëntpopulaties. Zo kunnen er verschillen zijn in de plaats en grootte van het hartinfarct, de aanwezigheid van comorbiditeit en de aanwezigheid van factoren die het beloop kunnen beïnvloeden. Dit kan te maken hebben met verschillen in risicoprofiel van de patiëntenpopulatie en met verschillen in indicatie om een patiënt op te nemen. Om binnen Nederland meer kennis op te doen over de wijze waarop de zorg voor patiënten met een AMI verbeterd kan worden, is een nationale registratie van hartaandoeningen zeer gewenst. In Zweden en het Verenigd Koninkrijk bestaat al een dergelijke registratie.

De 30-dagensterfte voor beroerte is gedaald tussen 2000 en 2010. In vergelijking met andere westerse landen is de sterfte na een beroerte gemiddeld tot hoog
Van de patiënten van 45 jaar en ouder die werden opgenomen in het ziekenhuis vanwege een herseninfarct in 2010 overleed 10,3% binnen 30 dagen. Deze patiënten zijn binnen het ziekenhuis overleden of buiten het ziekenhuis (bijvoorbeeld thuis of in een verpleeghuis). De sterfte binnen 30 dagen na opname voor een hersenbloeding is veel hoger: 31,7%. De ziekenhuissterfte binnen 30 dagen na een opname ligt voor beide aandoeningen logischerwijs wat lager (zie *tabel 4.3*).

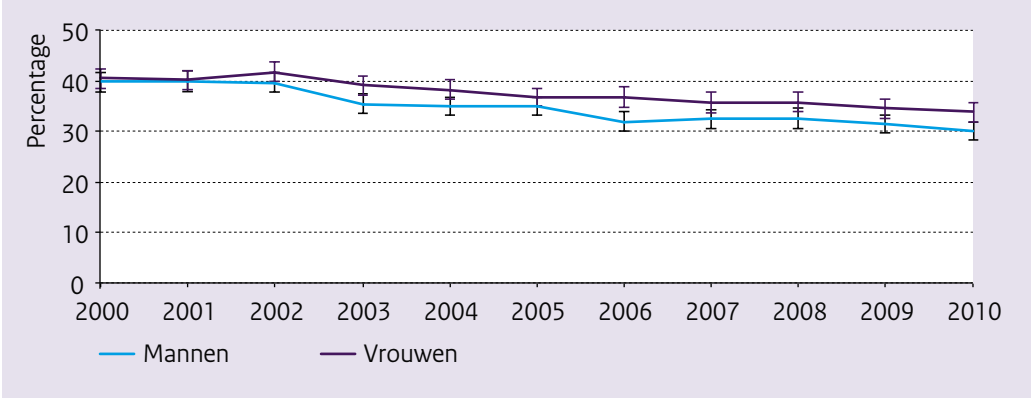
Tabel 4.3: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een beroerte binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), 2010, gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder (Bron: door CBS beschikbaar gestelde bestanden met gegevens uit de LMR, gekoppeld met gegevens uit de GBA; databewerking RIVM).

		Mannen	Vrouwen	Totaal
Totale sterfte binnen 30 dagen	Herseninfarct	7,9	10,6	10,3
	Hersenbloeding	30,0	33,7	31,7
Ziekenhuissterfte binnen 30 dagen	Herseninfarct	7,1	7,7	7,5
	Hersenbloeding	24,4	27,2	25,9

Figuur 4.7a: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een herseninfarct binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), 2000-2010, gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder (Bron: door CBS beschikbaar gestelde bestanden met gegevens uit de LMR, gekoppeld met gegevens uit de GBA; databewerking RIVM).



Figuur 4.7b: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een hersenbloeding binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), 2000-2010, gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder (Bron: door CBS beschikbaar gestelde bestanden met gegevens uit de LMR, gekoppeld met gegevens uit de GBA; databewerking RIVM).



Trend

In de periode 2000-2010 daalde in Nederland voor zowel herseninfarct als hersenbloeding de totale sterfte (binnen of buiten het ziekenhuis) binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname (zie *figuur 4.7a en 4.7b*)). Bij herseninfarct bedroeg de daling over deze periode voor mannen en vrouwen respectievelijk 48,5 en 40,1%, bij hersenbloeding respectievelijk 25,8 en 18,2%.

Er is veel veranderd in de zorg bij beroerte. Opvallende ontwikkelingen waren (Lackland et al., 2014):

- Het op grote schaal inrichten van stroke-units in ziekenhuizen en het organiseren van stroke-services
- De diagnostiek van beroerte is verbeterd door snelle inzet van beeldvormende apparatuur
- De behandeling is intensiever geworden, met snelle toediening van een trombolyticum (althans, bij een deel van de patiënten met een herseninfarct), aspirine (ook alleen bij patiënten met een herseninfarct) en bloeddrukverlagende middelen
- Aandacht voor preventie van complicaties (zoals longontsteking, urineweginfectie, diepe veneuze trombose, AMI, hartfalen, maagklachten, heupfracturen) en snelle revalidatie

Deze ontwikkelingen hebben mogelijk bijgedragen aan de daling van de sterfte na een herseninfarct en hersenbloeding in de 21ste eeuw. Ook primaire en/of secundaire preventie in onder andere de huisartspraktijk hebben mogelijk bijgedragen aan een daling van de sterfte. Door de aanpak van risicofactoren zoals hoge bloeddruk, overgewicht, verhoogd cholesterolgehalte, atriumfibrilleren en diabetes mellitus is de ernst van de beroerte mogelijk gedaald en daarmee ook de sterftekans na het optreden van een beroerte (Gulliford et al., 2010; Lee et al., 2011f). Een daling van de sterfte kan echter ook het gevolg zijn van veranderingen in de classificatie van beroerte. Door toenemend gebruik van MRI worden gevallen die vroeger bijvoorbeeld als TIA zouden zijn geclassificeerd, tegenwoordig als lichte beroerte geclassificeerd (Bejot et al., 2010). Het aandeel patiënten met een lichte beroerte in de patiëntenpopulatie wordt daarmee groter.

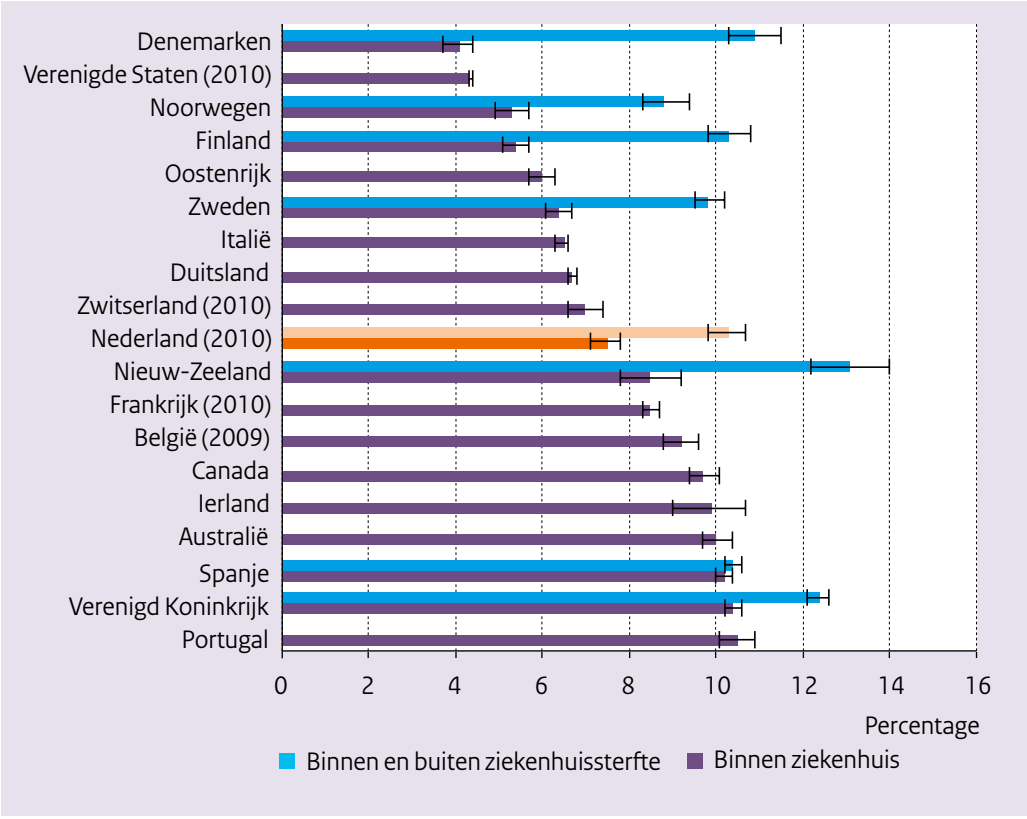
Internationaal

Vergeleken met andere westerse landen bevindt Nederland zich in de middenmoot voor de indicator ziekenhuissterfte na een opname vanwege een herseninfarct: 7,5% (zie *figuur 4.8a*). In onder andere Denemarken, de Verenigde Staten en Noorwegen ligt de sterfte enkele procenten lager. Voor hersenbloeding lijkt de situatie in Nederland nog wat ongunstiger. De Scandinavische landen, maar ook Oostenrijk, Zwitserland en Duitsland hebben lagere sterftecijfers. In Finland is de sterfte het laagste: 13,1% (zie *figuur 4.8b*).

Enkele landen waren in staat de totale sterfte na opname vanwege een herseninfarct- of bloeding te berekenen. Hierin is niet alleen de ziekenhuissterfte, maar ook de sterfte na ontslag uit het ziekenhuis meegerekend. Dit is een betere maat dan ziekenhuissterfte omdat deze minder afhankelijk is van ligduur in het ziekenhuis. Bij herseninfarct is de sterfte in Nederland ongeveer even hoog als in Zweden, Finland en Spanje. In Noorwegen is de totale sterfte lager (zie *figuur 4.8a*). Bij hersenbloeding is de totale sterfte in Nederland hoog in vergelijking met landen als Zweden, Noorwegen, Finland en Spanje (zie *figuur 4.8b*).

Uit de internationale vergelijking blijkt dat de 30-dagensterfte in Nederland gemiddeld tot hoog is. Evenals voor AMI geldt dat verschillen in sterfte tussen landen het gevolg kunnen zijn van verschillen in kwaliteit van de zorg bij een beroerte. Het is echter ook niet uitgesloten dat verschillen in kenmerken van de patiëntpopulaties en verschillen in registratie, definities en gebruik van classificatiesystemen enige invloed hebben op de sterfteverschillen.

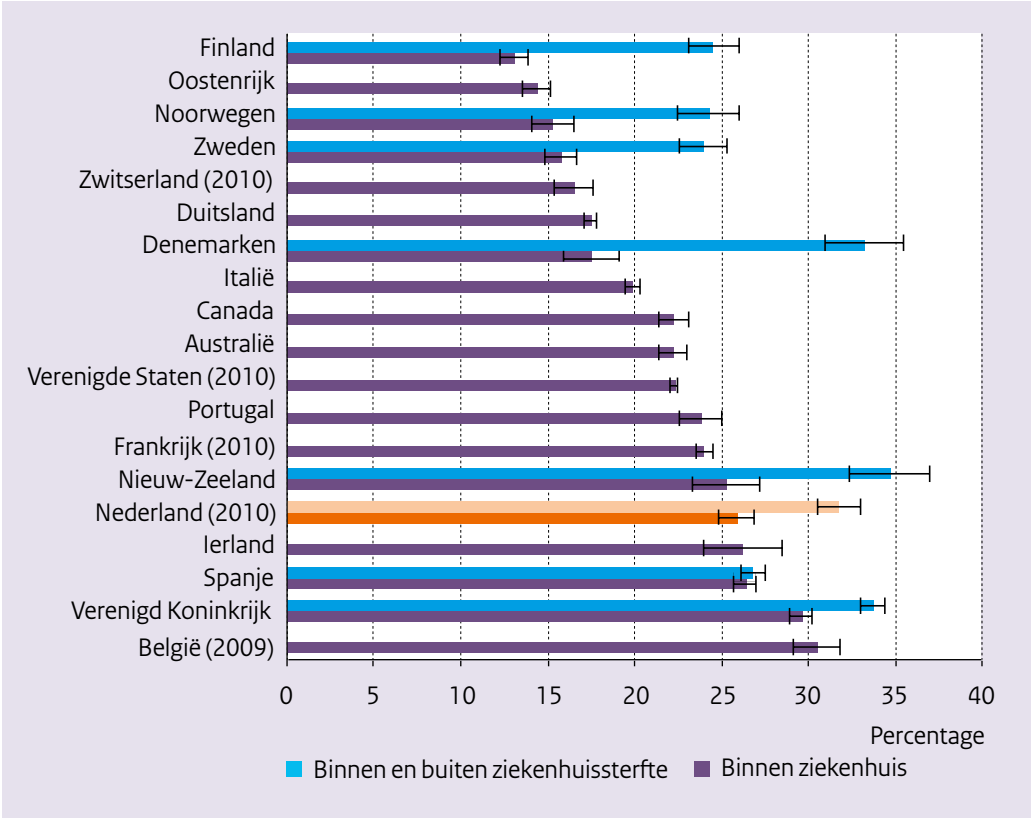
Figuur 4.8a: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een herseninfarct binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder opgenomen in een ziekenhuis vanwege een herseninfarct. Per land is een 95% betrouwbaarheidsinterval weergegeven. Gegevens over 2011, tenzij anders vermeld (Bron: OECD, 2013a).



Evenals bij hartinfarct laat de verhouding tussen de ziekenhuissterfte en totale 30-dagensterfte flinke verschillen zien tussen landen. In Spanje en het Verenigd Koninkrijk is de sterfte in het ziekenhuis relatief hoog ten opzichte van de totale sterfte, in Denemarken is deze relatief laag. Deze verschillen zouden te maken kunnen hebben met variaties in ligduur.

Landen met betere uitkomsten voor herseninfarct blijken over het algemeen ook betere uitkomsten voor hersenbloeding te hebben. Dat duidt erop dat ontwikkelingen die van invloed zijn op de ene vorm van beroerte, deels ook van invloed zijn op de andere vorm van beroerte.

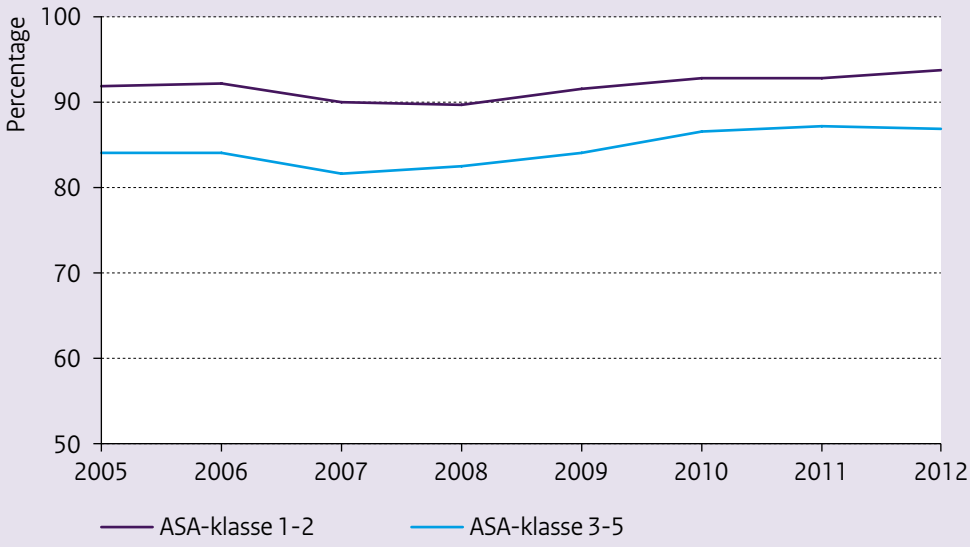
Figuur 4.8b: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een hersenbloeding, binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder opgenomen in een ziekenhuis vanwege een hersenbloeding. Per land is een 95% betrouwbaarheidsinterval weergegeven. Gegevens over 2011, tenzij anders vermeld (Bron: OECD, 2013a).



De operatie van een patiënt met een heupfractuur vindt meestal tijdig plaats. In de periode 2005-2012 is het percentage patiënten met een heupfractuur dat tijdig wordt geopereerd, gestegen

De tijd die verstrijkt tussen het moment van opname in het ziekenhuis en het moment van operatie van de heupfractuur is van invloed op de uitkomst van de behandeling. Als die tijd langer is dan 24 uur, is de kans op sterfte verhoogd. Dit geldt ook voor de kans op het optreden van complicaties. Het wachten op een operatie gaat vaak gepaard met pijn en ongemak. Er is wel verschil in behandelplan tussen patiënten in goede of redelijk goede conditie en patiënten in slechte conditie. Daarom wordt voor deze indicator een onderscheid gemaakt tussen deze patiëntengroepen. Dat wordt gedaan door patiënten die een operatie ondergaan in een zogenaamde ASA-klasse in te delen. De ASA-klasse drukt de ernst van het ziek-zijn en het

Figuur 4.9: Trend in percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag na presentatie is geopereerd, naar ASA-klasse, 2005-2012; mediane waarde van alle ziekenhuizen (Bron: IGZ, 2007-2014).



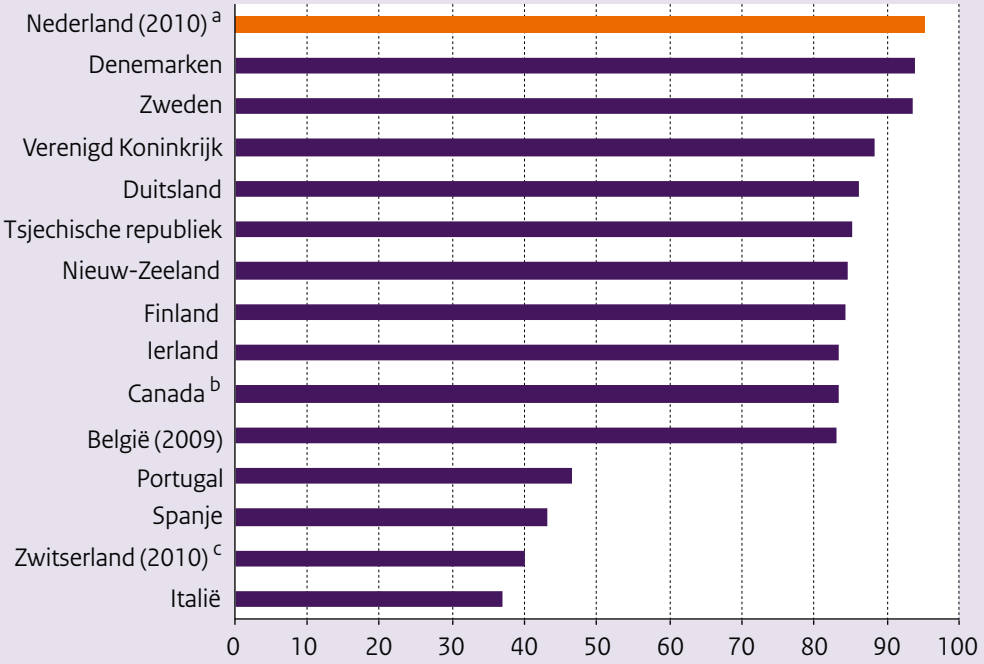
anesthesierisico uit en loopt van 1 (verder volledig gezond) tot en met 5 (stervend). Er worden twee groepen onderscheiden: patiënten met ASA-klasse 1 of 2 en patiënten met ASA-klasse 3, 4 of 5. Wanneer patiënten met een heupfractuur in een hogere ASA-klasse worden ingedeeld (3 of hoger) kan dat een reden zijn om niet direct te opereren. De ASA-klasse is overigens wel een hele grove maat, waarbij het onderscheid tussen ASA-klasse 2 en ASA-klasse 3 niet heel scherp is.

In de periode 2005-2012 is het percentage patiënten dat binnen één kalenderdag aan een heupfractuur werd geopereerd, licht gestegen van 91,9 naar 93,8% voor ASA-klasse 1-2 en van 84,1 naar 87,0% voor ASA-klasse 3-5. Voor beide groepen was er in de periode 2006-2008 wel sprake van een daling. Daarna werd pas een stijging ingezet (zie *figuur 4.9*).

Een nadere analyse leert dat er duidelijk verschillen zijn tussen ziekenhuizen: er zijn ziekenhuizen waarbij 100% van de heupfracturen binnen een kalenderdag geopereerd wordt. Er zijn echter ook ziekenhuizen die minder dan 80% halen.

Internationaal
Vergeleken met andere westerse landen is het percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen 48 uur wordt geopereerd, hoog (zie *figuur 4.10*). Ook Zweden en Denemarken

Figuur 4.10: Gemiddeld percentage patiënten van 65 jaar en ouder dat binnen 48 uur na ziekenhuisopname voor heupfractuur, een heupoperatie had ondergaan. Gegevens over 2011 tenzij anders vermeld. Ongestandaardiseerde percentages (Bron: OECD, 2013a).



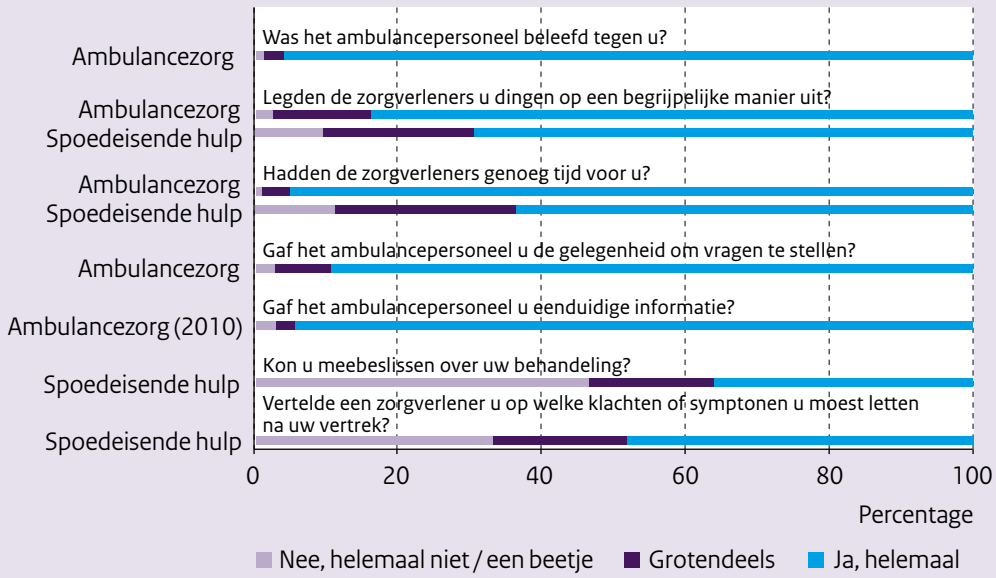
[a] Operatie binnen twee kalenderdagen
[b] Operatie binnen exact 48 uur
[c] Niet op basis van ziekenhuisregistraties maar op basis van een survey

rapporteren percentages die boven de 90% uitkomen. De wijze waarop dit percentage wordt berekend, verschilt waarschijnlijk tussen landen. Onder andere verschilt de operationalisatie van de tijdsduur: exact 24 uur, één kalenderdag, twee kalenderdagen.

De ervaringen van zorggebruikers met communicatie en informatie bij ambulancezorg zijn goed. Op de SEH lijken verbeteringen mogelijk rondom deze kwesties

In *figuur 4.11* zijn de ervaringen van zorggebruikers over communicatie en informatie weergegeven bij ambulancezorg en op de spoedeisende hulp (SEH). Vooral de ambulancezorg scoort hoog. De overgrote meerderheid van de zorggebruikers is positief over communicatie en informatie in deze sector.

Figuur 4.11: Mate waarin patiënten goede ervaringen hebben met communicatie en informatie bij ambulancezorg en op de SEH. Gegevens over 2013 tenzij anders vermeld (Bronnen: Krol et al., 2013; Bos & van Stel, 2013).



Op de SEH zien we dat er meer zorggebruikers zijn die één of meer negatieve ervaringen rapporteren. Er is zowel bij de ambulancezorg als op de SEH gevraagd naar ervaringen rondom voldoende tijd en begrijpelijke uitleg. Op de SEH lijken negatieve ervaringen rondom deze kwesties vaker voor te komen dan bij de ambulancezorg. Of de SEH op dit punt werkelijk minder goed presteert, blijft de vraag. Het is ook mogelijk dat de begrijpelijkheid van uitleg op een SEH een hele andere rol speelt waardoor zorggebruikers daar kritischer naar kijken dan bij ambulancezorg. Voldoende tijd is op een SEH wellicht lastiger te realiseren omdat zorggebruikers daar te maken hebben met wachttijden.

Op de SEH lijkt verbetering mogelijk rondom de mogelijkheid voor mensen om mee te beslissen over de behandeling en rondom ontslaginformatie. Wat betreft meebeslissen over de behandeling speelt wederom de vraag in hoeverre dat altijd te realiseren is op de SEH. Het gaat immers vaak om zorg die snel moet worden verleend en tot doel heeft acute problemen zo snel mogelijk op te lossen danwel beheersbaar te houden. Dit laatste in afwachting van nadere behandeling waarbij de uiteindelijke beslissingen worden genomen. De observatie dat zorggebruikers vaak aangeven niet te zijn geïnformeerd over symptomen en klachten waar ze op moeten letten nu hun vertrek lijkt minder makkelijk te relativeren. Ook als een zorggebruiker nergens meer op hoeft te letten na ontslag zou het waarschijnlijk nuttig zijn om dat expliciet mee te geven. Kennelijk gebeurt dat niet of ervaren zorggebruikers dat niet zo.

4.3.3 Uitgaven

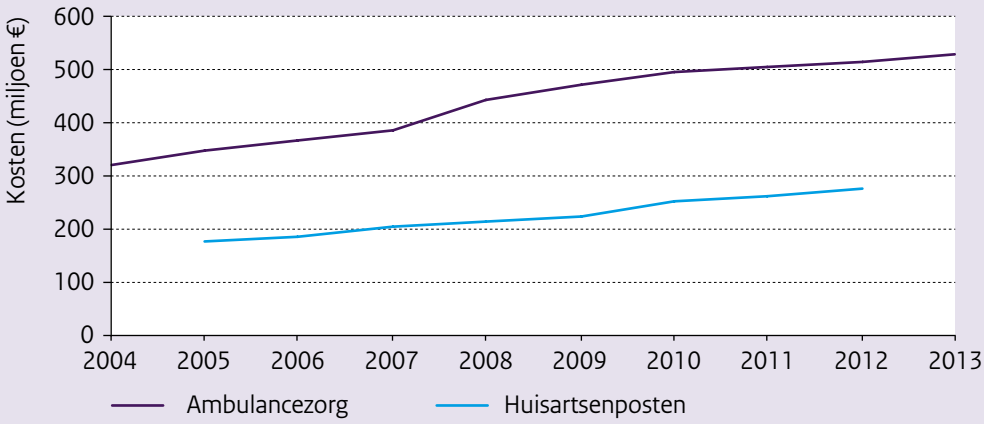
De kosten voor acute zorg bedroegen in 2011 ongeveer 3,3 miljard euro. Voor ambulancezorg groeide het budget de laatste jaren minder snel dan voorheen
In 2013 was het budget voor ambulancediensten 446 miljoen en 50 miljoen voor de meldkamers. Daarnaast stelde het ministerie van VWS nog ongeveer 35 miljoen ter beschikking in het kader van de regeling voor het functioneel leeftijdsontslag: de FLO-regeling (NZa, 2014a). In totaal kwamen de budgetvergoedingen voor ambulancezorg uit op 531 miljoen euro. Aan huisartsenposten werd in 2012 276 miljoen euro uitgegeven (VHN, 2013). Aan traumazorg werd in 2013 36 miljoen euro uitgegeven. Dat zijn de kosten voor kennis en coördinatie (ROAZ), traumazorg/centrum, MMT's inclusief helikopters en voertuigen en middelen voor opleiding, training en oefenen (OTO) (VWS, 2013b).

Eenduidige berekeningen van de kosten van de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis zijn moeilijk te maken. Voor een benadering hiervan is gekeken naar alle DBC's waarin de zorgactiviteitcode 190015 (Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling) wordt gebruikt. Per specialisme is bekend bij welk percentage van de DBC's deze activiteitcode is ingevuld. Verder is bekend wat de totale uitgaven zijn per specialisme in 2011. Als uitgegaan wordt van gemiddeld een gelijk bedrag voor DBC's met en zonder activiteitcode 190015, dan liggen de kosten van de SEH ongeveer op 2,5 miljard euro (Berekeningen RIVM op basis van Vektis-cijfers). Hiervoor zijn geen trendgegevens beschikbaar.

Met de nodige armslagen kunnen we dan berekenen dat de totale kosten aan acute zorg voor deze sectoren samen jaarlijks ongeveer 3,3 miljard euro zijn. Dat is ongeveer 5% van het totale zorgbudget.

Figuur 4.12 geeft de ontwikkeling van het budget voor de ambulancezorg en de huisartsenposten weer. De kosten voor ambulancezorg zijn sinds 2004 jaarlijks met gemiddeld 5,8% gestegen. In 2010 is tussen Ambulancezorg Nederland (AZN) en het ministerie van VWS een convenant afgesloten waarin effectief een bevriezing van de budgetten is vastgelegd voor de periode 2011-2013. De effecten zien we terug in de groeicijfers: voor deze periode was de gemiddelde jaarlijkse groei 2,5%. Dat is in lijn met de gemiddelde jaarlijkse inflatie in deze periode (2,3%). In de periode 2004-2011 was de gemiddelde jaarlijkse groei 7,5%, terwijl de gemiddelde jaarlijkse inflatie 1,65% bedroeg. Voor huisartsenposten is de jaarlijkse stijging gemiddeld 6,6%. Gecorrigeerd voor inflatie blijft nog een gemiddelde jaarlijkse stijging van 3,1% over. Voor de SEH en de traumazorg zijn geen trendgegevens beschikbaar.

Figuur 4.12: Kosten van ambulancezorg en huisartsenposten, 2004-2013 (Bronnen: VHN, 2010-2013; AZN, 2009; AZN, 2013).



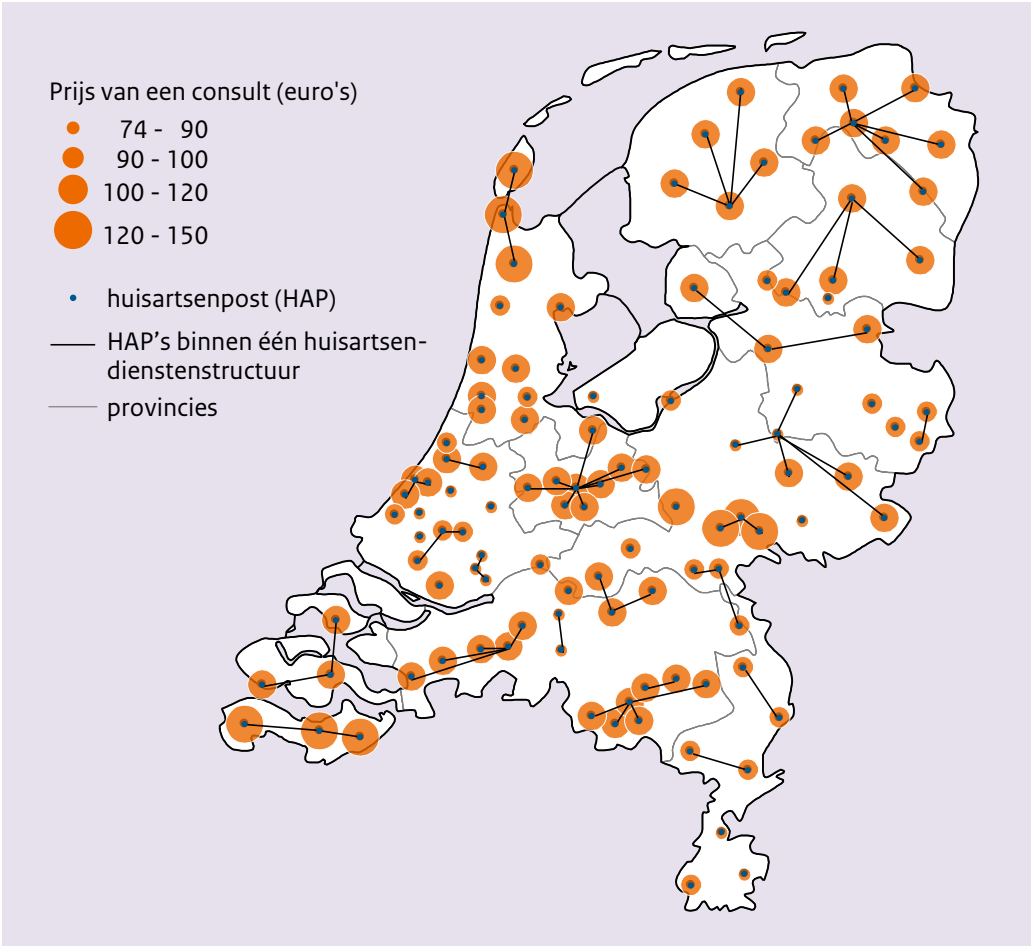
De verschillen in consulttarieven tussen huisartsenposten nivelleren

De financiering van de huisartsenzorg is opgesplitst in verschillende componenten. De overdag geleverde zorg (zoals consulten) kent landelijk vastgestelde tarieven. Huisartsenposten zijn er voor avond-, nacht- en weekendconsulten. De consulttarieven van huisartsenposten worden op basis van onderhandeling tussen de huisartsenposten en de lokaal opererende zorgverzekeraar(s) bepaald.

Figuur 4.13 toont de prijs van een consult bij verschillende huisartsenposten. In mei 2014 varieerde het consulttarief van €74 (Heerlen, Limburg) tot €148 (Zeeuws Vlaanderen). In 2008 was het verschil tussen het hoogste en laagste tarief groter. Toen was het laagste tarief €41 en het hoogste tarief €170. Ook de tarieven voor visites verschillen tussen regio's: in mei 2014 tussen de €100 en €193 (in 2008 nog tussen €62 en €255). Het is niet bekend welk deel van de variatie in prijzen wordt veroorzaakt door lokale omstandigheden (benodigde bereikbaarheid), lokale kostprijzen, verschil in zorgzwaarte van patiënten tussen huisartsenposten, kwaliteit/service of door onderhandelingsmacht.

Ook in de ambulancezorg zien we een trend voor nivellering van de tarieven: de NZa geeft aan dat spoedritten per ambulance in de toekomst overal in het land even duur worden (NZa, 2013a).

Figuur 4.13: Consultprijs per huisartsenpost, mei 2014 (Bron: Zwakhals, 2014; NZA, 2014a).



4.4 Conclusie

Ten opzichte van 2010 is de geografische bereikbaarheid van acute zorg stabiel gebleven. De acute zorg is goed bereikbaar. Landelijk gezien is de spreiding van SEH's goed. In de meeste gebieden kunnen zelfs meerdere ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulpverlening binnen de normtijd van 45 minuten bereikt worden. Een punt van aandacht is dat door fusies van ziekenhuizen de bestaande spreiding van SEH's onder druk komt te staan. Dat speelt vaak vooral in landelijke gebieden die slechts door één SEH gedekt worden. Waren er in 2005 nog 106 SEH's in Nederland, momenteel zijn er nog 94. Deze 'verdunning van voorzieningen' wordt gecompenseerd door snellere rijtijden van ambulances. Zo wordt toch voldoende dekking in het land behaald. Grotendeels worden de gemiddeld hogere ambulancesnelheden veroorzaakt

door betere modellen. Een hypothese is dat een deel van de hogere snelheden komt door verminderde verkeerscongestie als gevolg van de economische recessie waarin het land de laatste jaren heeft verkeerd. Mocht dat zo zijn, dan zouden de ambulancesnelheden bij een opbloeiende economie in de toekomst kunnen dalen. Hierdoor is de huidige spreiding van SEH's voor een grotere groep mensen mogelijk niet meer afdoende.

De norm dat 95% van de spoedritten binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn, wordt nog niet gehaald. In 2012 was de sector nog 2 procentpunten verwijderd van deze norm. Wel zien we een duidelijke en constante verbetering sinds 2006.
In de vorige Zorgbalans werd geconstateerd dat de telefonische bereikbaarheid voor spoedoproepen van huisartsen sterk verbeterd moest worden om aan de voorwaarden van verantwoorde zorg te voldoen. Inmiddels is dat traject afgerond door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De telefonische bereikbaarheid is sterk verbeterd. Uit de laatste controle, eind 2011, bleek dat alle huisartsen aan de norm voldeden. Sinds 2009 wordt ook de telefonische bereikbaarheid voor spoedoproepen van huisartsenposten gemeten. Aanvankelijk werd 89% van de spoedoproepen binnen de veldnorm van 30 seconden beantwoord. In 2012 is dat opgelopen tot 95%.

Opvallend is de hoge sterfte binnen 30 dagen na opname voor een myocardinfarct, een herseninfarct of een hersenbloeding in vergelijking met andere landen. Nederland scoort op deze indicatoren internationaal matig met cijfers die ruim boven het Europese gemiddelde liggen.

Hoewel de splitsing tussen acute en planbare zorg niet eenvoudig is, geven voorzichtige berekeningen aan dat het aandeel acute zorg ongeveer 5% is van het totale zorgbudget. In dit percentage zijn sommige vormen van acute zorg, zoals acute tandartsenzorg, acute verloskunde en acute GGZ niet meegenomen.

De verschillen in prijzen van spoedzorg in Nederland worden kleiner. We zien dat de tarieven voor de huisartsenposten nivelleren. Was in 2008 het hoogste tarief nog meer dan vier keer zo hoog als het laagste tarief, in mei 2014 is het hoogste tarief minder dan twee keer zo hoog als het laagste tarief. Ook in de ambulancezorg zien we een trend voor nivellering van de tarieven: de NZa geeft aan dat spoedritten per ambulance in de toekomst overal in het land even duur worden.

5
Beter worden: niet-acute zorg

Kernbevindingen

Toegankelijkheid

- Eind 2013 waren er ruim 316.000 wanbetalers van de zorgverzekeringspremie
- In 2013 zagen meer mensen vaker af van zorg vanwege de kosten dan in 2010
- Het aandeel eigen betalingen voor gezondheidszorg per huishouden ligt in Nederland lager dan in veel andere OECD-landen
- In 2012 had minder dan 0,1% van de bevolking een reistijd langer dan 10 minuten naar de dichtstbijzijnde huisartspraktijk of apotheek
- In 2013 was de bereikbaarheid van ziekenhuizen maar voor een heel klein deel van de bevolking een probleem
- In 2010 was 42% van de huisartspraktijken telefonisch niet binnen twee minuten bereikbaar. In 2007 was dit 48%
- Het percentage ziekenhuisafdelingen waarbij de verwachte wachttijd boven de Treeknorm uitkomt, is in de periode 2009 tot 2014 gedaald
- Tussen 2008 en 2013 is voor bijna alle specialismen de gemiddelde wachttijd op de polikliniek afgenomen
- In 2013 is de gemiddelde wachttijd voor diagnostiek lager dan de Treeknorm
- In 2013 is slechts voor drie behandelingen de gemiddelde wachttijd langer dan de Treeknorm
- Het aantal wachtenden op een orgaantransplantatie neemt af en het aantal orgaantransplantaties neemt toe. Nederland scoort internationaal gezien goed op het aantal levende donoren maar slecht op het aantal geëffectueerde postmortale donoren

Kwaliteit

- Twintig indicatoren meten of huisartsen geneesmiddelen voorschrijven volgens de richtlijnen; voor acht van deze indicatoren wordt vaak afgeweken van de richtlijnen
- Het percentage personen in de huisartspraktijk dat een antibioticum krijgt voorgeschreven lag in 2012 lager dan in 2010. In vergelijking met het buitenland worden in Nederland weinig antibiotica voorgeschreven
- Het percentage beoordeelde Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 of 4 functioneert, steeg van 43% in 2004 naar 60% in 2011
- De 5-jaarsoverleving bij borstkanker is gestegen in de periode 2000-2011. Vergeleken met andere westerse landen zijn de Nederlandse cijfers gemiddeld
- De 5-jaarsoverleving bij baarmoederhalskanker is stabiel over de tijd. De verschillen met andere westerse landen zijn beperkt
- De 5-jaarsoverleving bij dikkedarmkanker is gestegen in de periode 2000-2011. Ook voor dit type kanker zijn de Nederlandse cijfers gemiddeld vergeleken met andere westerse landen
- In vergelijking met andere westerse landen scoort Nederland gemiddeld tot gunstig in het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen
- Er is een flinke stijging in de periode 2011-2013 van het percentage behandelingen in de ggz waarbij een behandeleffect is gemeten en waarvan de gegevens beschikbaar zijn gesteld voor benchmarken
- In ruim driekwart van de kortdurende behandelingen in de ggz voor volwassenen namen de klachten van de cliënt af
- Patiënten ervaren regelmatig problemen in de coördinatie en afstemming van zorg als zij met meerder zorgverleners te maken hebben. Vergeleken met andere landen scoort Nederland over het algemeen echter tamelijk goed op dit terrein

Patiëntveiligheid

- Het percentage patiënten dat tijdens hun opname in het ziekenhuis zorggerelateerde schade opliep, bleef in periode 2008-2012 stabiel, potentieel vermijdbare sterfte daalde van 4,1% naar 2,6%
- Het percentage patiënten in Nederland dat een medische, medicatie- of diagnostische fout heeft ervaren in 2011 is met 20% internationaal gezien tamelijk hoog
- De gestandaardiseerde ziekenhuissterfte is in de periode 2007-2012 gedaald met 34%
- In 2013 had gemiddeld 3,2% van de patiënten opgenomen in een ziekenhuis een zorginfectie; in 2008 was dat nog 6,2%
- Het aantal ziekenhuizen dat operaties aan verwijding van de buikslagader, slokdarmkankeroperaties of alvleesklierkankeroperaties uitvoert, is gedaald. Het aantal ziekenhuizen dat voor deze operaties niet voldoet aan de volumenorm is eveneens gedaald
- Van alle personen die zich suïcideren is ongeveer 40% op moment van suïcide in behandeling in de ggz. Het absoluut aantal personen dat in behandeling is van de ggz en zich suïcideert, nam toe in de periode 2007-2012. Het nam echter minder snel toe dan het aantal mensen dat niet in behandeling is in de ggz en zich suïcideert
- Toepassing van vrijheidsbeperkende interventies in de ggz is gedaald tussen 2009 en 2012. Toch komt het regelmatig voor dat cliënten langdurig opgesloten of gefixeerd worden

Vraaggerichtheid
- Patiënten zeggen beleefd te worden behandeld maar regelmatig niet mee te kunnen beslissen over behandeling of hulp. Tussen patiëntengroepen zijn aanzienlijke verschillen in vraaggerichtheid
- In Nederland ontvangen patiënten die worden ontslagen uit het ziekenhuis lang niet altijd schriftelijke informatie. De mate waarin men informatie ontvangt, verschilt tussen patiëntengroepen
- Meer dan 85% van de mensen die gebruik maken van kortdurende ambulante ggz zegt dat de behandeling de juiste aanpak voor hun klachten was en naar wens werd uitgevoerd

5.1 Achtergrond

Wanneer mensen gezondheidsklachten hebben of ziek worden, zoeken zij vaak hulp bij een professional. Ze willen weten wat ze hebben, of ze beter zullen worden en of de professional er wat aan kan doen. In dit hoofdstuk wordt beschreven of patiënten bij die professional (ofwel zorgaanbieder) vlot terecht kunnen, of ze baat hebben bij de geboden zorg of er juist schade van ondervinden, of de zorg afgestemd is op hun zorgvraag en of de kosten redelijk zijn in relatie tot de effecten.

Curatieve zorg is gericht op herstel. Als dat niet mogelijk is, richt de zorg zich op revalidatie, verbeteren van de kwaliteit van leven, verminderen van klachten, voorkomen dat de ziekte of de gevolgen van de ziekte erger worden of voorkomen van terugval. De curatieve zorg vormt binnen het gezondheidszorgsysteem de grootste sector. Het merendeel van de bevolking krijgt er zo nu en dan mee te maken. Het gaat om huisartsenzorg, mondzorg, fysiotherapie, farmaceutische zorg, eerstelijnspsychologische zorg, verloskundige zorg, ambulancezorg, ziekenhuiszorg of niet-langdurende ggz. De curatieve zorgmarkt is geregeld in de Zorgverzekeringswet die uitgebreid aan de orde komt in *hoofdstuk 13*. Ongeveer 58% van het zorgbudget in 2014 wordt aan de curatieve zorg besteed (Budgettair Kader Zorg) (VWS, 2013b).

Afbakening
De indicatoren in dit hoofdstuk richten zich op de toegankelijkheid, kwaliteit, kosten en doelmatigheid van niet-acute curatieve zorg. Acute curatieve zorg wordt beschreven in *hoofdstuk 4* en zorg rond de geboorte in *hoofdstuk 2*. Voor sommige indicatoren is uitsplitsing in acute en niet-acute zorg, of zorg wel of niet rond de geboorte, niet te maken. Deze worden in dit hoofdstuk gepresenteerd. Bij de berekening van de indicator gestandaardiseerde ziekenhuissterfte heeft bijvoorbeeld ook sterfte als gevolg van een acuut incident invloed. En bij zorginfecties in het ziekenhuis kunnen ook infecties bij patiënten op de afdelingen neonatologie en obstetrie bijdragen aan de prevalentie.

Gezien de omvang van de niet-acute curatieve zorg is het onmogelijk om met een beperkt aantal indicatoren een volledig overzicht te geven. Daarom zijn sommige deelsectoren

beschreven aan de hand van slechts enkele indicatoren. Wel trachten we met een breed pallet aan indicatoren meerdere aspecten van deze sector te belichten.

5.2 Indicatoren voor niet-acute curatieve zorg

Voor de niet-acute curatieve zorg zijn 30 indicatoren geselecteerd. Voor de indicatoren die betrekking hebben op kosten en doelmatigheid wordt verwezen naar *hoofdstuk 8* omdat deze voor acute, niet-acute en geboortezorg moeilijk zijn te scheiden. In *hoofdstuk 8* worden de indicatoren over kosten en doelmatigheid voor de curatieve zorg in zijn totaliteit beschreven.

Toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid

- Percentage mensen met een zorgverzekering dat ten minste zes maanden hun zorgverzekeringspremie niet heeft betaald
- Percentage zorgconsumenten dat vanwege de kosten afziet van zorg
- Eigen bijdrage voor zorgkosten als percentage van het besteedbare inkomen

Geografische toegankelijkheid

- Percentage mensen dat met de auto langer dan 10 minuten moet reizen naar de dichtstbijzijnde huisartspraktijk of apotheek
- Percentage mensen dat met de auto langer dan 30 minuten moet reizen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis

Tijdigheid

- Percentage huisartspraktijken dat niet binnen twee minuten telefonisch bereikbaar is voor niet-spoedeisende oproepen
- Percentage ziekenhuisafdelingen met wachttijden langer dan de Treeknorm
- Aantal wachtenden op een donororgaan

Kwaliteit

Effectiviteit

- Mate waarin huisartsen conform richtlijnen voorschrijven aan de hand van 20 indicatoren
- Percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 of 4 functioneert
- Percentage patiënten met een bepaalde vorm van kanker (borstkanker, baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker) dat na 5 jaar nog in leven is, vergeleken met het percentage personen uit de algemene bevolking dat na 5 jaar nog in leven is
- Aantal ziekenhuisopnamen per 100.000 inwoners per jaar voor aandoeningen waarvoor preventie en behandeling primair ambulant plaatsvinden
- Percentage behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg waarbij het behandeleffect met ROM is gemeten
- Percentage kortdurende behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg met een positief behandeleffect
- Percentage patiënten dat problemen heeft ervaren met coördinatie en afstemming van zorg

Patiëntveiligheid

- Percentage patiënten dat tijdens hun opname in het ziekenhuis zorggerelateerde schade opliep

- Percentage patiënten dat een medische, medicatie- of diagnostische fout heeft ervaren
- Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte tijdens ziekenhuisopname
- Percentage patiënten dat een zorginfectie kreeg tijdens hun opname in het ziekenhuis
- Percentage ziekenhuizen dat het minimale aantal vereiste hoog-complexe chirurgische ingrepen uitvoert
- Aantal vrijheidsbeperkende interventies per 1000 opnamen in de geestelijke gezondheidszorg
- Percentage patiënten in behandeling in de geestelijke gezondheidszorg dat zich suïcideert

Vraaggerichtheid

- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zij zorgverlener(s) vragen konden stellen
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) beleefd tegen hen waren
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) dingen op een begrijpelijke manier uitlegden
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) eenduidige informatie gaven
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zij konden meebeslissen over de behandeling
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) voldoende tijd voor hen hadden
- Percentage patiënten dat ontslaginformatie heeft ontvangen bij ontslag uit het ziekenhuis
- Percentage cliënten dat gebruik maakt van kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg dat tevreden is over de afstemming en uitvoering van de behandeling

5.3 Stand van zaken

5.3.1 Toegankelijkheid

Eind 2013 waren er ruim 316.000 wanbetalers van de zorgverzekeringspremie
Wanbetalers zijn mensen die wel een zorgverzekering hebben maar de premie ten minste zes maanden niet betaald hebben. *Tabel* 5.1 toont dat er op 31 december 2013 meer dan 316.000 wanbetalers waren. Ten opzichte van 2010 is dat een stijging van bijna 50.000 wanbetalers. Wel is het aantal wanbetalers in 2012 iets gedaald ten opzichte van 2011. Dit komt door een uitstroom van een grote groep wanbetalers waarvoor niet langer sprake was van verzekeringsplicht (VWS, 2012a).

Om de groei van het aantal wanbetalers aan te pakken is per 1 september 2009 de wet 'Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering' ingevoerd. Deze wet voorziet er in dat zorgverzekeraars in een vroeg stadium een betalingsregeling bieden, over kunnen gaan tot automatische incasso en wanbetalers wijzen op de mogelijkheden van schuldhulpverlening. Op 15 maart 2011 is de wet 'Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking getreden. Deze wet heeft tot doel het aantal onverzekerden terug te dringen. Het Zorginstituut Nederland spoort mensen zonder zorgverzekering op. Als ze na twee waarschuwingen en boetes nog steeds geen verzekering hebben, sluit het Zorginstituut een zorgverzekering voor ze af.

Tabel 5.1: Aantal wanbetalers en onverzekerden op 31 december 2010-2013 [a] (Bron: Zorginstituut Nederland, 2014a).

Jaar	Aantal wanbetalers op 31 december	Aantal onverzekerden op 31 december
2010	266.587	290.000
2011	303.782	57.965
2012	299.775	31.681
2013	316.378	28.740

[a] De cijfers van voor 2010 zijn verzameld door het CBS. Er golden toen andere definities waardoor die cijfers niet te vergelijken zijn met de cijfers in deze tabel

De invoering van deze regeling en een administratieve opschoning hebben geleid tot een aanzienlijke daling van het aantal onverzekerden. Veel mensen konden aantonen dat zij niet Zvw-verzekeringsplichtig zijn omdat zij niet AWBZ-verzekerd zijn. Het ging bijvoorbeeld om mensen die in Nederland woonden maar in het buitenland werkten, mensen die naar het buitenland waren verhuisd maar zich niet hadden uitgeschreven en buitenlandse studenten. Eind 2013 waren er 28.740 onverzekerden, eind 2010 waren dat er nog 290.000 (zie *tabel* 5.1).

Het aantal wanbetalers is wel toegenomen. Mensen die voorheen om financiële redenen onverzekerd waren, zijn nu wel verzekerd. Ze betalen echter de zorgpremie niet. Wanbetaling van de zorgpremie staat niet op zichzelf. Vaak zijn er ook andere schulden. Uit onderzoek van Social Force (2014) blijkt dat deze groep moeilijk te bereiken is. Herhaaldelijke telefonische en schriftelijke oproepen leveren vaak niets op.

De overheid heeft een aantal maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar is. De belangrijkste is de zorgtoeslag. Deze biedt een financiële tegemoetkoming voor de nominale premie voor verzekerden met een inkomen onder een bepaalde inkomensgrens. Daarnaast is een aantal fiscale maatregelen getroffen (VWS, 2012a). Ook zijn er in een wetsvoorstel nieuwe maatregelen voorgesteld. Zo kan de wanbetaler zelf een betalingsregeling met de zorgverzekeraar afspreken in plaats van een wettelijk vastgestelde premie die aan het Zorginstituut betaald moet worden. Zo keert de wanbetaler sneller terug naar de zorgverzekeraar.

In 2013 zagen meer mensen vaker af van zorg vanwege de kosten dan in 2010
Uit de Health Policy Survey die in 11 landen werd uitgevoerd, blijkt dat 22% van de Nederlandse volwassenen in 2013 één keer of vaker heeft afgezien van zorg vanwege de kosten (Faber et al., 2013; Schoen et al., 2013). Het gaat dan om een bezoek aan een arts, een onderzoek of behandeling die door een arts werd aanbevolen of de aanschaf van medicijnen. In de Verenigde Staten lag dit percentage beduidend hoger (37%) maar in alle andere landen lager

Tabel 5.2: Percentage [a] personen van 18 jaar en ouder dat problemen met de betaalbaarheid van de zorg heeft ervaren, gemeten in 2013 (Bron: Faber et al., 2013; Schoen et al., 2013).

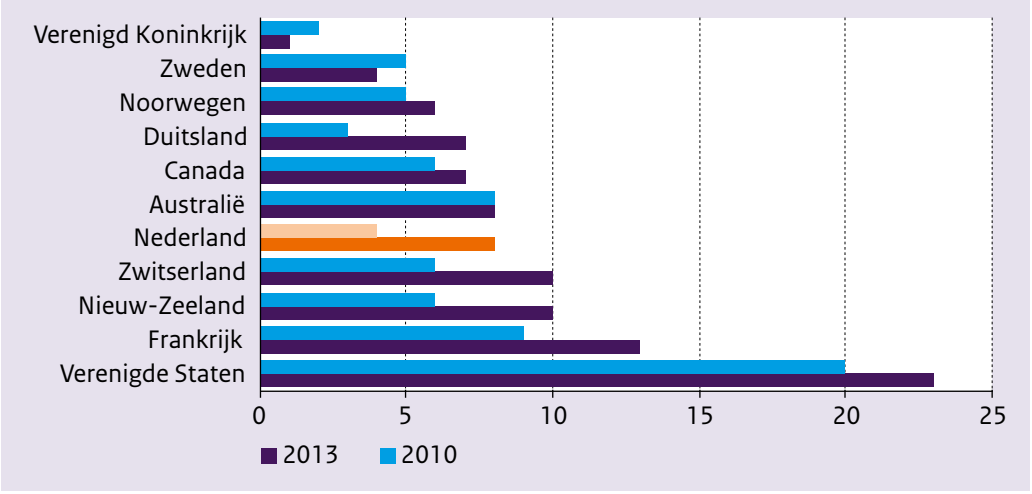
Land	NL	DU	FR	NO	VK	ZWE	ZWI	AU	NZ	CA	VS
Aantal personen	**1000**	**1125**	**1406**	**1000**	**1000**	**2400**	**1500**	**2200**	**1000**	**5412**	**2002**
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u ...											
... een medisch probleem had, maar vanwege de kosten geen arts heeft bezocht?	**12**	8	8	5	2	3	7	9	16	5	28
... vanwege de kosten afgezien hebt van een door een arts aanbevolen medisch onderzoek, behandeling of nabehandeling?	**16**	5	9	5	2	2	7	10	12	6	21
... vanwege de kosten een recept voor medicijnen niet hebt afgehaald of doseringen van uw medicijn hebt overgeslagen	**8**	8	8	5	2	4	5	8	6	8	21
... vanwege de kosten afgezien hebt van zorg (subtotaal van drie categorieën hierboven)	**22**	18	18	10	4	6	13	16	21	13	37
... vanwege de kosten een keer uw tandheelkundige zorg of controles hebt overgeslagen?	**18**	8	20	24	6	12	11	28	32	20	33
... serieuze problemen had om uw rekeningen voor medische zorg te betalen of dat u uw rekeningen in het geheel niet kon betalen?	**8**	7	13	6	1	4	10	8	10	7	23

[a] Het hoogste en laagste percentage zijn respectievelijk rood en groen gekleurd

NL=Nederland, DU=Duitsland, FR=Frankrijk, NO=Noorwegen, VK=Verenigd Koninkrijk, ZWE=Zweden, ZWI=Zwitserland, AU=Australië, NZ=Nieuw-Zeeland, CA=Canada, VS=Verenigde Staten

(zie *tabel* 5.2). In Zweden en het Verenigd Koninkrijk had slecht 6% en 4% afgezien van zorg vanwege de kosten.

Figuur 5.1: Percentage van de algemene bevolking (18 jaar en ouder) dat aangeeft in de afgelopen 12 maanden serieuze problemen te hebben gehad met het betalen van een rekening voor medische zorg (Bron: Faber et al., 2013).



In 2010 werd dit onderzoek ook uitgevoerd en zag in Nederland slechts 6% af van zorg vanwege de kosten. In geen ander land was er in de periode 2010-2013 zo'n grote stijging. In sommige landen was er zelfs een daling waarneembaar (Australië, Duitsland, Zweden).

In 2013 zei 12% van de volwassenen in Nederland dat zij het afgelopen jaar wel eens afzagen van een bezoek aan een arts vanwege de kosten. In 2010 was dat percentage nog 2% (Faber et al., 2010). Van tandheelkundige zorg zag 18% van de volwassenen wel eens af. Hiermee bevindt Nederland zich in de middenmoot.

Een aanvullende analyse van IQ Healthcare liet zien dat er sprake is van een duidelijk inkomenseffect: hoe lager het inkomen, hoe vaker mensen van zorg afzien (Faber et al., 2013). In Nederland zijn ook enkele enquêtes uitgevoerd onder artsen waarin gevraagd werd naar ervaringen met patiënten die afzien van zorg vanwege de kosten. In een onderzoek van NIPO in 2013 gaf 68% van de specialisten en driekwart van de huisartsen aan in de eigen praktijk te zien dat mensen afzien van bepaalde zorg vanwege de kosten (Van Wensveen, 2013). In een enquête uitgevoerd door de LHV in 2014, gaf 94% van de huisartsen aan dat patiënten adviezen wel eens niet opvolgen vanwege de kosten, 70% maakt dit dagelijks of wekelijks mee. Adviezen die het vaakst niet werden opgevolgd vanwege kosten, waren volgens huisartsen lab-onderzoeken, medicijnen afhalen, ggz-bezoek, aanvullende onderzoeken zoals röntgenfoto's en bezoek van andere eerstelijnszorg, bijvoorbeeld fysiotherapeuten (LHV, 2014a).

Acht procent van de Nederlandse volwassenen ondervond in 2013 serieuze problemen met het betalen van een rekening voor medische zorg. Dit is een verdubbeling ten opzichte van 2010 (zie *figuur* 5.1). Ook hier bevindt Nederland zich in de middenmoot.

Het onderzoeksbureau Intomart GFK deed een enquêteonderzoek onder de Nederlandse bevolking waarin gedetailleerder werd ingegaan op redenen om af te zien van zorg. Volgens deze studie bleek dat ruim 20% in de periode januari 2012 tot en met augustus 2013 wel eens afzag van zorg terwijl er gezondheidsklachten waren (Intomart, 2013). Hiervan gaf 41% aan vooral op te zien tegen de kosten. In deze studie maakt GFK een onderscheid tussen gewenst en ongewenst afzien van zorg. Er is sprake van ongewenst afzien van zorg als:
a) de klachten zich verergerd hadden en het niet ging om klachten die niet ernstig waren
b) men bang was iets ergs te hebben
c) men opzag tegen de behandeling
d) men weinig vertrouwen in de zorg had
Bij ongeveer 4% van de bevolking kon het afzien van zorg worden geclassificeerd als ongewenst en daarvan gaf weer 48% de kosten als belangrijke reden op.

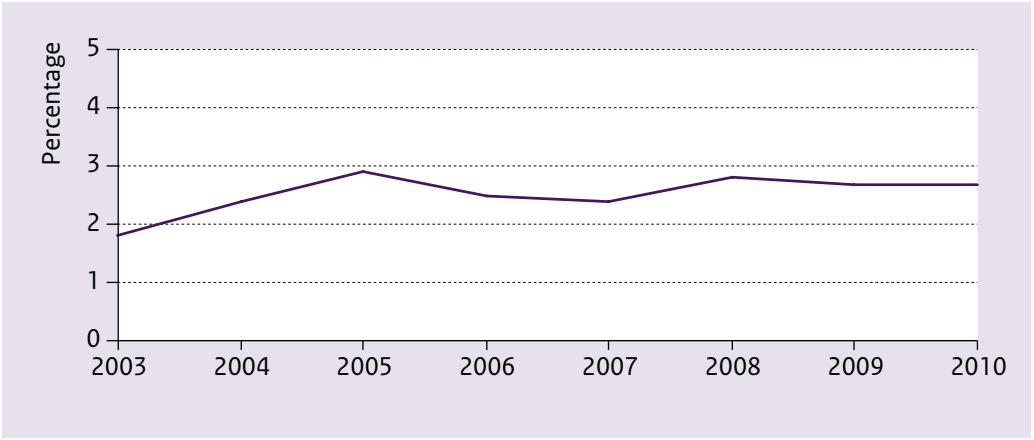
Op 1 januari 2013 is het eigen risico voor de zorgverzekering verhoogd van €220 naar €350. 14% van de mensen die ongewenst afzien van zorg (0,5% van de Nederlandse bevolking) gaf aan dat zij mogelijk wel naar een zorgverlener waren gegaan als het eigen risico niet was verhoogd (Intomart GFK, 2013). Soms bestaan er ook misvattingen over kosten van zorg. Veel mensen bezoeken de huisarts niet omdat men denkt dat hiervoor betaald moet worden (1,8% van de Nederlandse bevolking). Voor huisartsbezoek geldt het eigen risico echter niet. Het geldt wel voor het consulteren van een medisch specialist, voor diagnostisch vervolgonderzoek of voor receptgeneesmiddelen.

Het aandeel eigen betalingen voor gezondheidszorg per huishouden ligt in Nederland lager dan in veel andere OECD-landen
De financiële toegankelijkheid van de zorg wordt mede bepaald door de mate waarin de zorgbestedingen beslag leggen op het besteedbare huishoudinkomen.

In *figuur* 5.2 is de eigen bijdrage voor gezondheidszorg als percentage van het besteedbare inkomen weergegeven. De eigen bijdrage is exclusief de nominale ziektekostenpremie, het eigen risico en de ingehouden premies voor Zvw en AWBZ op het salaris of de uitkering. Wel inbegrepen zijn de premies voor aanvullende verzekeringen en andere eigen betalingen. Van 2003 tot 2006 liep het percentage eigen bijdrage op, gevolgd door een lichte afname in 2006 en 2007. Deze trendbreuk valt samen met de invoering van de Zvw in 2006. Opvallend is dat het percentage in 2008 weer steeg en vervolgens in 2009 en 2010 min of meer stabiel bleef.

De omvang van de eigen bijdrage is vastgesteld in het CBS-budgetonderzoek. Aan een representatieve steekproef van de bevolking werd gevraagd hoeveel zij uitgeven aan eigen bijdrage en zorgpremie. Hieronder vallen de aanvullende zorgverzekeringen, zelfzorg-geneesmiddelen en andere niet vergoede zorguitgaven. Het besteedbare inkomen is gelijk aan het bruto-inkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomens-

Figuur 5.2: Eigen bijdrage voor gezondheidszorg als percentage van het besteedbare inkomen, per huishouden, 2003-2010 (Bron: CBS Statline, 2011).



2010: voorlopige cijfers

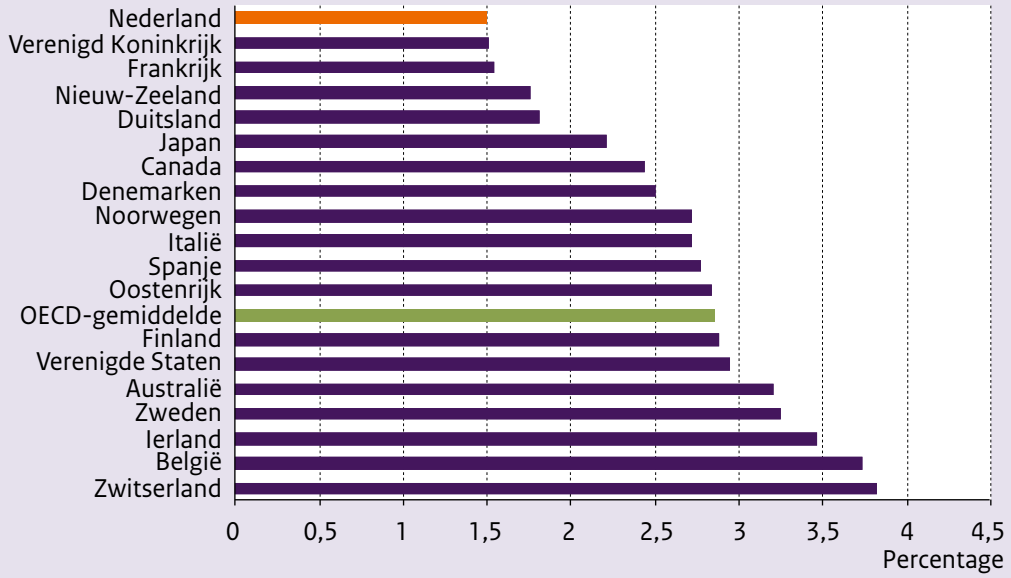
verzekeringen, premie ziektekostenverzekering en belastingen op inkomen en vermogen. De premie ziektekostenverzekering is dus verdisconteerd in het besteedbare inkomen.

Volgens de OECD zijn de eigen betalingen voor gezondheidszorg in Nederland zeer laag. *Figuur 5.3* toont een vergelijking tussen OECD-landen. Nederland heeft met 1,5% het laagste percentage eigen betalingen. De betalingen voor het eigen risico, die ook als eigen betalingen kunnen worden gezien, zijn voor Nederland echter niet meegenomen in dit percentage. In totaal gaat het daarbij in 2010 om ongeveer 1,4 miljard euro (Van Ewijk et al., 2013). Dat zou neerkomen op een half procentpunt meer dan de OECD in haar landenvergelijking aangeeft. Nederland zou in dat geval uitkomen rond de 2%. Dit percentage ligt tussen Duitsland en Japan en is ruim onder het OECD-gemiddelde.

Nederland echter niet meegenomen in dit percentage. In totaal gaat het daarbij in 2010 om ongeveer 1,4 miljard euro (Van Ewijk et al., 2013). Dat zou neerkomen op een half procentpunt meer dan de OECD in haar landenvergelijking aangeeft. Nederland zou in dat geval uitkomen rond de 2%. Dit percentage ligt tussen Duitsland en Japan en is ruim onder het OECD-gemiddelde.

Het percentage voor Nederland dat gepresenteerd wordt door de OECD wijkt af van het percentage dat gepresenteerd wordt in het CBS-budgetonderzoek. Een belangrijk deel van het verschil wordt verklaard doordat in de internationale vergelijking de zorguitgaven worden weergegeven als percentage van de bestedingen per huishouden en in het CBS-budgetonderzoek als percentage van het besteedbare inkomen. Daarnaast geldt voor Nederland dat het verplichte eigen risico niet in de eigen zorgbijdrage zit. Voor de meeste andere landen met een verplicht eigen risico is dit wel het geval.

Figuur 5.3: Eigen betaling aan zorguitgaven als percentage van de totale gezinsconsumptie, exclusief eigen bijdragen voor langdurige zorg, per land in 2011 (Bron: OECD, 2013a).



In 2012 had minder dan 0,1% van de bevolking een reistijd langer dan 10 minuten naar de dichtstbijzijnde huisartspraktijk of apotheek

De bereikbaarheid van eerstelijnszorgvoorzieningen (huisartspraktijken, fysiotherapiepraktijken, apotheken) levert voor bijna niemand problemen op. In 2012 hoefde minder dan 0,1% van de bevolking langer dan 10 minuten te rijden met de auto naar de dichtstbijzijnde huisartspraktijk. 0,51% van de bevolking was langer dan 10 minuten onderweg naar de dichtstbijzijnde fysiotherapiepraktijk (RIVM, 2014b). Goede bereikbaarheid van de eerstelijnszorg is een van de beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS (VWS, 2011a). De reistijd naar een huisarts- en fysiotherapiepraktijk is vooral voor de inwoners in Zeeland en de drie noordelijke provincies gemiddeld wat langer dan in andere delen van het land. In de periode 2008-2012 is het percentage inwoners dat langer dan 10 minuten hoefde te rijden nauwelijks veranderd (zie *tabel 5.3*).

Openbare apotheken verstrekken op grond van de Geneesmiddelenwet receptplichtige en niet-receptplichtige geneesmiddelen. Huisartsen kunnen een apotheekvergunning krijgen wanneer voor een van zijn patiënten geldt dat de afstand tot de dichtstbijzijnde apotheker groter is dan 4,5 km. Hierdoor is de bereikbaarheid van farmaceutische zorg voor de meeste Nederlanders geen probleem. Slechts 0,07% van de Nederlandse bevolking moet meer dan 10 minuten rijden naar de dichtstbijzijnde openbare apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Tabel 5.3: Percentage van de Nederlandse bevolking met een reistijd langer dan 10 minuten naar dichtstbijzijnde eerstelijnszorgvoorziening, in 2008, 2010, 2011, 2012 en 2014 (Bronnen: NIVEL, 2013a; IGZ, 2014a; Farmatec, 2014; Geodan, 2013; databewerking RIVM, zie www.zorgatlas.nl).

	2008	2010	2011	2012	2014
Huisartspraktijk	0,06	0,08		0,08	
Fysiotherapiepraktijk	0,45	0,51		0,51	
Apotheken[a]			0,08		0,07

[a] Inclusief apotheekhoudende huisartsen

Ook voor apotheken geldt dat vooral inwoners in Zeeland en de drie noordelijke provincies iets langer moeten rijden dan 10 minuten.

In 2013 was de bereikbaarheid van ziekenhuizen maar voor een heel klein deel van de bevolking een probleem

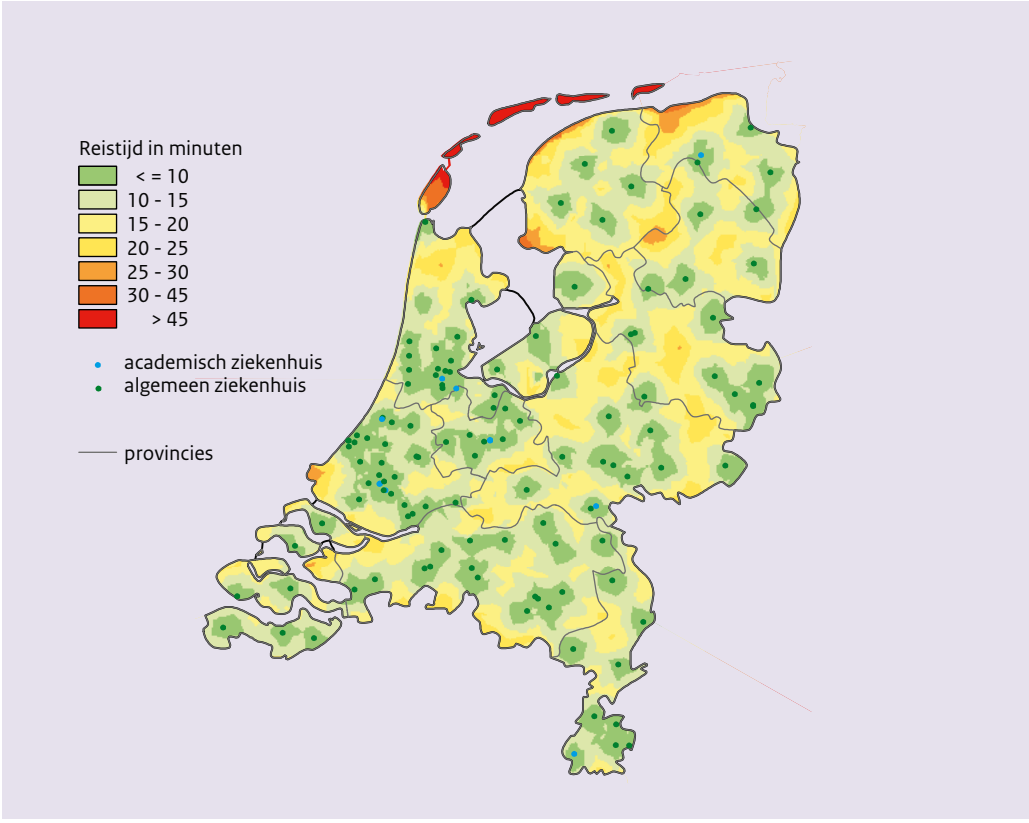
In 2013 hoefde minder dan 0,1% van de Nederlandse bevolking met de auto meer dan 30 minuten te rijden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (exclusief buitenpoliklinieken). Dit percentage is sinds 2008 onveranderd. *Figuur 5.4* laat zien dat de langere reistijden zich vooral voordoen op de Waddeneilanden, in Zuidwest-Friesland en in Noord-Groningen. Sommige specialismen of voorzieningen zijn niet in alle ziekenhuizen aanwezig; daarvoor moet langer gereisd worden.

De indicator bereikbaarheid van ziekenhuizen is een algemene indicator van de geografische toegankelijkheid van een gezondheidszorgsysteem. Voor electieve of niet-spoedeisende zorg is de reistijd naar een ziekenhuis uiteraard minder relevant dan in spoedeisende situaties. De bereikbaarheidsindicatoren in *hoofdstuk 4* zijn specifiek gericht op toegankelijkheid in spoedeisende situaties.

In 2010 was 42% van de huisartspraktijken telefonisch niet binnen twee minuten bereikbaar. In 2007 was dit 48%

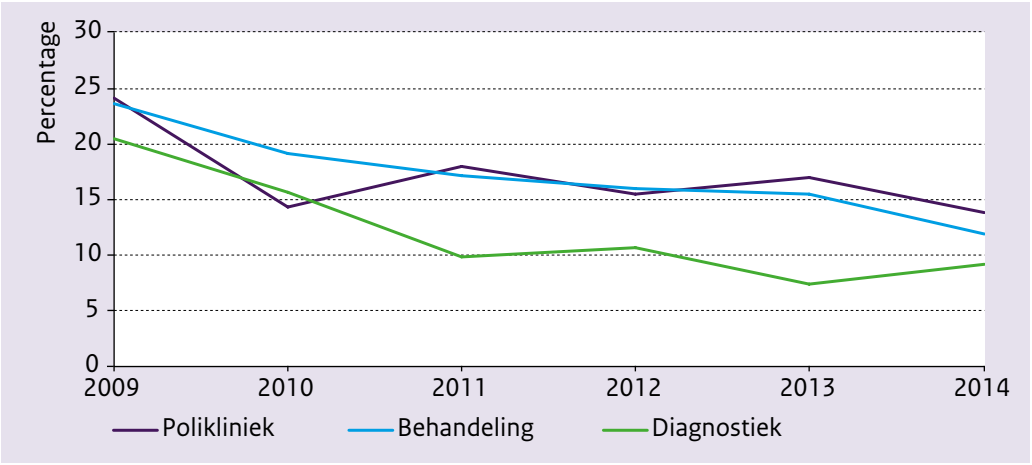
In 2007 hebben de IGZ en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) onderzoek gedaan naar de telefonische bereikbaarheid van huisartspraktijken voor normale (niet-spoedeisende) en spoedeisende oproepen. De steekproef van normale oproepen omvatte 7.588 telefoontjes. Uit dit onderzoek bleek dat bij 48% van de huisartspraktijken de telefoon voor normale oproepen niet binnen twee minuten persoonlijk werd beantwoord en bij 41% niet binnen 10 minuten (IGZ & NPCF, 2008). In 2010 heeft de IGZ dit onderzoek herhaald (IGZ, 2011a). Toen werd bij 42% van de huisartspraktijken de telefoon niet binnen twee minuten persoonlijk beantwoord en bij 30% niet binnen 10 minuten. De telefonische bereikbaarheid van huisartspraktijken in 2010 is ten opzichte van 2007 weinig verbeterd.

Figuur 5.4: Reistijd tot dichtstbijzijnde ziekenhuis (exclusief buitenpoliklinieken), 2013 (Bronnen: Deuning, 2013a; Geodan, 2013).



De minister van VWS geeft in haar beleidsdoelstellingen voor zorg aan dat de basiszorg (huisartsenzorg, wijkverpleging, farmaceutische zorg en fysiotherapie) beter toegankelijk moet zijn. Telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg speelt hierbij een belangrijke rol. De minister van VWS vindt dat huisartspraktijken binnen twee minuten telefonisch bereikbaar moeten zijn. Naar aanleiding van het onderzoek van de IGZ en de NPCF in 2007 heeft de IGZ er bij de Landelijke Vereniging Huisartsen (LHV) op aangedrongen de twee-minuten norm van de minister van VWS over te nemen en te implementeren. De LHV nam deze aanbeveling echter niet over omdat er aan getwijfeld wordt of deze norm wel haalbaar is. Wel is in de LHV-richtlijn voor telefonische bereikbaarheid opgenomen dat patiënten altijd een medisch deskundig persoon aan de lijn moeten krijgen (LHV, 2013).

Figuur 5.5: Percentage ziekenhuisafdelingen (inclusief zbc's) waarbij de verwachte wachttijden boven de Treeknorm [a] uitkomen, 1 januari 2009 - 1 januari 2014 (Bron: Mediquest, 2009- 2014).



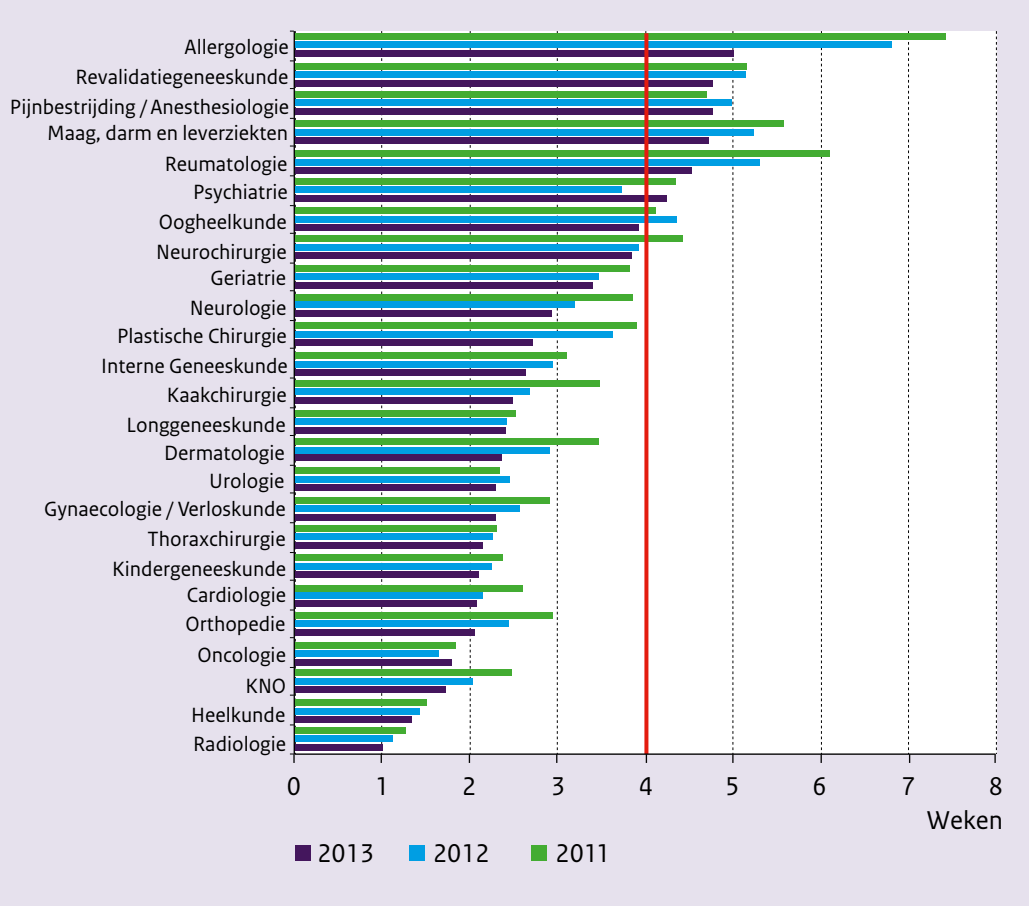
[a] Treeknorm voor poliklinische zorg is 4 weken, voor behandeling 7 weken en voor diagnostiek 4 weken

Het percentage ziekenhuisafdelingen waarbij de verwachte wachttijd boven de Treeknorm uitkomt, is in de periode 2009 tot 2014 gedaald

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden Treeknormen genoemd. Van de ziekenhuisafdelingen (specialismen) geeft 13,8% aan dat op 1 januari 2014 patiënten voor een bezoek aan de polikliniek rekening moeten houden met een wachttijd langer dan de Treeknorm. In 2009 was dat nog 24,1%. Ook de overschrijding van de Treeknorm voor behandeling en diagnostiek is ten opzichte van 2009 sterk afgenomen (zie *figuur* 5.5). Wel is de overschrijding van de Treeknorm voor diagnostiek op 1 januari 2014 ten opzichte van 1 januari 2013 iets toegenomen.

Ieder ziekenhuis is per 1 januari 2009 volgens de 'Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg' van de NZa verplicht om maandelijks de wachttijden op haar website te publiceren. Per 1 januari 2010 is deze regeling van toepassing op alle instellingen voor medisch-specialistische zorg. In de wachttijdregistratie wordt onderscheid gemaakt in wachttijd polikliniek, wachttijd behandeling en wachttijd diagnostiek. Wachttijd polikliniek is de wachttijd tot een consult met een specialist. Wachttijd diagnostiek is de wachttijd tot een specifieke diagnostische verrichting en wachttijd behandeling is de wachttijd tot een specifieke therapeutische verrichting. *Figuur* 5.5 geeft de wachttijden polikliniek, diagnostiek en behandeling weer.

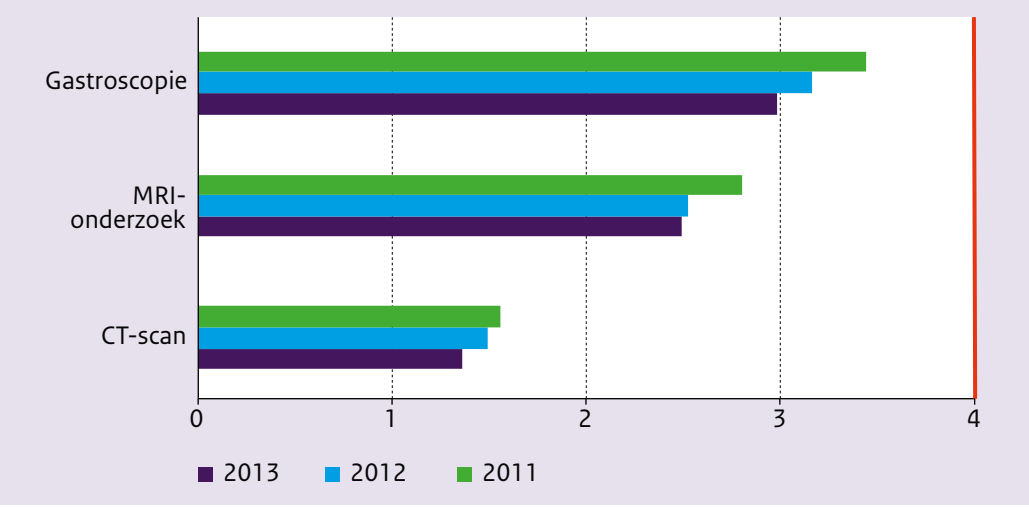
Figuur 5.6: Ontwikkeling van de gemiddelde wachttijden voor polikliniek, 2011-2013 (Bron: NZa, 2013b).



Tussen 2008 en 2013 is voor bijna alle specialismen de gemiddelde wachttijd op de polikliniek afgenomen

Uit de Marktscan Medisch Specialistische Zorg (NZa, 2013b) blijkt dat er verschillen bestaan tussen specialismen in de overschrijding van de Treeknorm. *Figuur 5.6* toont de gemiddelde wachttijden poliklinische zorg voor een aantal specialismen. De gemiddelde wachttijd voor de specialismen allergologie, revalidatiegeneeskunde, pijnbestrijding, maag- darm- en leverziekten, reumatologie en psychiatrie komen in 2013 boven de Treeknorm van vier weken uit. De gemiddelde wachttijd voor oogheelkunde is in 2013 teruggebracht tot onder de Treeknorm. De gemiddelde wachttijd voor psychiatrie en longgeneeskunde laten een stijging zien.

Figuur 5.7: Ontwikkeling van de gemiddelde wachttijden voor diagnostiek, 2011-2013 (Bron: NZa, 2013b).



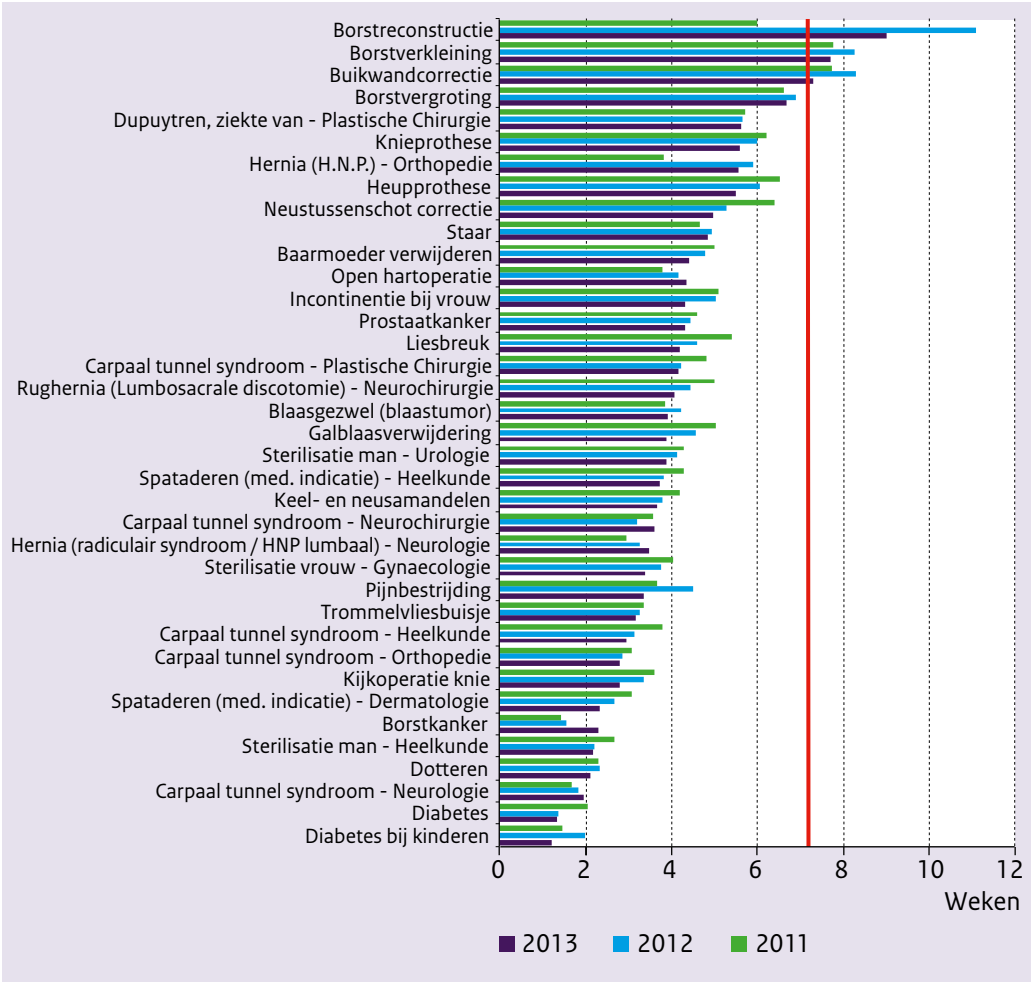
In 2013 is de gemiddelde wachttijd voor diagnostiek lager dan de Treeknorm

Figuur 5.7 laat zien dat op 1 januari 2013 de gemiddelde wachttijden voor de diagnostische verrichtingen gastroscopie, MRI-onderzoek en CT-scan ruim onder de Treeknorm zitten. Ook is te zien dat de wachttijden voor deze diagnostische verrichtingen ten opzichte van 2011 zijn afgenomen. De gemiddelde wachttijd is het hoogst voor gastroscopie (bijna drie weken). Opvallend is dat het percentage ziekenhuisafdelingen waarbij de verwachte wachttijd voor diagnostiek boven de Treeknorm uitkomt in 2014 hoger ligt dan in 2013 (zie *figuur 5.5*) terwijl de gemiddelde wachttijd voor diagnostiek in 2014 juist lager ligt dan in 2013.

In 2013 is slechts voor drie behandelingen de gemiddelde wachttijd langer dan de Treeknorm

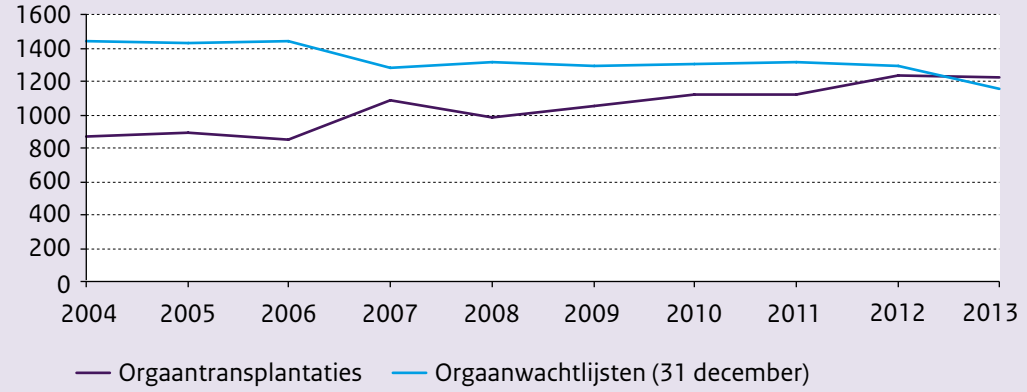
Figuur 5.8 laat zien dat er in 2013 maar drie behandelingen (borstreconstructie, buikwandcorrectie en borstverkleining) zijn waarvoor de gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm uitkomt. Bij deze drie behandelingen is de gemiddelde wachttijd wel fors gedaald. Tussen 2012 en 2013 is de gemiddelde wachttijd voor 28 behandelingen gedaald en voor vijf behandelingen gestegen. De gemiddelde wachttijd voor carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie) en borstkanker stijgt fors maar blijft wel onder de Treeknorm.

Figuur 5.8: Ontwikkeling van de gemiddelde wachttijden voor behandeling, 2011-2013 (Bron: NZa, 2013b).



Het aantal wachtenden op een orgaantransplantatie neemt af en het aantal orgaantransplantaties neemt toe. Nederland scoort internationaal gezien goed op het aantal levende donoren maar slecht op het aantal geëffectueerde postmortale donoren
Op 31 december 2013 wachtten 1.149 mensen op een donororgaan. Op 31 december 2012 waren dat er nog 1.286. Dat is een daling van 11%. Over een periode van 10 jaar is er een daling van wachtlijsten van 20% (zie *figuur* 5.9). Dit betreft actief wachtenden: patiënten die goedgekeurd zijn door een transplantatiecentrum en in de startblokken staan voor een transplantatie.

Figuur 5.9: Aantal orgaantransplantaties en actief wachtenden op een orgaantransplantatie, 2004-2013 (Bronnen: NTS, 2009; NTS, 2013; NTS, 2014a).



Figuur 5.9 toont ook aan dat het aantal uitgevoerde transplantaties de afgelopen 10 jaar is gestegen (40%) van 865 in 2004 tot 1.228 in 2013. Deze toename is voor een kwart toe te schrijven aan een toename van postmortale donoren en voor driekwart aan een toename van levende donoren. Het aantal getransplanteerde nieren van levende donoren is bijvoorbeeld gestegen van 250 in 2004 tot 520 in 2013.

De daling van het aantal mensen op een wachtlijst voor een orgaan (vooral tussen 2012 en 2013) is niet direct te verklaren uit een toename van het aantal transplantaties. Een mogelijke verklaring is de groei van levende nierdonatie. Patiënten die in aanmerking komen voor een transplantatie met een nier van een levende donor zijn voor het grootste deel als niet-actief wachtend geregistreerd. Het is ook niet nodig dat zij als actief wachtend staan geregistreerd want deze patiënten dingen niet mee naar nieren van overleden donoren (NTS, 2014b). In 2013 was het aantal transplantaties met een nier van een levende donor 7% hoger dan in 2012.

Het aantal wachtenden verschilt per orgaan. Bij nier en lever neemt het aantal af. Daartegenover staan forse toenamen voor hart en long (zie *tabel* 5.4). Transplantatie van de dunne darm en pancreas komt zo weinig voor dat fluctuaties op toeval berusten. Het aantal wachtenden op een nier is het grootst (735), gevolgd door longen (189) en lever (132).

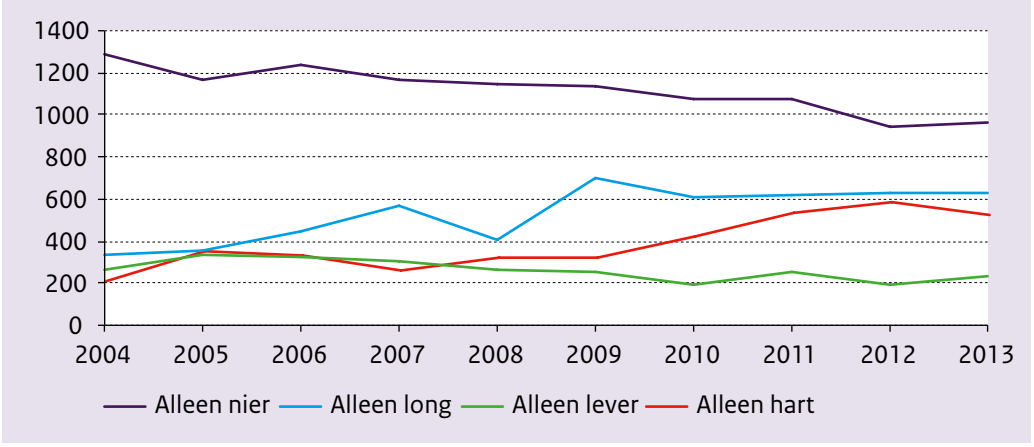
De gemiddelde registratieduur (wachtduur op de wachtlijst) varieerde in 2013 sterk naar orgaan. Dit was ook het geval in voorafgaande jaren. De gemiddelde registratieduur voor een niertransplantatie is het langst (960 dagen) en voor levertransplantatie het kortst (232). Ten opzichte van 2004 is de registratieduur voor mensen die wachten op een transplantatie van nier en lever afgenomen. Voor hart en long is de registratieduur juist toegenomen (zie *figuur* 5.10).

Tabel 5.4: Aantal patiënten dat wacht op orgaandonatie naar orgaan per 31 december, 2004-2013 (Bronnen: NTS, 2009; NTS, 2013; NTS, 2014a).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Verschil 2012-2013	Verschil 2004-2013 [e]
Nier[a]	1166	1088	1084	937	952	926	892	883	855	735	-14%	-32%
Lever[b]	151	162	157	131	117	107	116	122	159	132	-17%	-16%
Hart[c]	45	54	46	47	54	60	67	57	64	84	31%	69%
Long	79	108	141	158	177	183	212	234	193	189	-2%	113%
Totaal[d]	1443	1425	1440	1284	1316	1288	1300	1311	1286	1149	-11%	-16%

[a] Inclusief nier met pancreas en nier met lever
[b] Inclusief lever met long en lever met pancreas
[c] Inclusief hart met long
[d] Totaal is inclusief pancreas en dunne darm
[e] Berekend met behulp van lineaire regressieanalyse

Figuur 5.10: Registratieduur in dagen van patiënten die een orgaantransplantatie ondergingen, 2004-2013 (Bronnen: NTS, 2005-2011; NTS, 2012-2014a).



Voor nier en lever zien we zowel voor het aantal wachtenden als voor de gemiddelde wachttijd een gunstige ontwikkeling. Voor hart en long zien we voor beide indicatoren juist een ongunstige ontwikkeling. Absoluut gezien is het aantal wachtenden en de gemiddelde wachttijd voor een nier toch nog altijd het grootst.

Een nier en in een enkel geval een deel van de lever kan afkomstig zijn van een levende donor. Internationaal gezien heeft Nederland het grootste aantal levende donoren per miljoen inwoners (29,3). Duitsland, België en Oostenrijk volgen met respectievelijk 9,4, 8,1 en 7,5 levende donoren per miljoen inwoners (Rahmel, 2012). Voor een belangrijk deel is de beschikbaarheid van donororganen echter afhankelijk van postmortale donoren.

Het aantal geëffectueerde postmortale donoren (donoren waarvan minstens één orgaan is gebruikt) ligt in Nederland met 13,3 per miljoen onder het gemiddelde van 15,2 van de landen die aangesloten zijn bij Eurotransplant (België, Duitsland, Kroatië, Hongarije, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Slovenië). Oostenrijk en België hebben in de periode 2000-2012 het grootste aantal geëffectueerde postmortale donoren per miljoen inwoners (Rahmel, 2012). Het lage aantal geëffectueerde postmortale donoren in Nederland kan mogelijk verklaard worden door het geringe donorpotentieel. Het aantal mensen dat na overlijden in aanmerking komt voor orgaandonatie is beperkt door een hoge leeftijd bij overlijden en een ongeschikte doodsoorzaak voor orgaandonatie. Het lage aantal verkeersdoden in Nederland is een van de oorzaken van het lagere aantal postmortale donoren. Nederland behoort samen met Zweden en het Verenigd Koninkrijk tot de top van verkeersveilige landen in de EU-lidstaten (Harbers, 2013).

Ruim 40% van de Nederlandse bevolking heeft een wilsverklaring ten aanzien van donatie vastgelegd in het Donorregister (Giesbers, 2014).

5.3.2 Kwaliteit

Twintig indicatoren meten of huisartsen geneesmiddelen voorschrijven volgens de richtlijnen; voor acht van deze indicatoren wordt vaak afgeweken van de richtlijnen
Aan de hand van twintig indicatoren meet het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) in hoeverre huisartsen voorschrijven volgens richtlijnen. Het blijkt dat voor acht van twintig indicatoren vaak wordt afgeweken van de richtlijnen, voor zeven regelmatig en voor vijf weinig. Voor het meten van de indicatoruitkomsten zijn declaratiegegevens uit 2012 gebruikt die door apotheken en apotheekhoudende huisartsen aan Vektis zijn verstrekt (IVM, 2013a).

De twintig indicatoren hebben betrekking op verschillende aandoeningen (indicaties) en geneesmiddelgroepen. Deze meten effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid van het voorschrijven (zie *tabel* 5.5). De indicatoren geven aan wat gemiddeld per huisarts het percentage (nieuwe) gebruikers van een geneesmiddel(lengroep) is, waarbij volgens de richtlijnen wordt voorgeschreven. De mate waarin de richtlijnen worden gevolgd, is gebaseerd op het landelijk gemiddelde van de huisartsen in combinatie met de grootte van de spreiding tussen de huisartsen. De spreiding is de bandbreedte tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore.

Tabel 5.5: Overzicht van indicatoren van voorschrijven met informatie over het kwaliteitsdomein dat ermee gemeten wordt en een korte onderbouwing.

Nr.	Thema	Naam indicator	E	V	K	Onderbouwing
1	Antibiotica	Eerste keus antibiotica		+		Als een antibioticum wordt voorgeschreven, wordt aanbevolen bepaalde typen niet als eerste keus te gebruiken omdat deze de kans vergroten op de ontwikkeling van resistentie.
2	Antidepressiva	Therapietrouw antidepressiva	+		+	Bij depressieve stoornissen en angststoornissen moet voorkómen worden dat nieuwe gebruikers vroegtijdig stoppen met slikken van antidepressiva omdat het lang kan duren voordat de middelen effect sorteren.
3	Antidepressiva	Voorkeursmiddelen antidepressiva	+		+	Voor gebruik in de eerste lijn zijn generieke SSRI's het effectiefst en goedkoopst.
4	Astma	Behandeling astmapatiënten met ICS	+			Bij persisterend astma worden (vanaf 6-jarige leeftijd) inhalatiecorticosteroïden (ICS) geadviseerd. Deze zijn de werkzaamste anti-inflammatoire middelen.
5	CVRM	Behandeling HVZ-patiënten met statines	+			Bij patiënten met LDL-cholesterol >2,5 mmol/l wordt aanbevolen een statine voor te schrijven. Bij een lagere waarde én hoog risico op ziekte of sterfte kan ook een statine worden voorgeschreven.
6	CVRM	Voorkeursmiddelen RAS-remmers	+	+		Binnen de RAS-remmers (voor de behandeling van onder andere verhoogde bloeddruk en hartfalen) heeft een ACE-remmer de voorkeur omdat hierover de meeste kennis bestaat over effectiviteit en veiligheid. Indien die niet goed verdragen wordt (bijvoorbeeld bij prikkelhoest) wordt een ARB voorgeschreven.
7	CVRM	Voorkeursmiddelen statines	+		+	Binnen de statines heeft simvastatine de voorkeur omdat hiervoor het meeste bewijs is dat ze het optreden van en sterfte aan HVZ kunnen voorkomen. Dit middel is ook het goedkoopst.

Tabel 5.5: vervolg

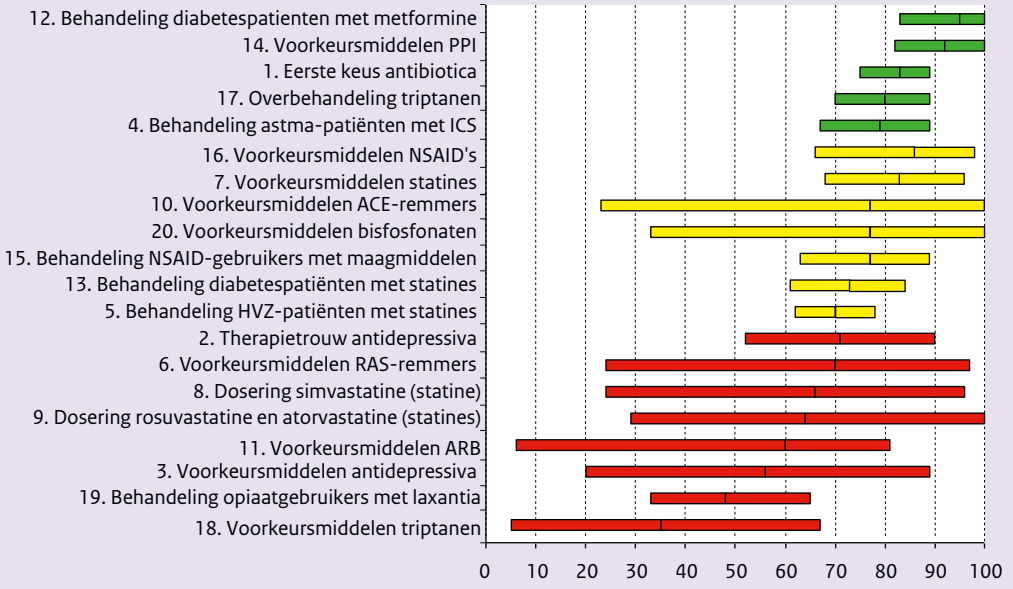
Nr.	Thema	Naam indicator	E	V	K	Onderbouwing
8	CVRM	Dosering simvastatine (statine)	+			De dosering waarmee gestart wordt, dient 40 mg/d te zijn omdat deze dosis effectief is voor verlaging van het risico op ziekte of sterfte door HVZ. Lager dan 40 mg/d kan alleen indien het LDL-gehalte weinig hoger ligt dan de streefwaarde.
9	CVRM	Dosering atorvastatine en rosuvastatine (statines)	+			Bij de start wordt geadviseerd om de volgende doseringen aan te houden: atorvastatine 20 of 40 mg/d en rosuvastatine 10 of 20 mg/d (dosering afhankelijk van het LDL-gehalte).
10	CVRM	Voorkeursmiddelen ACE-remmers			+	Er zijn weinig verschillen in effectiviteit en veiligheid tussen de middelen. Daarom worden de goedkoopste middelen aanbevolen.
11	CVRM	Voorkeursmiddelen ARB			+	Er is weinig verschil in de effectiviteit en veiligheid tussen de ARB's. Daarom worden de goedkoopste aanbevolen.
12	Diabetes	Behandeling diabetespatiënten met metformine	+			Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 is metformine het bloedglucoseverlagende middel van eerste keuze (uitgezonderd insuline). Bij contra-indicaties of een hele hoge nuchtere bloedglucosewaarde wordt een ander middel geadviseerd.
13	CVRM/ Diabetes	Behandeling diabetespatiënten met statines	+			Bij bijna alle patiënten met diabetes mellitus type 2 en een LDL-cholesterol >2,5 mmol/l wordt aanbevolen een statine voor te schrijven.
14	Maagmiddelen	Voorkeursmiddelen protonpompremmers (PPI)			+	Er zijn weinig verschillen in effectiviteit en veiligheid tussen de middelen. Daarom worden de goedkoopste middelen aanbevolen. Bij bepaalde maagzweren worden duurdere middelen aanbevolen.
15	Pijn	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen		+		Bij NSAID-gebruikers ouder dan 70 jaar zijn preventieve maatregelen nodig ter voorkoming van maagcomplicaties.

Tabel 5.5: vervolg

Nr.	Thema	Naam indicator	E	V	K	Onderbouwing
16	Pijn	Voorkeursmiddelen NSAID's		+	+	Binnen de NSAID's hebben sommige middelen de voorkeur, vooral vanwege lage kans op bijwerkingen.
17	Pijn	Overbehandeling triptanen		+		Bij onvoldoende effect van andere pijnstillers kunnen triptanen worden voorgeschreven. Bij twee of meer aanvallen per maand kan ter preventie overwogen worden (ook) een bètablokker voor te schrijven. Geadviseerd wordt maximaal 2 of 3 doses triptanen in 24 uur voor te schrijven (afhankelijk van het specifieke middel). Bij overbehandeling kan hoofdpijn optreden.
18	Pijn	Voorkeursmiddelen triptanen	+	+	+	Sumatriptan is het meest onderzocht, heeft de meeste toedieningsvormen, is veel ervaring mee en is het goedkoopst.
19	Pijn	Behandeling opiaatgebruikers met laxantia		+		Toevoeging van een mild laxans voorkomt obstipatie.
20	Osteoporose	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	+	+	+	Van vier middelen is de effectiviteit aangetoond. Met twee hiervan is de meeste ervaring, hebben minder bijwerkingen en zijn het goedkoopst.

Kwaliteitsdomeinen: E=effectiviteit; V=veiligheid; K=kosteneffectiviteit
Overige afkortingen: ACE-remmer=Angiotensine Converting Enzyme remmer; ARB=angiotensine-II-receptor blokker (of antagonist); CVRM=cardiovasculair risicomanagement; HVZ=hart- en vaatziekten; ICS=Inhalatiecorticosteroïden; LDL=low density lipoprotein; NSAID=niet-steroïde anti-inflammatoire drugs; PPI=proton pump inhibitors (protonpompremmers); RAS=renine-angiotensine systeem; SSRI=Selective serotonin reuptake (heropname) inhibitor (remmer); statine=cholesterolsyntheseremmer

Figuur 5.11: Gemiddeld percentage (nieuwe) gebruikers van een geneesmiddel(lengroep) per huisarts waarbij is voldaan aan de richtlijnen (verticaal lijnsegment) en spreiding tussen de 10% laagst en 10% hoogst scorende huisartsen (Bron: IVM, 2013a).



rood = vaak afwijkend van de richtlijn; geel = regelmatig afwijkend van de richtlijn; groen = vaak conform de richtlijn

Voor afkortingen en begrippen, zie *tabel* 5.5

In *figuur 5.11* is voor elke indicator het landelijk gemiddelde en de spreiding weergegeven. De mate waarin conform de richtlijnen wordt voorgeschreven is zichtbaar gemaakt met de kleuren rood, oranje en groen. Deze waardering is gebaseerd op de combinatie van het gewogen gemiddelde van alle huisartsen en de spreiding tussen huisartsen.

De acht indicatoren waarbij vaak wordt afgeweken van de richtlijnen en de twee indicatoren waarbij de spreiding tussen huisartsen erg groot is (indicatoren 10 en 20) meten zowel effectiviteit, veiligheid als doelmatigheid van het voorschrijven. Aandachtspunten zijn:

- Er worden middelen voorgeschreven die minder werkzaam zijn of waarvan de bewijskracht ten tijde van het opstellen van de richtlijn minder sterk was
- De middelen worden in een te lage dosis voorgeschreven
- De therapie wordt afgebroken voordat effecten verwacht kunnen worden
- Er worden te dure middelen voorgeschreven terwijl er goedkopere alternatieven beschikbaar zijn
- Er worden (nieuwe) middelen voorgeschreven waarover de kennis over (bij)werkingen nog beperkt is

Vier van de acht indicatoren waarbij vaak wordt afgeweken van de richtlijnen (rood) hebben betrekking op het voorschrijven in het kader van cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Ook binnen de indicatoren waarbij regelmatig wordt afgeweken van de richtlijnen (oranje) gaat het in vier van de zeven indicatoren om CVRM. Huisartsen schrijven niet aan alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen statines voor. Vaak schrijven huisartsen nog dure varianten voor (ACE-remmers, statines), starten ze met een te lage dosering (statines) of kiezen ze voor middelen waarvan de werking of veiligheid minder goed is gedocumenteerd (RAS-remmers).

Bij het voorschrijven van antidepressiva schrijven veel huisartsen duurdere niet-generieke SSRI's voor of middelen waarvan de effectiviteit in de eerste lijn minder is onderbouwd (indicator 3). Ook wordt er vaak vroegtijdig gestopt met het voorschrijven van antidepressiva (indicator 2). Bij antidepressiva kan het enige tijd duren voordat het beoogde effect optreedt. Bij deze indicator heeft behalve de huisarts ook de patiënt een verantwoordelijkheid.
Bij drie van de acht indicatoren die iets zeggen over veiligheid wordt vaak afgeweken van de richtlijnen, bij drie regelmatig en bij twee weinig. De grootste afwijkingen liggen op het gebied van het voorschrijven van triptanen, opioïden en RAS-remmers. Als huisartsen triptanen of RAS-remmers voorschrijven, schrijven zij vaak varianten voor waarmee nog niet veel ervaring is opgedaan. De kennis over veiligheid is dan beperkt. Als een opioïd wordt voorgeschreven, wordt niet altijd een mild laxans toegevoegd om obstipatie te voorkomen.

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen heeft in de huidige vorm voor 2010-2012 gegevens opgeleverd. Een aantal indicatoren is op dezelfde wijze gemeten. Voor sommige indicatoren is het percentage huisartsen dat volgens de richtlijnen voorschrijft toegenomen, voor andere is het afgenomen (zie *tabel 5.6*). De spreiding tussen huisartsen is voor vrijwel alle indicatoren gedaald tussen 2010 en 2012.

De sterkste stijger betrof de dosering van simvastatine, de sterkste daler de behandeling van NSAID-gebruikers met maagbeschermingsmiddelen. Deze stijger heeft mogelijk te maken met de herziene NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement in 2012 (inclusief stappenplan), de daler met de beperkte vergoeding voor protonpompremmers vanaf 1 januari 2012. Voorschriften van patiënten die maagbeschermers zelf betalen zijn niet opgenomen in de registratie van geneesmiddelendeclaraties. Het werkelijke percentage patiënten dat maagmiddelen gebruikt is in 2012 dus waarschijnlijk hoger dan 77%.

Tabel 5.6: Gemiddelde percentage (nieuwe) gebruikers van een geneesmiddel(lengroep) per huisarts waarbij is voldaan aan de richtlijnen, in 2010, 2011 en 2012; alleen de opvallendste stijgers en dalers zijn weergegeven (Bronnen: IVM, 2012a; IVM, 2012b; IVM, 2013a).

	2010	2011	2012
	Percentage		
Stijgers			
Dosering simvastatine [a]	57	60	66
Dosering atorvastatine en rosuvastatine	61	60	64
Voorkeursmiddelen RAS-remmers	67	68	70
Voorkeursmiddelen ACE-remmers	72	74	77
Dalers			
Voorkeursmiddelen statines [b]	89	88	83
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	84	87	77
Voorkeursmiddelen protonpompremmers	95	95	92
Voorkeursmiddelen bisfosfaten	81	78	77

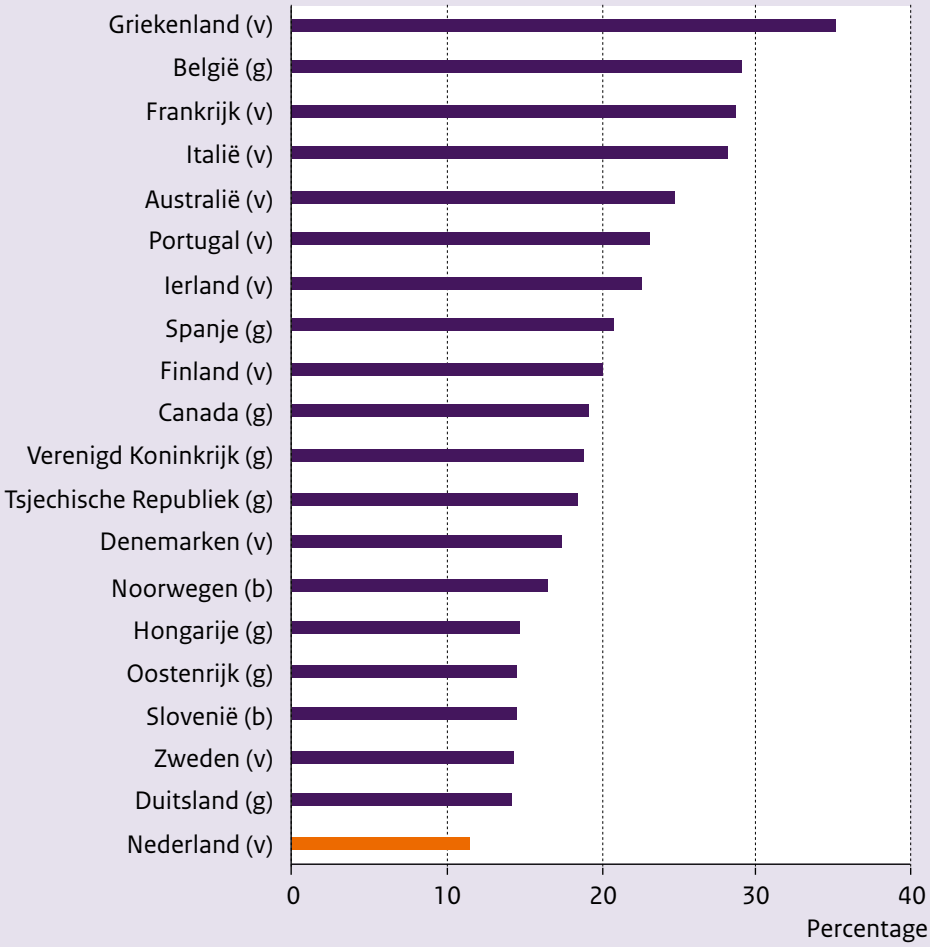
[a] Definitie is in 2012 gewijzigd, al werd met de oude definitie in 2012 ook 66% gemeten
[b] In 2012 is de indicator 'strenger' geworden

Het percentage personen in de huisartspraktijk dat een antibioticum krijgt voorgeschreven lag in 2012 lager dan in 2010. In vergelijking met het buitenland worden in Nederland weinig antibiotica voorgeschreven

Huisartsen schreven in 2012 gemiddeld aan 15% van alle personen in hun praktijk ten minste eenmaal een antibioticum voor (IVM, 2013a). In 2010 en 2011 schreven de huisartsen nog aan gemiddeld 19% van hun patiënten een antibioticum voor. Naast de daling van dit percentage nam tussen 2010 en 2012 ook de variatie tussen huisartsen af.

In veel standaarden voor de huisarts wordt aanbevolen terughoudend te zijn met het voorschrijven van antibiotica omdat het kan leiden tot resistentie. Een te laag percentage personen dat antibiotica krijgt, is echter ook niet wenselijk, want voor een aantal patiëntengroepen wordt wel degelijk geadviseerd antibiotica voor te schrijven. Dit geldt onder andere voor patiënten met een urineweginfectie of een soa en voor kwetsbare groepen. Een oordeel over het gewenst of ongewenst zijn van het voorschrijven van antibiotica is helaas niet te geven omdat in de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen niet wordt vastgelegd wat de reden (indicatie) is van het voorschrijven.

Figuur 5.12: Gebruik van antibiotica in de eerste lijn in 20 landen in DDD per 1.000 inwoners per dag, in 2011 (of dichtstbijzijnde jaar) (Bronnen: ECDC, 2014b; OECD, 2014).



Tussen haakjes is weergegeven van welke type bron de gegevens afkomstig zijn: v=verkoopcijfers, g=gedeclareerde afleveringen, b=beide typen gegevens. Bronnen gebaseerd op verkoopcijfers zijn mogelijk volledi ger dan bronnen gebaseerd op gedeclareerde afleveringen omdat antibiotica die zonder recept zijn verkregen of niet worden vergoed vaak wel in de verkoopcijfers zijn meegeteld maar niet bij de gedeclareerde cijfers

Bij vergelijking met andere westerse landen blijkt dat het gebruik van antibiotica in de eerste lijn in Nederland in 2011 het laagst is (zie *figuur* 5.12). In Duitsland worden ook weinig antibiotica voorgeschreven terwijl in België en Frankrijk ruim twee keer zoveel standaarddoseringen (Defined Daily Doses (DDD's)) per 1000 inwoners per dag worden voorgeschreven als in Nederland. De cijfers hebben betrekking op antibiotica die door huisartsen of specialisten zijn voorgeschreven en zijn afgeleverd in een openbare apotheek. In 2012 werd in Nederland 65% van de afgeleverde antibiotica in openbare apotheken (in DDD's) voorgeschreven door huisartsen en 34% door specialisten (CVZ, 2013a). Gebruik van antibiotica die zonder recept zijn verkregen komt in Nederland nauwelijks voor maar vormt in sommige andere landen in Europa (Griekenland, Spanje) een flink deel van het totaal (Safrany & Monnet, 2012)

Andere kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van antibiotica door huisartsen zijn het percentage voorgeschreven DDD's van overige bètalactam-antibiotica en chinolonen op het totaal aantal voorgeschreven DDD's antibiotica. Ook de ratio van het aantal voorgeschreven DDD's breedspectrum antibiotica en smalspectrum antibiotica is een kwaliteitsindicator (Coenen et al., 2007; ECDC, 2014a; OECD, 2013a). Overige bètalactam-antibiotica (waaronder cefalosporines) en chinolonen zijn middelen die pas ingezet moeten worden als andere middelen niet werken. Ook moeten antibiotica die gericht zijn tegen een breed scala aan micro-organismen niet te vaak voorgeschreven worden. Hoe lager het percentage en de ratio, hoe beter. Ook voor deze twee indicatoren scoort Nederland laag. Bij de indicator percentage overige bètalactam-antibiotica en chinolonen scoren vier landen beter dan Nederland: Zweden, Noorwegen, Denemarken en Verenigd Koninkrijk. Bij de indicator ratio breed-smalspectrum scoorden ook Slovenië, Tsjechische Republiek, Duitsland en Ierland beter.

Het percentage beoordeelde Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 of 4 functioneert, steeg van 43% in 2004 naar 60% in 2011

In de periode 2004-2011 nam het percentage beoordeelde Farmacotherapeutisch Overleg (FTO)-groepen dat op niveau 3 of 4 functioneert toe van 43% naar 60% (zie *tabel* 5.7). De verschillen tussen regio's waren aanzienlijk in 2011. Zo functioneerde in Zuidoost-Brabant 85% van de beoordeelde FTO-groepen op niveau 3 of 4 en in Twente 31%.

Het FTO heeft als doel de kwaliteit en daarmee de veiligheid van medicijnverstrekking door huisartsen en apothekers te bevorderen (DGV, 2007). Deelname is voor huisartsen en apothekers een geaccrediteerde vorm van nascholing. Er zijn zo'n 850 FTO-groepen en ruim 90% van alle huisartsen en apothekers neemt deel.

Het IVM toetst de kwaliteit van het FTO met behulp van enquêtes onder FTO-contactpersonen (Dik et al., 2008). De enquête is gericht op 25 indicatoren. Op basis van deze enquêtes worden FTO-groepen ingedeeld in vier kwaliteitsniveaus:

1. Geen gestructureerd overleg
2. Regelmatig overleg zonder concrete afspraken
3. Regelmatig overleg met concrete afspraken
4. Regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken

Tabel 5.7: FTO-groepen op niveau 3 of 4, in 2004-2007 en 2011 (Bronnen: DGV, 2005-2008; IVM, 2013b).

	2004	2005	2006	2007	2011
Totaal aantal aangeschreven FTO-groepen	800	804	808	811	789
Aantal beoordeelde FTO-groepen	596	512	629	610	482
Aantal beoordeelde FTO-groepen op niveau 3 of 4	254	243	306	305	289
Percentage beoordeelde FTO-groepen op niveau 3 of 4	43	47	49	50	60

Tussen 2008-2010 werd geen FTO-peiling uitgevoerd

Het IVM ondersteunt de FTO-groepen bij het starten en professionaliseren van het FTO. Daarnaast monitort het IVM het voorschrijfgedrag van huisartsen. Hierdoor kan het IVM individuele huisartsen spiegelinformatie over hun eigen voorschrijfgedrag aanbieden (zie indicator 'Voorschrijven in de huisartspraktijk'). Deze informatie kan als input voor het FTO dienen, bijvoorbeeld om te bepalen welke onderwerpen in het FTO aandacht verdienen. Belangrijke onderwerpen van het FTO zijn medicatie voor allerlei verschillende aandoeningen, nieuwe geneesmiddelen, polyfarmacie, therapietrouw, herhaalreceptuur en medicatieoverdracht. Afspraken gaan onder meer over de rolverdeling in medicatiebewaking, voorkeursmedicatie en herhaalreceptuur (DGV, 2007; IVM, 2013b).

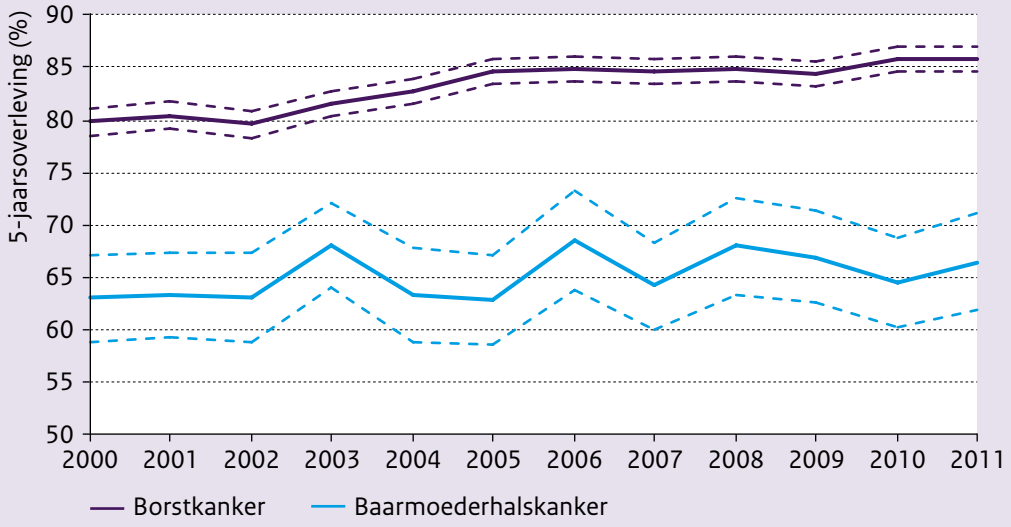
Onderzoek naar de relatie tussen FTO-niveau en de kwaliteit van het voorschrijven door huisartsen (Meulepas, 2008) toonde voor 7 van de 25 indicatoren een associatie aan tussen het percentage huisartsen in een regio dat deelnam aan een FTO op niveau 3 of 4 en het percentage patiënten in die regio waarbij volgens de richtlijnen werd voorgeschreven. Zo zijn er relatief meer nitraatgebruikers met een antitrombotica-behandeling, is de therapietrouw bij bisfosfonaatgebuikers groter en is de behandeling van astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden beter.

Er zijn zorgverzekeraars die deelname aan FTO-groepen op niveau 3 en 4 beschouwen als een kwaliteitsindicator voor zorginkoop (zie *paragraaf* 12.5). In 2011 beloonden Univé, De Friesland en Zorg en Zekerheid deelnemers aan FTO op hoog niveau met een tegemoetkoming. In de regio's van deze zorgverzekeraars waren relatief ook de meeste FTO-groepen op hoog niveau (IVM, 2013b).

De 5-jaarsoverleving bij borstkanker is gestegen in de periode 2000-2011. Vergeleken met andere westerse landen zijn de Nederlandse cijfers gemiddeld

Van de vrouwen bij wie in 2006 borstkanker werd gediagnosticeerd, is de relatieve 5-jaarsoverleving 85,9%. Voor vrouwen in de leeftijd tussen 15 en 74 jaar ligt dit percentage tussen de 88% en 91%. Voor vrouwen van 75 jaar en ouder is de 5-jaarsoverleving 75,5%. Als

Figuur 5.13: Relatieve 5-jaarsoverleving (met 95% betrouwbaarheidsinterval) van vrouwen met borstkanker en baarmoederhalskanker, gestandaardiseerd naar de 'International Cancer Survival Standard' (ICSS-2) populatie. Diagnose van 1995 tot en met 2006, follow-up van 2000 tot en met 2011 (Bron: IKNL, 2013a).



we de trend over de periode 1995-2006 bekijken (met follow-up tot 2000-2011), zien we dat de gemiddelde overleving verbeterde: van 79,8% naar 85,9% (zie *figuur 5.13*). De verbetering trad op voor vrouwen in de leeftijd tussen 15 en 74 jaar, ook voor vrouwen die niet gescreend werden (15-40 jaar). Voor vrouwen van 75 jaar en ouder werd in deze periode geen verbetering van de relatieve overleving gezien.

De relatieve 5-jaarsoverleving van patiënten met kanker is een indicator die de effectiviteit van de vroege opsporing (of screening) en de behandeling combineert. Door vroege opsporing en goede behandeling is de overleving te verbeteren. Een betere overleving betekent dat een toenemend deel van de patiënten geneest of dat patiënten langer leven met kanker. Het is een relatieve overleving omdat de overleving van patiënten die zijn gediagnosticeerd met kanker wordt gerelateerd aan personen in de algemene bevolking (met overeenkomstige leeftijd en geslacht).

De verbeterde overleving van vrouwen met borstkanker in Nederland wordt toegeschreven aan de screening die in 1990 werd ingevoerd en aan de verbeterde behandeling. Door de screening worden vaker kleinere en minder agressieve tumoren opgespoord en kan sneller met behandeling worden gestart. Verbeteringen in de behandeling deden zich voor op het gebied van de chirurgie en aanvullende therapieën (hormoontherapie en chemotherapie).

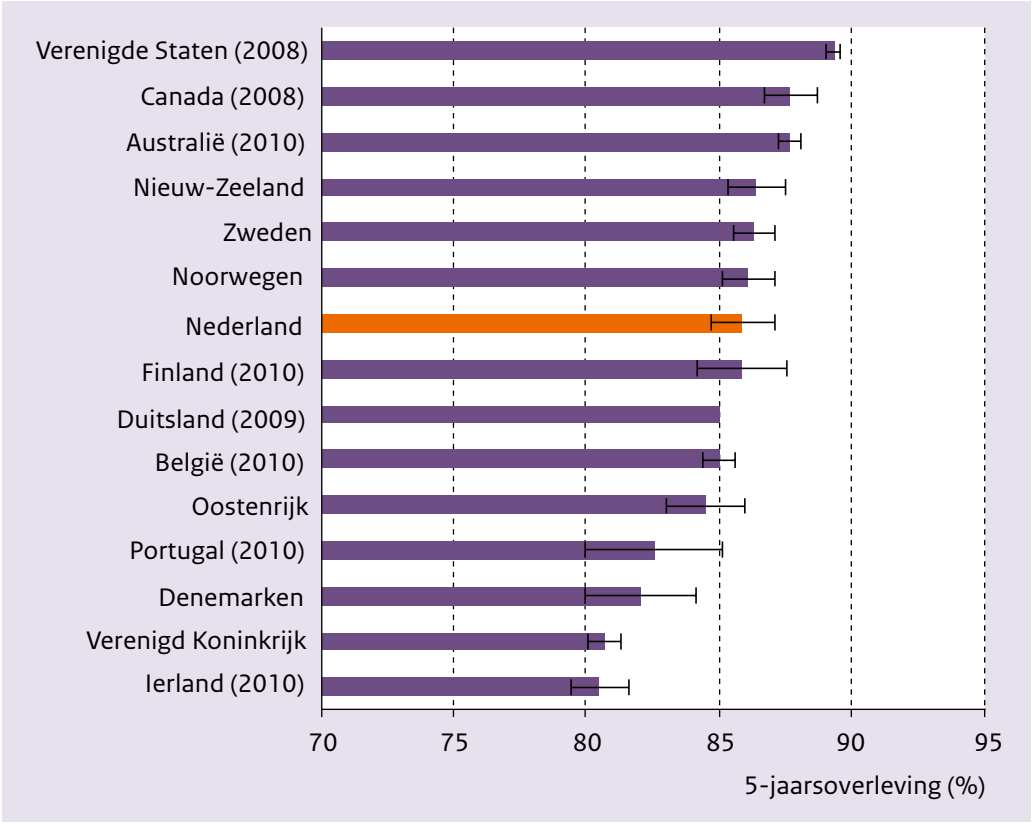
Daarnaast zijn nieuwe typen geneesmiddelen geïntroduceerd (Siesling et al., 2011a). Bij ouderen is de relatieve 5-jaarsoverleving vergeleken met jongere leeftijdsgroepen laag en verbeterde niet in de loop der tijd. Waarschijnlijk heeft dit er mee te maken dat bij patiënten van 75 jaar en ouder kanker in een verder gevorderd stadium wordt gediagnosticeerd (IKNL, 2014b). Ook kan niet worden uitgesloten dat behandelaars bij ouderen de richtlijnen voor behandeling minder vaak en volledig toepassen omdat zij van oordeel zijn dat deze te belastend zijn voor (kwetsbare) ouderen (met comorbiditeit). Ouderen worden minder vaak geopereerd en krijgen weinig radiotherapie en zelden chemotherapie na operatie. Wel krijgen ze vaak hormoontherapie (zoals tamoxifen) die ook belastend kan zijn. Gebruik van hormoontherapie onder ouderen nam sterk toe in de periode 1995-2005 terwijl de toepassing van chirurgie af nam (Bastiaannet et al., 2011; Hamaker et al., 2013).

Of bij ouderen terecht een terughoudend beleid wordt gevoerd, is vanwege beperkt evaluatieonderzoek van kankertherapie bij ouderen niet bekend (Van de Water et al., 2011; Hamaker et al., 2013). De stichting Geriatrische Oncologie Nederland stimuleert de uitvoering van onderzoek naar het beste behandelbeleid bij ouderen.

De relatieve 5-jaarsoverleving van borstkanker ligt in Nederland, volgens cijfers verzameld door de OECD, op gemiddeld niveau (zie *figuur 5.14*). Patiënten in de Verenigde Staten (VS) en Australië hebben een significant hogere overleving waarbij vooral de hoge overleving in de VS opvalt. De EUROCARE-5 studie (gebaseerd op patiënten die in de periode 2000-2007 waren gediagnosticeerd en gevolgd tot december 2008) liet een vergelijkbaar beeld zien: de overleving in Nederland zit boven in de middenmoot en Nederland wordt voorbijgestreefd door Scandinavische landen, Frankrijk en Italië (De Angelis et al., 2014).

Een onvolledige registratie van overledenen in de VS zou de hoge overleving in dat land deels kunnen verklaren (Siesling et al., 2011a), al wordt de mate van overschatting bij borstkanker gering geacht (Brenner & Hakulinen, 2009; Coleman et al., 2008). De EUNICE Survival Working Group vergeleek de 5-jaarsoverlevingscijfers tussen Europese regio's en de VS voor vrouwen die in de periode 2000-2004 waren gediagnosticeerd. Deze werkgroep concludeerde dat de verschillen tussen Europa en de VS vooral verklaard worden door de betere overleving van vrouwen van 70 jaar en ouder in de VS (Rosso et al., 2010). Ze wees wel op algemene problemen bij het vergelijken tussen landen maar rapporteerde niets over een slechtere follow-up bij ouderen in de Amerikaanse registraties in vergelijking met de Europese registraties.

Figuur 5.14: Relatieve 5-jaarsoverleving (met 95% betrouwbaarheidsinterval) van vrouwen met borstkanker, gediagnosticeerd in 2006 met follow-up tot 2011, tenzij anders vermeld (tussen haakjes jaar tot follow-up) (Bron: OECD, 2013a).



De 5-jaarsoverleving bij baarmoederhalskanker is stabiel over de tijd. De verschillen met andere westerse landen zijn beperkt

Van de vrouwen bij wie in 2006 baarmoederhalskanker werd vastgesteld, was de relatieve 5-jaarsoverleving 66,5%. Als we naar de ontwikkeling van de 5-jaarsoverleving over de periode 1995-2006 kijken (met follow-up over de periode 2000-2011) zien we dat deze nagenoeg gelijk is gebleven. Screeningseffect en effect van verbetering in de behandeling van baarmoederhalskanker, zoals het gebruik van radiotherapie in combinatie met hyperthermie (De Kok et al., 2011), komen nog niet tot uitdrukking in de overlevingscijfers.

De relatieve 5-jaarsoverleving in Nederland is vergelijkbaar met die in andere westerse landen (zie *figuur* 5.15). Gezien de lage incidentie en sterfte van baarmoederhalskanker zijn de betrouwbaarheidsintervallen rond de 5-jaarsoverlevingscijfers breed en zijn de verschillen met andere landen niet statistisch significant. Alleen in Ierland is de overleving slechter dan in

Figuur 5.15: Relatieve 5-jaarsoverleving (met 95% betrouwbaarheidsinterval) van vrouwen met baarmoederhalskanker, gediagnosticeerd in 2006 met follow-up tot 2011, tenzij anders vermeld (tussen haakjes jaar tot follow-up) (Bron: OECD, 2013a).

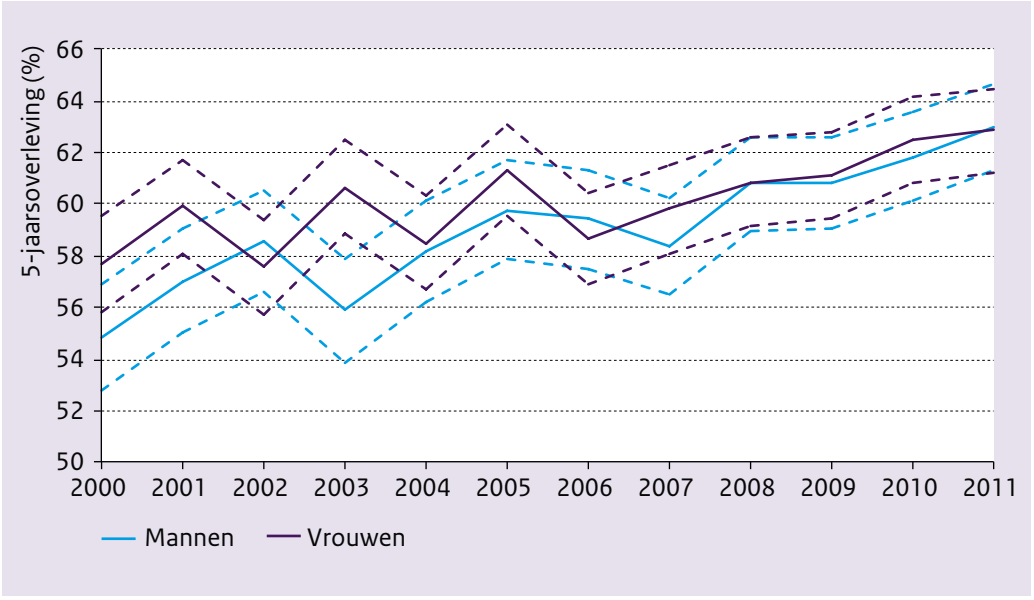


Nederland. De EUROCARE-5 studie, gebaseerd op patiënten die in de periode 2000-2007 waren gediagnosticeerd en gevolgd tot december 2008, gaf hetzelfde beeld. In deze studie werden wel statistisch significante verschillen gezien. In Noorwegen bleek de overleving beter dan in Nederland (De Angelis et al., 2014).

De 5-jaarsoverleving bij dikkedarmkanker is gestegen in de periode 2000-2011. Ook voor dit type kanker zijn de Nederlandse cijfers gemiddeld, vergeleken met andere westerse landen

Van de patiënten bij wie in 2006 dikkedarmkanker werd gediagnosticeerd, was de relatieve 5-jaarsoverleving bij mannen en vrouwen respectievelijk 63,0% en 62,8%. In de periode 1995-2006 (met follow-up tot 2000-2011) nam bij zowel mannen als vrouwen de overleving toe (zie *figuur 5.16*). De toename was waarneembaar in de leeftijdsklassen tussen 45 en 74 jaar, niet bij de jongste en oudste groepen.

Figuur 5.16: Relatieve 5-jaarsoverleving (met 95% betrouwbaarheidsinterval) van patiënten met dikkedarmkanker, gestandaardiseerd naar de 'International Cancer Survival Standard' (ICSS-2) populatie. Diagnose van 1995 tot en met 2006, follow-up van 2000 tot en met 2011 (Bron: IKNL, 2013a).

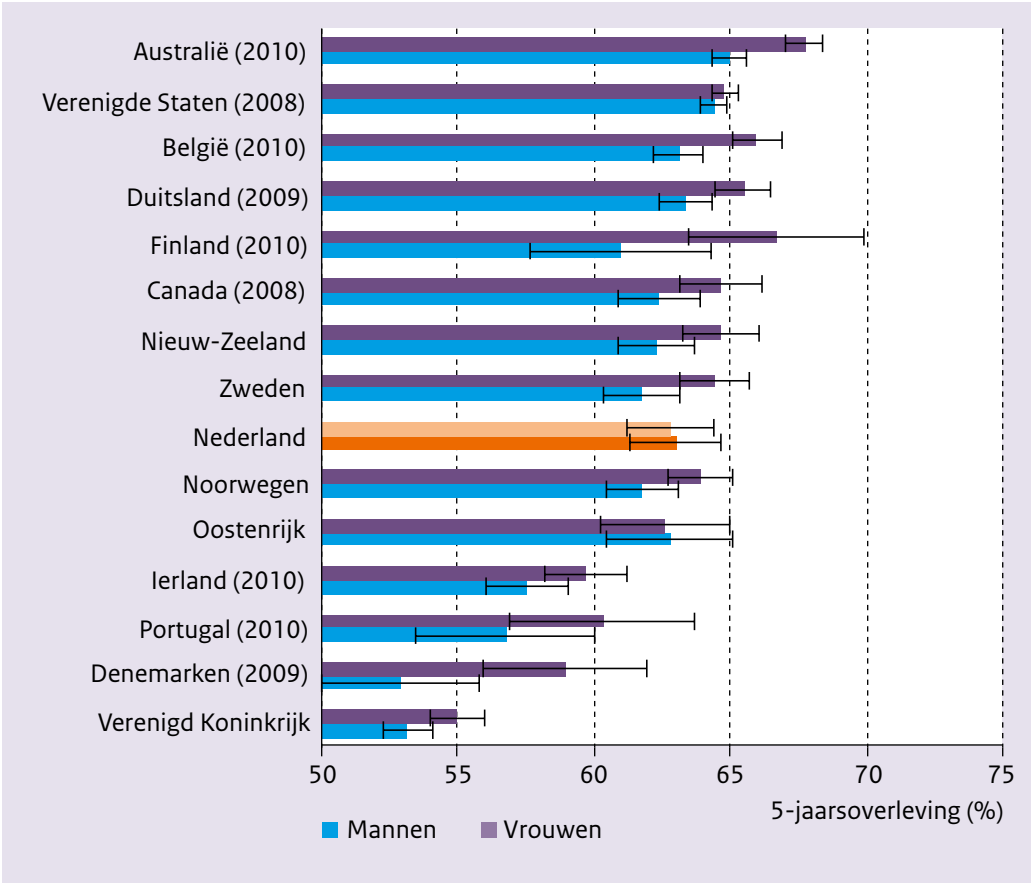


Bij dikkedarmkanker wordt vaak onderscheid gemaakt in colonkanker en endeldarmkanker (ofwel rectumkanker). Trends voor overleving zijn voor deze twee typen kanker nader onderzocht, waarbij rekening is gehouden met de stadiumverdeling bij diagnose. Het blijkt dat bij colonkanker de verbetering van de overleving bij patiënten die in de periode 1989-2006 waren gediagnosticeerd alleen optrad bij tumoren die door de darmwand heen gegroeid waren (stadia II en III) en niet bij tumoren die zich beperkten tot de darmwand (stadia 0 en I) (Van Steenbergen et al., 2010). Voor endeldarmkanker deden de verbeteringen zich voor bij stadium III en stadium IV. Bij deze stadia hebben zich uitzaaiingen gevormd (Elferink et al., 2010).

Vergeleken met andere westerse landen bevindt Nederland zich in de middenmoot wat betreft 5-jaarsoverleving bij darmkanker (zie *figuur 5.17*). Voor vrouwen is in Australië, België en Duitsland de overleving beter dan in Nederland. Uit de EUROCARE-5 studie kwam ongeveer hetzelfde beeld naar voren. Naast België en Duitsland, hebben Italië, Oostenrijk en Zwitserland betere overlevingscijfers dan Nederland (De Angelis et al., 2014).

De stijging van de overleving kan te maken hebben met veranderingen in behandelbeleid. Het gaat dan met name om het vaker toepassen van adjuvante chemotherapie, vooral bij patiënten met uitgezaaide darmkanker (Elferink et al., 2010; Van Steenbergen et al., 2010;

Figuur 5.17: Relatieve 5-jaarsoverleving (met 95% betrouwbaarheidsinterval) van patiënten met dikkedarmkanker, gediagnosticeerd in 2006 met follow-up tot 2011 (tenzij anders vermeld) (Bron: OECD, 2013a).



IKNL, 2014c). Bij endeldarmkanker speelt mogelijk ook het vaker combineren van chirurgie met preoperatieve radiotherapie en chemotherapie een rol en het vaker toepassen van een nieuwe chirurgische techniek (Elferink et al., 2010; IKNL, 2014c). De operatiesterfte bij ouderen is gedaald in de periode 2007-2011.

Ook kan vroege opsporing hebben bijgedragen aan de lichte stijging van de overleving (Van Steenbergen et al., 2009). In Nederland bestond in de bestudeerde periode nog geen georganiseerd bevolkingsonderzoek maar hebben wel proefbevolkingsonderzoeken plaatsgevonden. Bovendien lieten steeds meer mensen zich op eigen initiatief onderzoeken (opportunistische screening) omdat zij darmklachten hadden, familieleden met dikkedarmkanker hadden of wilden weten of zij risico liepen (Terhaar Sive Droste et al., 2009). Het

aantal coloscopieën nam vòòr de invoering van de landelijke screening jaarlijks toe met ongeveer 6% (Jansen et al., 2009).

In een uitgebreide studie van de OECD zijn de prestaties van de zorgsystemen op het gebied van kanker in de verschillende lidstaten met elkaar vergeleken (OECD, 2013c). Hieruit blijkt dat Nederland veel zaken heeft om te koesteren zoals de bevolkingsonderzoeken naar kanker, de beoordeling en toelating van nieuwe medicijnen, de lage financiële drempels voor patiënten, de beschikbaarheid van PET-scanners en beschikbaarheid van richtlijnen. Er zijn echter ook onderwerpen waarbij Nederland achterloopt op andere landen zoals het hebben van een breed nationaal plan om kanker te bestrijden, de kennis over kanker bij het publiek, het bevorderen van een gezonde leefstijl (roken), het meten van prestaties van de zorg, het benchmarken van zorgverleners en transparantie over kwaliteit van zorg en de doorlooptijden in het proces van verdenking, artsenbezoek, diagnostiek en starten van therapie. Er zijn ook zaken die in vrijwel alle landen nog aandacht behoeven: volgen van richtlijnen, verminderen van variatie tussen ziekenhuizen, voldoende poliklinische en huisartsenzorg voor de follow-up van kankerpatiënten, meten van behandelingsresultaat (via PROMS) en aandacht voor patiëntveiligheid.

In vergelijking met andere westerse landen scoort Nederland gemiddeld tot gunstig in het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen

Astma, COPD, hartfalen en diabetes mellitus zijn veel voorkomende chronische ziekten die over het algemeen goed behandeld kunnen worden in de eerste lijn of eventueel poliklinisch in de tweede lijn. Wanneer deze zorg goed toegankelijk is en van goede kwaliteit, kunnen ziekenhuisopnamen worden vermeden. Internationaal gezien blijkt Nederland gunstig te scoren voor het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van astma per 100.000 inwoners (zie *figuur 5.18*). Dit geldt ook voor COPD (gegevens niet weergegeven). Er zijn drie landen die zowel voor astma als COPD een lager opnamecijfer hebben: Italië, Portugal en Zwitserland. De Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Australië en Ierland hebben een hoog opnamecijfer. Voor hartfalen ligt het aantal ziekenhuisopnamen in Nederland in de middenmoot (zie *figuur 5.19*). Ziekenhuisopnamen voor acute complicaties van diabetes, zoals een (dreigend) coma, zijn in Nederland zeldzaam (zie *figuur 5.20*). Voor chronische complicaties van diabetes is de situatie ongunstiger, al zijn er landen die veel hoger scoren dan Nederland (zie *figuur 5.20*). Voor amputaties van (delen van) het been bij diabetes mellitus scoort Nederland matig (gegevens niet gepresenteerd). Zweden heeft het laagste aantal diabetische amputaties per 100.000 inwoners: 3,3 versus 13,5 in Nederland.

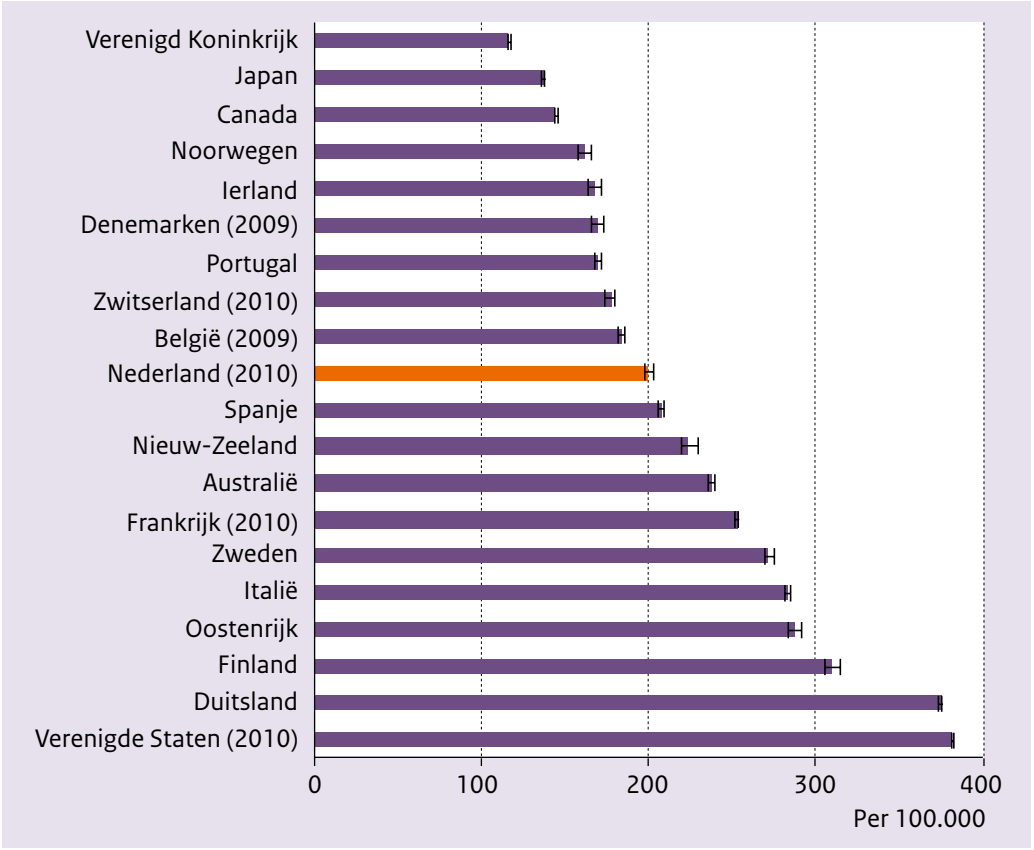
Goede ambulante zorg kan ziekenhuisopnamen grotendeels voorkomen. Onder ambulante zorg valt onder andere huisartsenzorg, poliklinische zorg, thuiszorg en zorg van openbare apotheken. Ook preventie, zowel binnen als buiten het gezondheidszorgsysteem, kan opnamen voorkomen. Als mensen gezonder leven en bijvoorbeeld minder blootgesteld worden aan binnen- en buitenluchtverontreiniging is hun kans op het krijgen van deze ziekten kleiner. Dit verkleint ook de kans op een ziekenhuisopname. Hoewel deze indicator verwijst naar vermijdbare ziekenhuisopnamen, kan het soms toch noodzakelijk zijn dat patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij onvoldoende reactie op adequaat

Figuur 5.18: Aantal ziekenhuisopnamen met als hoofddiagnose astma per 100.000 inwoners, voor een selectie van OECD-lidstaten, in 2011 (tenzij anders vermeld) (Bron: OECD, 2013a).

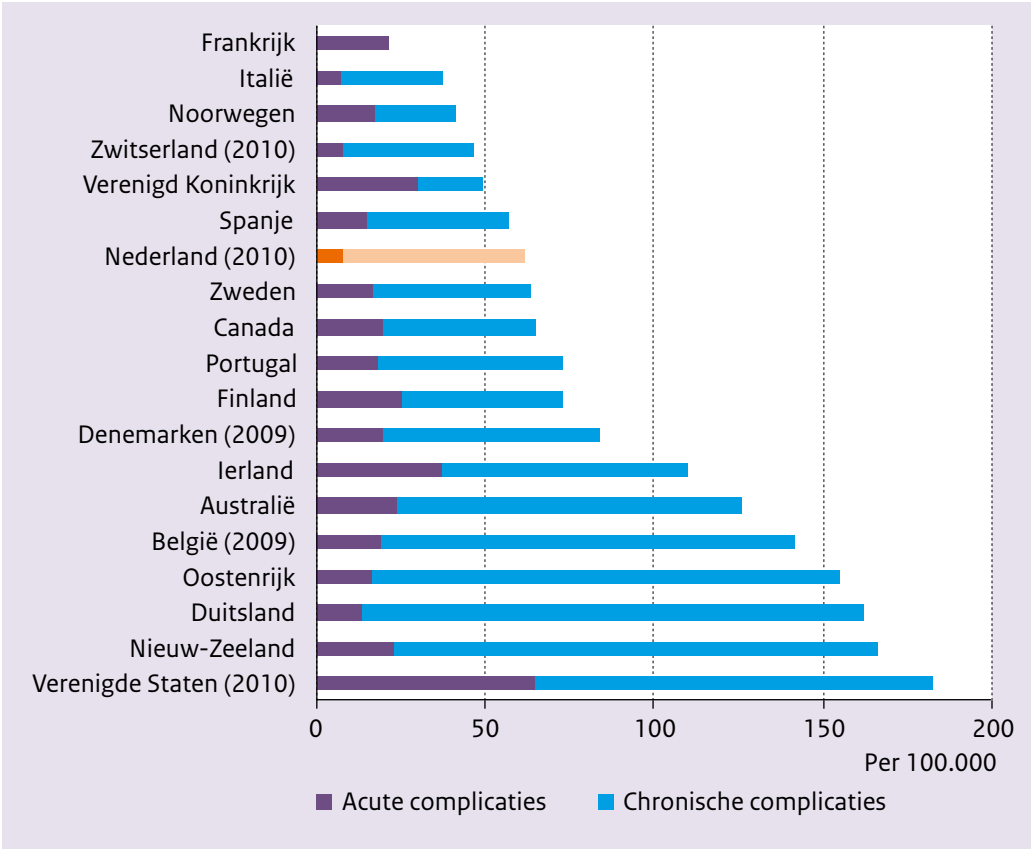


voorgeschreven en ingenomen medicatie, bij zeer ernstige ontregelingen of aanvallen of als bijkomende problemen en complicaties ontstaan.

Figuur 5.19: Aantal ziekenhuisopnamen met als hoofddiagnose hartfalen per 100.000 inwoners voor een selectie van OECD-lidstaten, in 2011 (tenzij anders vermeld) (Bron: OECD, 2013a).



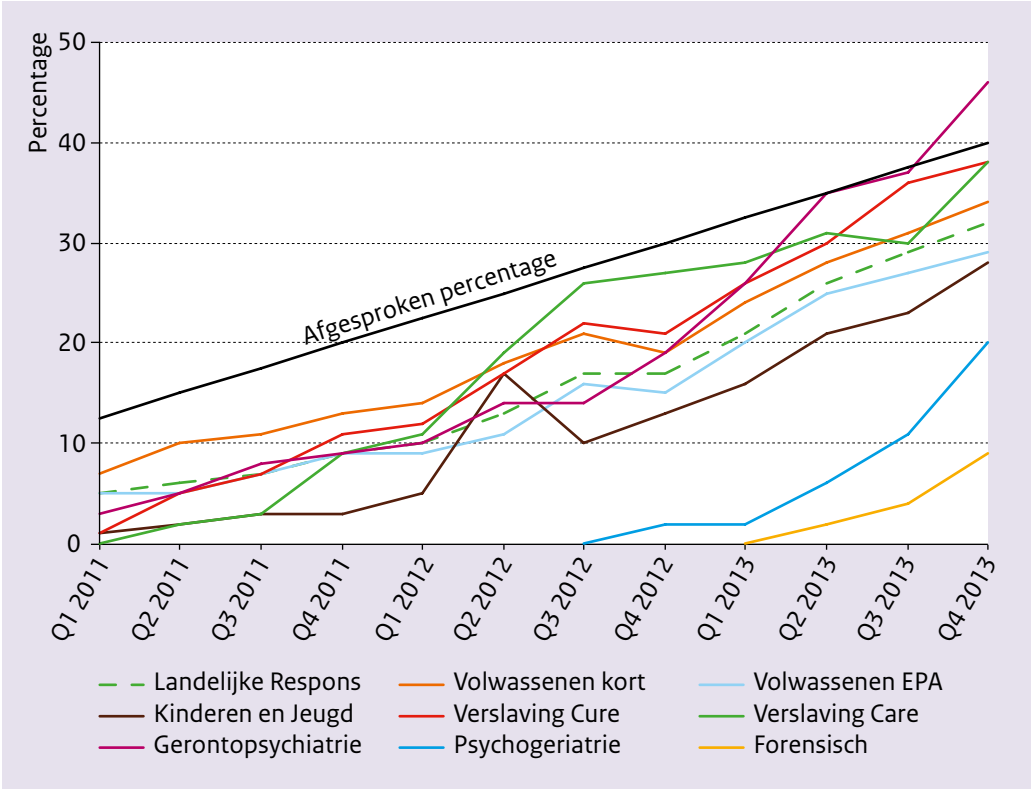
Figuur 5.20: Aantal ziekenhuisopnamen met als hoofddiagnose acute en chronische complicaties van diabetes mellitus per 100.000 inwoners voor een selectie van OECD-lidstaten, in 2011 (tenzij anders vermeld) (Bron: OECD, 2013a).



Er is een flinke stijging in de periode 2011-2013 van het percentage behandelingen in de ggz waarbij een behandeleffect is gemeten en waarvan de gegevens beschikbaar zijn gesteld voor benchmarken

Door routinematig uitkomsten van zorg te meten (Routine Outcome Monitoring; ROM) kunnen behandelaren en cliënten inzicht krijgen in het beloop van de klachten, het functioneren van de cliënt en de kwaliteit van leven. Als de uitkomsten daar aanleiding toe geven, kunnen zij besluiten de behandeling aan te passen of te beëindigen. Het toepassen van ROM kan daarmee de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg verhogen (De Beurs et al., 2011). ROM bestaat uit herhaaldelijk afnemen van vragenlijsten die door cliënten worden ingevuld of uit beoordelingsschalen die door behandelaren worden ingevuld. Voor verschillende cliëntgroepen zijn diverse vragenlijsten beschikbaar. Naast de functie van monitoring van het verloop van de behandeling, kan ROM ook gebruikt worden voor benchmarken in de ggz. Door

Figuur 5.21: Trend in responspercentage [a] van de ROM-meting van 1 januari 2011 tot 31 december 2013, naar zorgdomein [b] (Bron: SBG, 2014).



[a] Percentage afgesloten DBC's met een voor- en nameting
[b] EPA=ernstige psychiatrische aandoening

ROM-metingen op geaggregeerd niveau te verzamelen wordt het mogelijk om afdelingen of instellingen met elkaar te vergelijken. Dit geeft inzicht in kwaliteitsverschillen (zie ook *paragraaf 11.5*).

De ROM-metingen zijn gekoppeld aan DBC's. In 2010 hebben Zorgverzekeraars Nederland en de brancheorganisatie GGZ Nederland afgesproken om ROM in de ggz in te voeren (ZN & GGZ Nederland, 2010). Door bij elk DBC-traject een voor- en nameting te doen, worden veranderingen in de problematiek, functioneren en kwaliteit van leven van cliënten gemeten. Deze veranderingen worden het behandeleffect genoemd. Er is afgesproken dat eind 2014 bij minimaal 50% van de DBC's een voor- en nameting is gedaan. 100% zal nooit gehaald kunnen worden omdat sommige cliënten niet willen of kunnen meewerken aan de ROM-metingen, zij de Nederlandse taal niet machtig zijn of voortijdig de behandeling verlaten (drop-out).

Op 31 december 2013 is bij 32% van de afgesloten initiële DBC's in de ggz een behandeleffect gemeten en zijn de gegevens aangeleverd aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Een initiële DBC is een DBC waarmee de behandeling wordt gestart en waar het bij blijft indien de behandeling binnen een jaar wordt afgerond. Afgezien van de psychogeriatrie en forensische psychiatrie is in alle zorgdomeinen het percentage hoger dan 28%. Vanaf 1 januari 2011 werd het responspercentage bijgehouden. Voor alle zorgdomeinen in de ggz is dit percentage flink gestegen, voor de hele sector van 5 tot 32% (zie *figuur 5.21*). In de gerontopsychiatrie, verslavingszorg en volwassenen kort liggen de responspercentages rond het streefpercentage; andere zorgdomeinen blijven nog wat achter. Duidelijk is te zien dat in de psychogeriatrie en forensische psychiatrie ROM pas later is gestart.

We hebben hiermee zicht op 65% van alle DBC's in de ggz. Een deel van de instellingen, vooral kleine aanbieders, heeft nog helemaal geen gegevens aangeleverd (25%) en vrijgevestigde behandelaren hoefden tot 1 januari 2014 nog geen ROM-gegevens aan te leveren (10%).

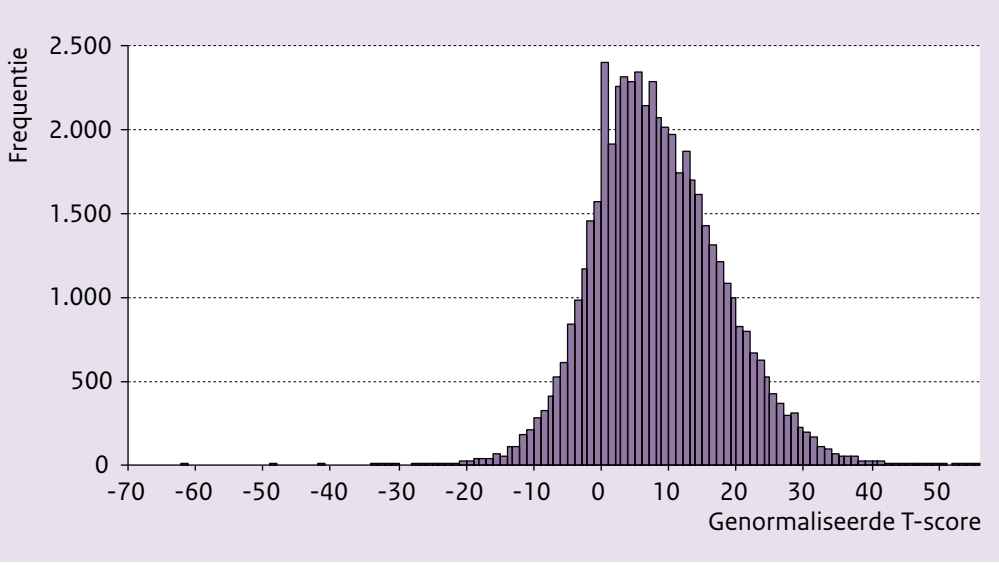
In ruim driekwart van de kortdurende behandelingen in de ggz voor volwassenen namen de klachten van de cliënt af

Over het zorgdomein 'volwassenen kort' zijn de meeste ROM-metingen beschikbaar (hoog responspercentage gecombineerd met een groot aandeel van de ggz-populatie). Dit betreft curatieve ambulante zorg aan cliënten met veelvoorkomende stoornissen zoals stemmings- en angststoornissen. Van 1 januari 2012 tot en met 30 juni 2013 zijn bij 52.191 initiële DBC's behandeleffecten gemeten. Het behandeleffect is het verschil tussen de voor- en nameting uitgedrukt in een genormaliseerde T-score. Deze maat maakt het mogelijk scores die gemeten zijn met verschillende ROM-instrumenten met elkaar te vergelijken (De Beurs, 2010). De verschilscore kan in theorie elke waarde aannemen maar loopt in de praktijk ongeveer van -20 tot 40 (corresponderend met twee standaardafwijkingen achteruitgang tot vier standaardafwijkingen vooruitgang).

Uit de frequentieverdeling van behandeleffecten (zie *figuur 5.22*) blijkt dat het gemiddelde behandeleffect 7,8 was. Bij 78% van de behandelingen was er sprake van een positief behandeleffect (verschil tussen genormaliseerde T-scores >0). Dat betekent dat in een ruime meerderheid van de behandelingen de cliënten vooruitgaan. Bij 23% van de behandelingen was de verschilscore 15 of hoger. Om een indicatie van de grootte te geven: een effect van 8,0 wordt beschouwd als een groot effect.

Uit een eerste vergelijking van de behandeleffecten tussen vier grote ggz-instellingen blijkt dat er grote verschillen zijn. Voor initiële DBC's die in de periode januari 2012 tot en met juli 2013 werden afgesloten in het zorgdomein 'volwassen kort', toegepast bij patiënten die lijden aan een stemmings- of angststoornis, was de gemiddelde verschilscore 7,4. Voor de laagst scorende instelling was deze 4,7 en voor de hoogst scorende 11,7. Voor de vervolg-DBC's was de gemiddelde verschilscore 3,0; voor de laagst en hoogst scorende instelling respectievelijk 2,1 en 5,8. Dat er verschillen worden gevonden tussen instellingen en type DBC's wijst erop dat de verschilscore een gevoelige maat is.

Figuur 5.22: Frequentieverdeling van het behandeleffect bij afgesloten initiële DBC's in het ggz-zorgdomein volwassenen kort, in de periode 1 januari 2012 tot en met 30 juni 2013, uitgedrukt in een verschil tussen voor- en nameting van de genormaliseerde T-score (Bron: SBG, 2014).



Kenmerken van de verdeling: gemiddelde verschilscore 7,8 (minimum -62, maximum 55) en standaardafwijking 9,5; N=52.191

Het positieve behandeleffect kan behalve door de behandeling ook door spontaan herstel of toeval zijn veroorzaakt. Verschillen tussen ggz-instellingen kunnen veroorzaakt worden door verschillen in cliëntkenmerken tussen instellingen (casemix-verschillen). Daarbij valt te denken aan sociaal-demografische kenmerken, aard, ernst en complexiteit van de stoornis en comorbiditeit. Ook de wijze waarop instellingen de gegevens verzamelen en te maken hebben met (selectieve) non-respons kunnen van invloed zijn. Momenteel wordt onderzocht in hoeverre deze factoren daadwerkelijk tot vertekening van de uitkomsten leiden en hoe daarmee kan worden omgegaan.

Patiënten ervaren regelmatig problemen in de coördinatie en afstemming van zorg als zij met meerder zorgverleners te maken hebben. Vergeleken met andere landen scoort Nederland over het algemeen echter tamelijk goed op dit terrein

Voor een optimale medisch-specialistische behandeling is het van belang dat zowel de huisarts als de medisch specialist over de juiste informatie over de patiënt beschikken. Dat komt ook de veiligheid ten goede. Bovendien vinden patiënten het vaak vervelend hun verhaal te moeten herhalen. In een internationaal onderzoek is aan mensen die in de afgelopen twee jaar een medisch specialist hebben bezocht of zijn opgenomen in het ziekenhuis, gevraagd of zij

Tabel 5.8: Percentage [a] personen van 18 jaar en ouder dat zegt coördinatieproblemen te hebben ervaren, gemeten in 2013 (Bron: Faber et al., 2013).

Land	NL	DU	FR	NO	VK	ZWE	ZWI	AU	NZ	CA	VS
Respondenten die in de afgelopen 2 jaar een specialist hebben bezocht	383	824	994	570	323	1068	683	1025	491	2848	1171
...de specialist beschikte niet over de medische basisinformatie van de huisarts	**10**	20	13	15	18	20	24	13	12	16	20
...de huisarts leek niet geïnformeerd en niet op de hoogte van de zorg die van de specialist was ontvangen	**9**	41	23	29	18	30	23	17	18	23	28
...er werd tegenstrijdige informatie ontvangen van verschillende artsen of zorgverleners	**19**	18	14	17	7	15	12	16	17	15	19
Respondenten die in de afgelopen 2 jaar opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis	205	292	347	231	142	483	331	392	191	901	444
...de huisarts had geen nazorg van een dokter of andere zorgprofessional geregeld [b]	**27**	48	42	39	19	37	30	24	26	26	20
Respondenten die in de afgelopen 2 jaar opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis	203	286	344	228	136	464	325	388	189	871	419
...de huisarts was na ontslag uit het ziekenhuis niet op de hoogte van de zorg die in het ziekenhuis ontvangen was [b]	**21**	25	23	36	19	45	30	29	21	21	21
Alle respondenten	1000	1125	1406	1000	1000	2400	1500	2200	1000	5412	2002
...tijdens de afspraak met de arts waren testresultaten of medische dossiers niet beschikbaar	**10**	7	10	7	6	8	9	7	9	11	17
...artsen hadden een medisch onderzoek aangevraagd dat onnodig was omdat het onderzoek al had plaatsgevonden	**14**	15	11	8	5	4	18	9	6	7	15

[a] In de donkerder gekleurde rijen zijn absolute aantallen respondenten weergegeven, in de lichter gekleurde rijen de percentages; de hoogste en laagste waarde zijn respectievelijk rood en groen gekleurd
[b] Aan de respondenten is de vraag positief voorgelegd; voor de consistentie in deze tabel zijn de uitkomstpercentages van 100% afgetrokken
NL=Nederland, DU=Duitsland, FR=Frankrijk, NO=Noorwegen, VK=Verenigd Koninkrijk, ZWE=Zweden, ZWI=Zwitserland, AU=Australië, NZ=Nieuw-Zeeland, CA=Canada, VS=Verenigde Staten

problemen hebben ervaren in de coördinatie en afstemming van zorg. Afhankelijk van het onderwerp was dat voor 9% tot 27% van de patiënten van 18 jaar en ouder het geval (zie *tabel 5.8*). Ook is gevraagd of men de ervaring had dat tijdens een consult testresultaten of het medische dossier niet beschikbaar waren en of een medisch onderzoek onnodig was aangevraagd.

14% van alle mensen in het onderzoek, dus ook mensen die geen contact hadden gehad met een huisarts of medisch specialist, had meegemaakt dat er een onderzoek werd aangevraagd dat onnodig was omdat het al had plaatsgevonden.

Internationaal gezien is het voorkomen van problemen in de coördinatie en afstemming van zorg in Nederland lager dan in veel andere landen. Alleen door mensen uit het Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland en Australië worden minder problemen gerapporteerd. In Canada en Frankrijk komen problemen ongeveer even vaak voor als in Nederland. De rangorde in het voorkomen van problemen is niet voor alle problemen hetzelfde. Zo komt het in Nederland relatief weinig voor dat medisch specialisten niet over de informatie van huisartsen beschikken en vice versa. Wel krijgen patiënten in Nederland in vergelijking met patiënten uit andere landen vaak tegenstrijdige informatie van zorgverleners en hebben Nederlandse patiënten vaker de indruk dat overbodige onderzoeken worden aangevraagd.

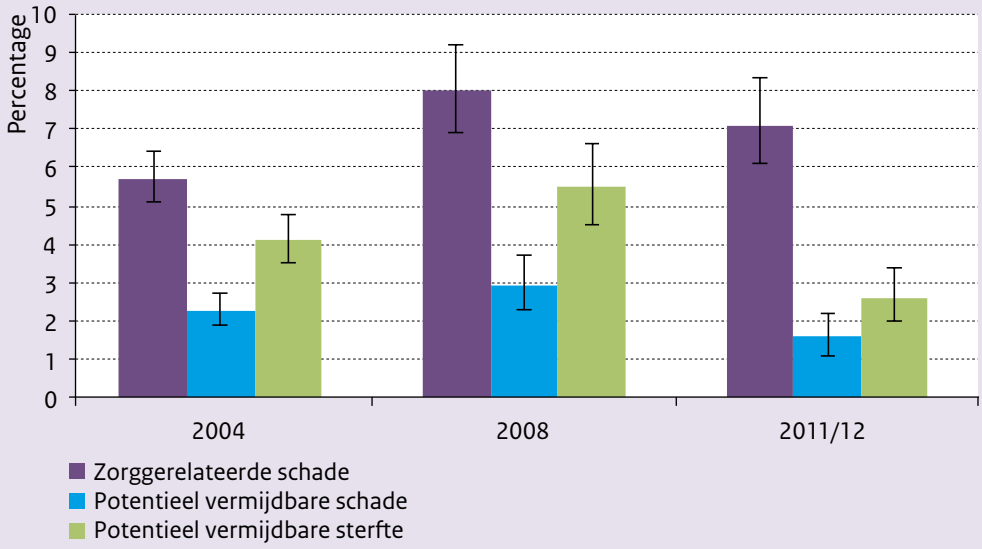
Dit onderzoek is in 2013 uitgevoerd onder de algemene bevolking van 18 jaar en ouder. In 2011 is door dezelfde onderzoeksgroep een soortgelijk onderzoek uitgevoerd onder mensen met een redelijke tot slechte gezondheid of mensen die zorg hadden gebruikt in de twee jaar voorafgaand aan het interview (Faber et al., 2011). Ook toen scoorde Nederland tamelijk goed; alleen het Verenigd Koninkrijk deed het op alle gebieden beter.

Het percentage patiënten dat tijdens hun opname in het ziekenhuis zorggerelateerde schade opliep, bleef in periode 2008-2012 stabiel, potentieel vermijdbare sterfte daalde van 4,1% naar 2,6%

Met de Monitor Zorggerelateerde Schade (uitgevoerd door EMGO/NIVEL) is driemaal onderzoek gedaan naar het voorkomen van zorggerelateerde schade bij patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen. Op basis van de laatste meting (1 april 2011-31 maart 2012) werd geschat dat 7,1% van de patiënten tijdens de opname zorggerelateerde schade oploopt. Bij zorggerelateerde schade is het waarschijnlijk dat de schade is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem. Bij 1,6% van alle ziekenhuisopnamen was er sprake van potentieel vermijdbare schade. Het is dan waarschijnlijk dat de schade is ontstaan door onvoldoende volgen van professionele standaarden door zorgverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem.

Bij 0,06% van alle ziekenhuisopnamen overleed de patiënt terwijl dit potentieel vermijdbaar was. Van alle in het ziekenhuis overleden patiënten was bij 2,6% de sterfte potentieel vermijdbaar. Geëxtrapoleerd naar 1,6 miljoen ziekenhuisopnamen die in een jaar plaatsvinden, betreft het 119.000 gevallen van zorggerelateerde schade, 27.000 gevallen van potentieel vermijdbare schade en 968 gevallen van potentieel vermijdbare sterfte.

Figuur 5.23: Percentage (met 95% betrouwbaarheidsintervallen) in het ziekenhuis opgenomen patiënten dat daar (potentieel vermijdbare) zorggerelateerde schade opliep en percentage in het ziekenhuis overleden patiënten waarbij de sterfte potentieel vermijdbaar was, in 2004, 2008 en 2011/12 (Bronnen: De Bruijne, 2007; Langelaan et al., 2010; Langelaan et al., 2013).



Eerdere metingen vonden plaats in 2004 en 2008. De incidentie van zorggerelateerde schade lag in 2011/2012 op ongeveer hetzelfde niveau als in 2008 maar was hoger dan in 2004. Het percentage opnamen met potentieel vermijdbare schade en het percentage sterfgevallen waarbij de sterfte potentieel vermijdbaar was, was in 2011/2012 lager dan in 2008 en 2004 (zie *figuur 5.23*).

De gevolgen voor patiënten van zorggerelateerde schade lopen uiteen van geen schade tot en met overlijden. Volgens de meting uit 2011/2012 zijn de gevolgen minder ernstig dan in de voorgaande metingen (zie *tabel 5.9*).

De Monitor Zorggerelateerde Schade is gebaseerd op onderzoek van dossiers. De dossiers waren in de drie meetjaren afkomstig van respectievelijk 21, 20 en 20 ziekenhuizen (De Bruijne et al., 2007; Langelaan et al., 2010; Langelaan et al., 2013). In 2004 werden per ziekenhuis 400 dossiers beoordeeld, in 2008 en 2011-2012 200.

De resultaten van het eerste onderzoek in 2004 waren voor de overheid aanleiding om een beleidsnorm voor vermijdbare schade in ziekenhuizen op te stellen: een reductie van het aantal gevallen met 50% in vijf jaar (VWS, 2007). Om deze reductie te realiseren werd het VMS Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' in ziekenhuizen geïntroduceerd. Dit

Tabel 5.9: Mate van gezondheidsbeperking bij ontslag/overlijden van patiënten die te maken kregen met zorggerelateerde schade tijdens ziekenhuisopname in 2004, 2008 en 2011/2012 (Bronnen: De Bruijne et al., 2007; Langelaan et al., 2010; Langelaan et al., 2013).

	2004 (N=663) (%)	2008 (N=467) (%)	2011/2012 (N=390) (%)
Geen of tijdelijke beperkingen die binnen een jaar zijn verdwenen	85,0	81,5	88,8
Blijvende beperkingen of invaliditeit	5,0	4,9	1,2
Overlijden	8,0	9,7	4,5
Niet te beoordelen	2,0	4,0	5,5
Totaal	100	100	100

programma bestond uit een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en tien veiligheidsthema's. In april 2014 hadden 89 ziekenhuizen een gecertificeerd of geaccrediteerd VMS (VMSzorg, 2014). Alle ziekenhuizen hebben tussen 2008 en 2012 deelgenomen aan de tien veiligheidsthema's. Voor elk thema werden 'good practices' aangeboden. Voorbeelden van thema's zijn kwetsbare ouderen, het voorkomen van nierinsufficiëntie en medicatieverificatie bij opname en ontslag. Uit de evaluatie van dit programma door het NIVEL/EMGO (De Blok et al., 2013) bleek onder meer dat er tussen ziekenhuisafdelingen verschillen zijn in de implementatie van de thema's, dat de ziekenhuizen niet even ver zijn met de thema's en dat het vaak voorkomt dat een ziekenhuis op het ene thema goed scoort maar op het andere thema achterblijft. Om de behaalde resultaten te verbeteren dan wel te bestendigen is in de IGZ Kwaliteitsindicatoren Basisset ziekenhuizen 2014 een aantal veiligheidsindicatoren gerelateerd aan de veiligheidsthema's opgenomen (IGZ, 2013a).

In het kader van de EMGO/NIVEL-studie werd ook een inventarisatie gemaakt van buitenlandse dossierstudies naar potentieel vermijdbare schade in ziekenhuizen. Hoewel er verschillen zijn tussen deze studies in gebruikte definities en referentiejaar kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat de situatie in Nederland tamelijk gunstig is (Langelaan et al., 2013).

Het percentage patiënten in Nederland dat een medische, medicatie- of diagnostische fout heeft ervaren in 2011 is met 20% internationaal gezien tamelijk hoog

In een internationaal onderzoek uitgevoerd in 2011, is aan patiënten gevraagd of tijdens hun behandeling of verzorging in de afgelopen twee jaar een fout was gemaakt. Van de geïnterviewde Nederlandse patiënten zei 20% dat dat het geval was. Het ging hierbij om een medische fout, een fout in het voorschrijven of verstrekken van medicijnen, een fout in de uitvoering van medische onderzoeken, het geven van verkeerde uitslagen van medische testen of het laat op de hoogte stellen van afwijkende testuitslagen. Dat percentage is ongeveer even hoog als in Australië, Canada, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Zweden en de Verenigde Staten. In

Tabel 5.10: Percentage [a] personen dat in de afgelopen 2 jaar medische fouten heeft ervaren, van de personen van 18 jaar en ouder met een redelijke tot slechte gezondheid of die zorg hadden gebruikt in de twee jaar voorafgaand aan het interview, gemeten in 2011 (Bronnen: Faber et al., 2011; Schoen et al., 2011).

Land	NL	DU	FR	NO	VK	ZWE	ZWI	AU	NZ	CA	VS
Aantal personen	1000	1200	1001	753	1001	4804	1500	1500	750	3958	1200
Medische fout	**11**	8	6	17	4	11	4	10	13	11	11
Respondenten die minimaal 1 medicijn gebruikten	737	829	715	593	783	3478	1156	1114	505	2840	914
... verkeerde medicijnen of verkeerde dosering	**6**	8	6	8	2	5	2	4	7	5	8
Respondenten die afgelopen 2 jaar een medische test hebben gekregen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
... verkeerde uitslagen van medisch onderzoek	**6**	2	3	4	2	3	3	4	5	5	5
... laat op de hoogte gesteld van afwijkende testuitslag	**5**	5	3	10	4	9	5	7	8	11	10
Aantal personen	1000	1200	1001	753	1001	4804	1500	1500	750	3958	1200
Medische of medicijnfout, fout in medisch onderzoek of late testuitslag (totaal)	**20**	16	13	25	8	20	9	19	22	21	22

[a] Het hoogste en laagste percentage zijn respectievelijk rood en groen gekleurd
n.v.=aantal respondenten niet vermeld
NL=Nederland, DU=Duitsland, FR=Frankrijk, NO=Noorwegen, VK=Verenigd Koninkrijk, ZWE=Zweden, ZWI= Zwitserland, AU=Australië, NZ=Nieuw-Zeeland, CA=Canada, VS=Verenigde Staten

Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk ligt dit percentage aanzienlijk lager. Duitsland en Frankrijk zitten daar tussenin (zie *tabel 5.10*). Het aantal gerapporteerde fouten lag in alle landen hoger wanneer meerdere artsen bij de behandeling waren betrokken (Schoen et al., 2011).

Als we kijken naar de afzonderlijke typen fouten, valt op dat Nederlandse patiënten het vaakst een verkeerde uitslag van medisch onderzoek ontvangen. Daarentegen ervaren relatief weinig Nederlandse patiënten dat zij laat op de hoogte zijn gesteld van de uitslagen van medisch onderzoek.

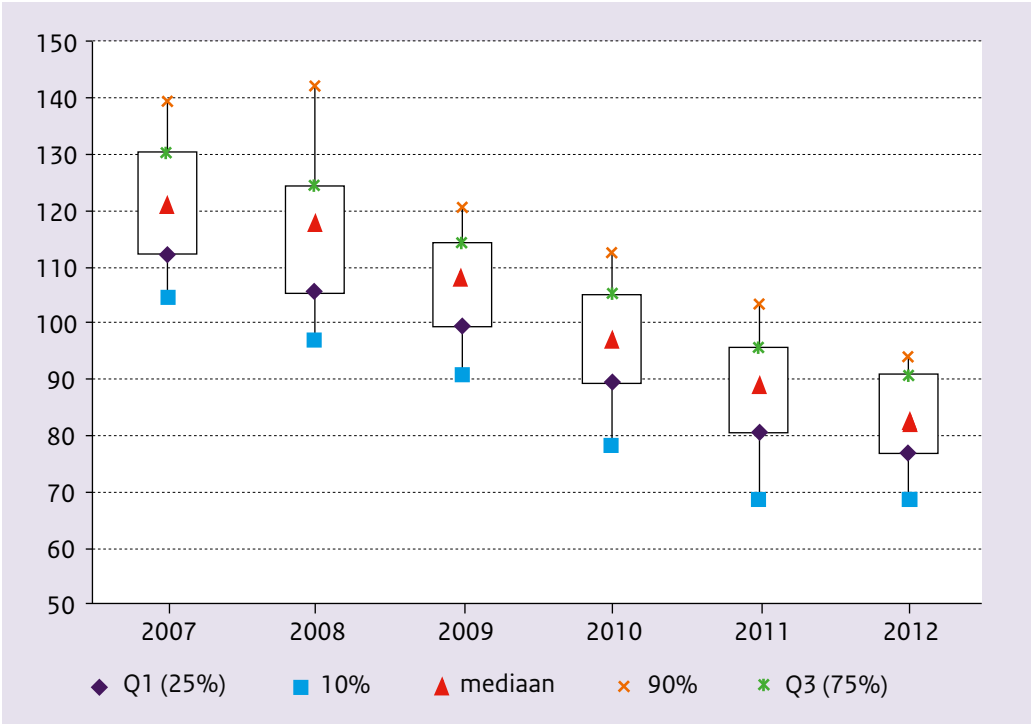
De gestandaardiseerde ziekenhuissterfte is in de periode 2007-2012 gedaald met 34%
Met de Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) kan het sterftecijfer tussen ziekenhuizen onderling worden vergeleken. De HSMR van een ziekenhuis is een maat om de kans op overlijden in een ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen uit te drukken (Jarman et al., 1999; Heijink et al., 2008).

Van de 100 ziekenhuizen in Nederland voldeden 61 aan de criteria om de HSMR te kunnen vergelijken. De overige 39 ziekenhuizen zijn om verschillende redenen niet meegenomen in de analyse. Er was bijvoorbeeld onvoldoende deelname aan de Landelijke Medische Registratie (LMR) in één of meerdere jaren, de kwaliteit van de gegevens was onvoldoende of de patiëntenpopulatie week te veel af van die van de andere ziekenhuizen. Voor de 61 ziekenhuizen in de analyse is het gemiddelde van de HSMR over alle jaren op 100 gesteld. Bij een HSMR gelijk aan 100 komt de ziekenhuissterfte precies overeen met de verwachte sterfte (berekend met gegevens van alle jaren). Boven de 100 is de sterfte hoger dan verwacht, daaronder lager dan verwacht. In 2007 lag de mediane sterfte van de ziekenhuizen nog 21% boven de verwachte waarde. In 2012 lag deze 18% onder de verwachte waarde. De mediane waarde is over de periode 2007-2012 met 34% gedaald (zie *figuur 5.24*). Ziekenhuizen met de hoogste sterfte in 2012 zaten ongeveer op het niveau van de ziekenhuizen met de laagste sterfte in 2007. De spreiding in HSMR tussen de ziekenhuizen is niet systematisch veranderd in de tijd.

De HSMR houdt rekening met een aantal factoren die de ziekenhuissterfte beïnvloeden maar die buiten de controle van het ziekenhuis liggen. Verschillen in sterftecijfers kunnen bijvoorbeeld veroorzaakt worden doordat in sommige ziekenhuizen meer patiënten liggen met ernstige aandoeningen of met een hogere leeftijd dan in andere. Voor het berekenen van de gestandaardiseerde ziekenhuissterfte wordt daarom de werkelijke sterfte gedeeld door de sterfte die men zou verwachten op basis van een reeks van eigenschappen van de opgenomen patiënten. Dit betreft bijvoorbeeld de leeftijd, urgentie van de opname (acuut of gepland), de ernst van de aandoening, comorbiditeit (medische problemen die spelen naast de hoofddiagnose), de sociaaleconomische status en de herkomst (thuis, ander ziekenhuis, andere instelling).

De kenmerken urgentie van de opname, ernst van de aandoening en comorbiditeit zijn gevoelig voor de wijze waarop en de volledigheid waarmee geregistreerd wordt. Als hier in de loop van de tijd veranderingen in optreden, kan dat gevolgen hebben voor de hoogte van de HSMR. Uit de analyse door het CBS blijkt dat de registratie van comorbiditeit in de loop van de tijd is verbeterd (Israëls et al., 2013). Als er meer comorbide aandoeningen worden geregistreerd, daalt vanzelf de HSMR. De HSMR is ook gevoelig voor de ligduur. Als de ligduur in de loop van de tijd daalt, zal de ziekenhuissterfte hoogstwaarschijnlijk ook dalen en

Figuur 5.24: Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte (mediane HSMR en percentielen) in de periode 2007-2012 [a]. De cijfers zijn geïndexeerd op het gemiddelde van alle jaren. Gebaseerd op de gegevens van 61 ziekenhuizen (Bronnen: Landelijke Medische Registratie, Dutch Hospital Data; databewerking CBS).



[a] Daling van de HSMR over de periode 2007-2013, bepaald met lineaire regressieanalyse: 34%

daarmee de HSMR. In de periode 2007-2011 is de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen in Nederland gedaald van 6,3 naar 5,3 dagen (CBS Statline, 2013a).

Over de vraag of ziekenhuizen met een hoge HSMR veel vermijdbare sterftegevallen hebben en dus slechter presteren dan ziekenhuizen met een lage HSMR, is veel discussie (Israëls et al., 2013; Van Gestel et al., 2012). Volgens de critici kunnen HSMR's van ziekenhuizen nog niet goed met elkaar vergeleken worden. Naast de verschillen in wijze en volledigheid van registratie, hebben ziekenhuizen soms zeer verschillende patiëntenpopulaties. Hiervoor kan het gebruikte model voor het berekenen van de HSMR niet voldoende corrigeren. Die verschillen in patiëntenpopulaties hebben te maken met de functie van de ziekenhuizen. Bovenregionale ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in bepaalde aandoeningen of complexe operaties, hebben een andere patiëntenpopulatie dan algemene ziekenhuizen waar mensen met minder complexe aandoeningen worden behandeld.

Verder kan de beschikbaarheid van hospices en extramurale palliatieve zorg in de regio invloed hebben op het opname- en ontslagbeleid van ziekenhuizen en de verwijs- en (her) opnamegeschiedenis van patiënten. Voor het gebruik van de HSMR in deze Zorgbalans zijn deze aspecten alleen van belang als ze zijn veranderd in de tijd. Dat geldt dus mogelijk voor de registratie van comorbiditeit en het opname- en ontslagbeleid. Als een ziekenhuis het zorgaanbod heeft gewijzigd (door bijvoorbeeld de opening van een hartcentrum of het stoppen met bepaalde operaties) kan dat ook invloed hebben op de verandering van de HSMR in de tijd.

In 2013 had gemiddeld 3,2% van de patiënten opgenomen in een ziekenhuis een zorginfectie; in 2008 was dat nog 6,2%

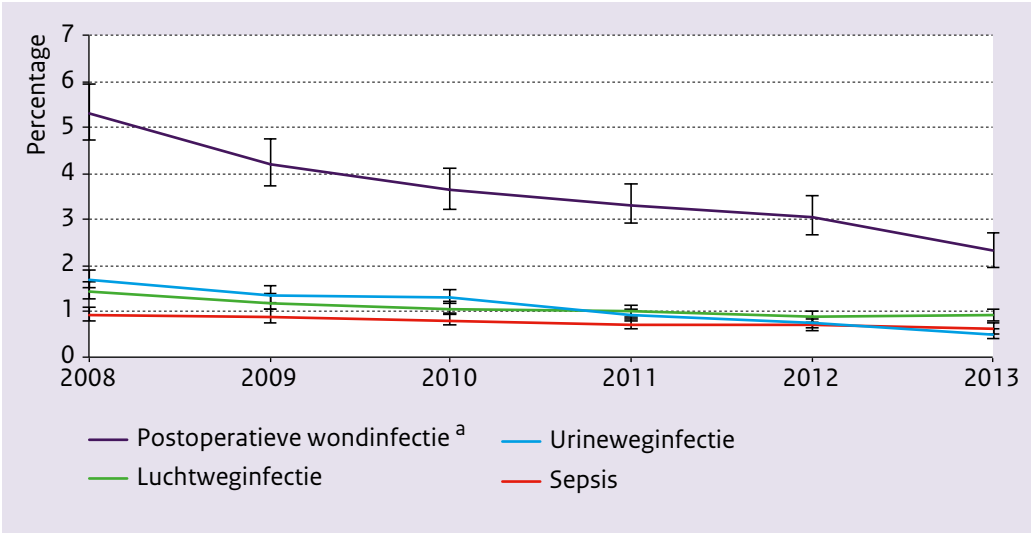
De prevalentie van zorginfecties in ziekenhuizen is gedaald van 6,2% in 2008 naar 3,2% in 2013. De spreiding tussen de ziekenhuizen is groot: in 2013 varieerde de prevalentie tussen de 0,0% en 6,7% voor de 54 deelnemende ziekenhuizen. Dit verschil wordt deels veroorzaakt door verschil in patiëntenpopulatie. Het betreft een (punt)prevalentie. Dat is het totale aantal infecties dat in een populatie op een bepaald moment aanwezig is. Het kan zijn dat een patiënt meerdere infecties heeft. Deze worden in de meting allemaal meegenomen.

Zorginfecties zijn infecties die zijn ontstaan tijdens opname of behandeling in een ziekenhuis. Deze kunnen tot ernstige complicaties leiden. Door te werken volgens de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) en Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) kunnen veel zorginfecties worden voorkomen. *Figuur 5.25* toont de prevalentie van de meest voorkomende zorginfecties voor de periode 2008-2013. De meest voorkomende zijn postoperatieve wondinfecties (POWI's). De POWI-percentages hebben betrekking op geopereerde patiënten; de overige infecties op alle patiënten. Het percentage POWI's laat over de laatste 5 jaar een significante daling zien ($p<0,01$). Nadere analyse van de data is echter nodig om de betekenis hiervan te kunnen duiden. Ook sepsis, urineweginfecties en luchtweginfecties laten een significante daling ($p<0,01$) zien. We kunnen nog niet vaststellen waarom er een daling in prevalentie is. Er kan een verband zijn met betere naleving van hygiëne maatregelen of met een kortere opnameduur.

Sinds maart 2007 wordt tweemaal per jaar de nationale prevalentiestudie naar zorginfecties volgens PREZIES (Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance) in ziekenhuizen uitgevoerd. In totaal namen 70 ziekenhuizen, waarvan zeven universitair medische centra, deel aan deze studie.

Het maken van een internationale vergelijking van zorginfecties is nog niet mogelijk; registraties zijn onvolledig en internationaal slecht vergelijkbaar. Het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) heeft in samenwerking met een aantal EU-landen in 2010 een gestandaardiseerd protocol voor het prevalentieonderzoek opgesteld. Inmiddels hebben alle betrokken landen de meting een keer uitgevoerd. De data lenen zich echter nog niet voor internationale vergelijkingen.

Figuur 5.25: Percentage patiënten met de meest voorkomende zorginfecties (met 95% betrouwbaarheidsinterval), 2008-2013 (Bron: PREZIES data; databewerking PREZIES).



[a] Postoperatieve wondinfecties zijn uitgedrukt als percentage van het aantal geopereerde patiënten

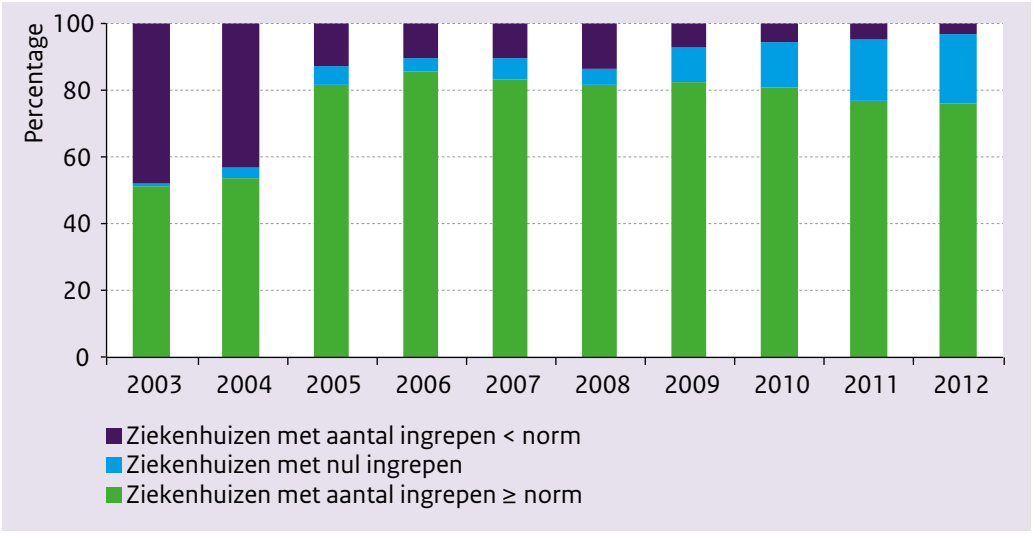
Het aantal ziekenhuizen dat operaties aan verwijding van de buikslagader, slokdarmkankeroperatie of alvleesklierkankeroperatie uitvoert, is gedaald. Het aantal ziekenhuizen dat voor deze operaties niet voldoet aan de volumenorm is eveneens gedaald

Om de expertise op peil te houden en de veiligheid te bevorderen is het van belang dat in ziekenhuizen bepaalde ingrepen regelmatig worden uitgevoerd. Operatieteams moeten voldoende ervaring hebben, vooral als de ingrepen risicovol zijn. Diverse wetenschappelijke beroepsverenigingen, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) hebben kwaliteitsnormen opgesteld voor een aantal behandelingen en chirurgische ingrepen. Vrijwel al deze normen hebben ook een volumecomponent.

Van de 72 ziekenhuizen die in 2012 electieve (geplande) AAA-ingrepen (aneurysma van de aorta abdominalis; verwijding van buikslagader) uitvoerden, haalde 3 ziekenhuizen het minimum aantal niet. Dit betekent een lichte daling ten opzichte van voorgaande jaren. In 2011 en 2012 voerden respectievelijk 17 en 19 ziekenhuizen geen electieve AAA-ingrepen uit (zie *figuur 5.26*). Het aantal ziekenhuizen dat noch electieve noch acute AAA-ingrepen uitvoerde, steeg tussen 2003 en 2010 van 1 naar 13 (IGZ, 2014b).

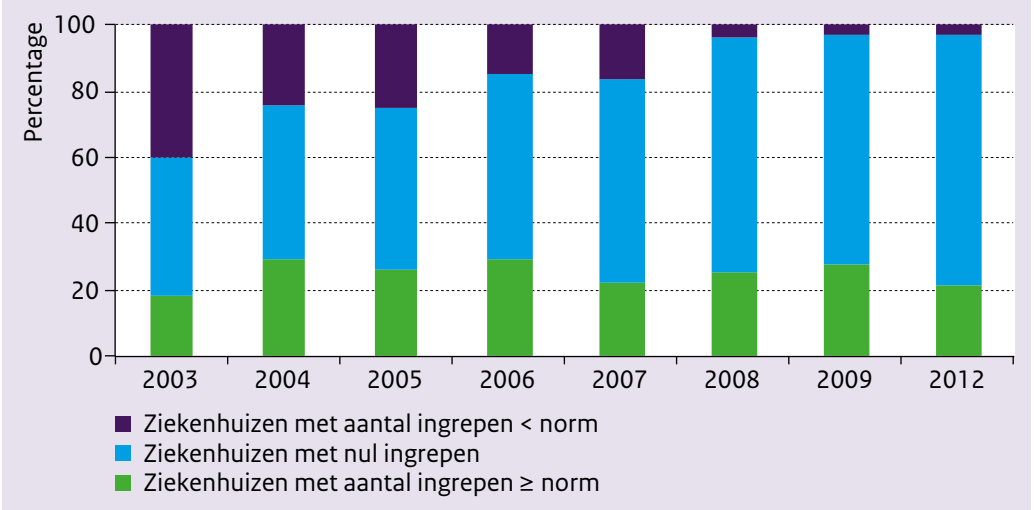
Het aantal ziekenhuizen dat minder OCR-ingrepen (oesophaguscardia resecties; verwijdering van de slokdarm en/of deel van de maag) uitvoerde dan de norm, is gedaald van 40 in 2003

Figuur 5.26: Percentage ziekenhuizen dat wel of niet aan de volumenorm [a] voor AAA-ingrepen voldoet of deze ingreep niet uitvoert, 2003-2012 (Bron: IGZ, 2006-2014).



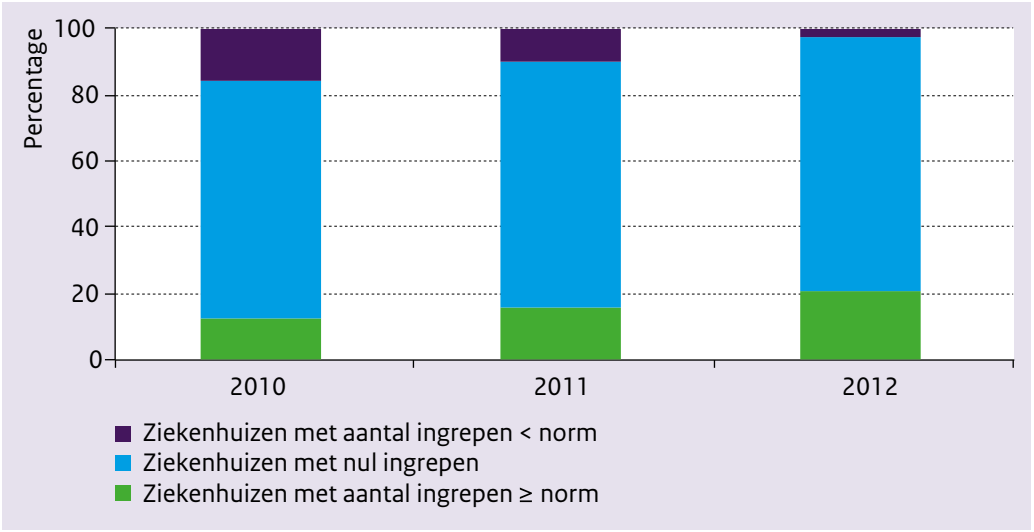
[a] IGZ-norm: 15 acute en electieve AAA-ingrepen samen per jaar tot 2009, 20 in 2009-2010, 20 electieve AAA-ingrepen vanaf 2011 (IGZ, 2011-2013)

Figuur 5.27: Percentage ziekenhuizen dat wel of niet aan de volumenorm [a] voor slokdarmresecties voldoet of deze ingreep niet uitvoert, 2003-2009 en 2012 [b] (Bronnen: IGZ, 2006-2011; IGZ, 2014b).



[a] IGZ-norm: 10 slokdarmresecties per jaar tot 2010, 20 in 2012 (IGZ, 2011b; IGZ, 2014b)
[b] In 2010 en 2011 toetste de IGZ niet op deze indicator

Figuur 5.28: Percentage ziekenhuizen dat wel of niet aan de volumenorm [a] voor alvleesklierresecties voldoet of deze ingreep niet uitvoert, 2010-2012 (Bron: IGZ, 2012-2014).



[a] IGZ-norm: 20 OCR-ingrepen per jaar 2010-2012 (IGZ, 2012-2014)

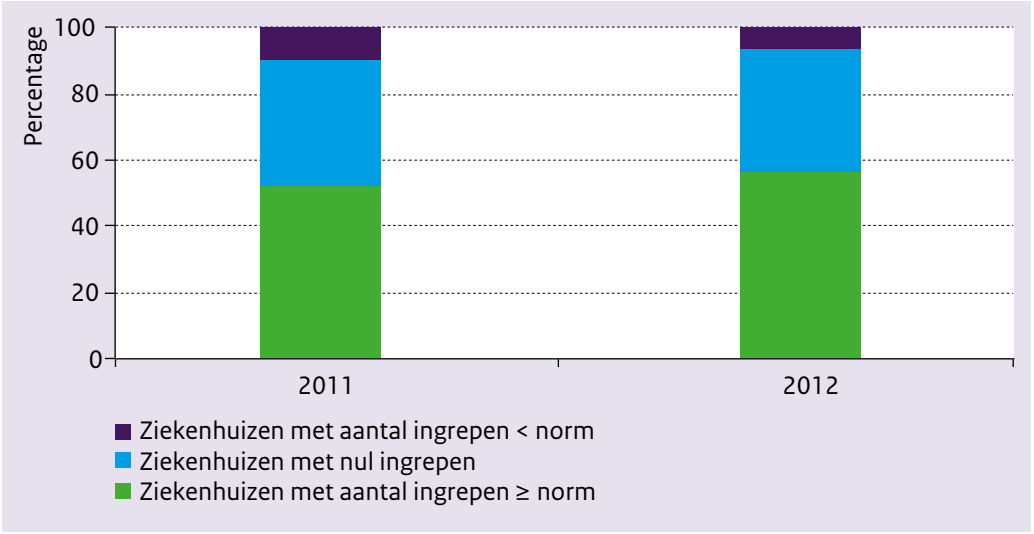
naar 3 in 2012 (IGZ, 2014b). Het aantal ziekenhuizen dat deze ingreep niet meer uitvoert, steeg in diezelfde periode van 42 naar 69 (zie *figuur 5.27*). Uit een studie van Dikken en collega's is gebleken dat met de centralisatie van OCR-ingrepen in de periode 1989-2009 de sterfte binnen 6 maanden is gedaald en de 3-jaarsoverleving is gestegen (Dikken et al., 2012).
In 2010 haalde van de 27 ziekenhuizen die alvleesklierresecties (verwijdering van alvleesklier) uitvoerden 15 de minimumnorm niet (IGZ, 2012a). In 2012 waren dit 2 van de 21 ziekenhuizen (zie *figuur 5.28*). Evenals OCR-ingrepen worden alvleesklierresecties door veel ziekenhuizen nooit uitgevoerd. In de periode 2010-2012 steeg het aantal ziekenhuizen dat deze operatie niet meer uitvoert van 67 naar 71.

In de jaren 2011 en 2012 voerden 58 ziekenhuizen blaasresecties (verwijdering van de blaas) uit. Hiervan voldeden respectievelijk 9 en 6 ziekenhuizen niet aan de volumenorm (zie *figuur 5.29*). In 2011 voerde 36 ziekenhuizen deze ingreep niet uit en in 2012 waren dit 34 ziekenhuizen.

Samenvattend lijkt er voor AAA-operaties, OCR-resecties en alvleesklierresecties sprake te zijn van concentratie van zorg. Het aantal ziekenhuizen dat de ingreep niet meer uitvoert neemt toe en het aantal ziekenhuizen dat niet voldoet aan de volumenorm daalt. Voor blaasresecties is er nog geen duidelijke trend zichtbaar.

AAA-ingrepen, OCR- en alvleesklierresecties zijn complexe, risicovolle ingrepen. Uit de literatuur is bekend dat de uitkomst van de ingreep beter is als deze vaker wordt uitgevoerd door het ziekenhuis en door de chirurg (IGZ, 2005; Hurks, 2011; Dikken et al., 2012; Zuiderent-

Figuur 5.29: Percentage ziekenhuizen dat wel of niet aan de volumenorm [a] voor blaasresecties voldoet of deze ingreep niet uitvoert, 2011-2012 (Bron: IGZ, 2013-2014).



[a] IGZ-norm: 10 blaasresecties per jaar 2011-2012 (IGZ, 2013-2014)

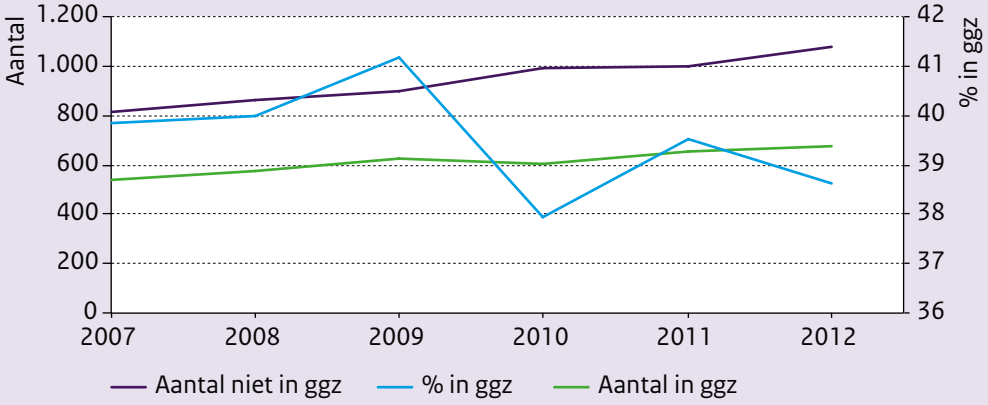
Jerak et al., 2012; De Wilde et al., 2012). Bij blaaskankeroperaties lijkt de relatie wel op te gaan voor de chirurg maar is deze voor het ziekenhuis niet onderzocht (Zuiderent-Jerak et al., 2012).

Onderzoek van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) bevestigt dat er een relatie bestaat tussen volumenormen, concentratie en betere uitkomsten van chirurgische ingrepen bij alvleesklierkanker, slokdarmkanker en blaaskanker. Bij blaaskanker is het volume-effect op postoperatieve sterfte het duidelijkst. De sterfte is lager in ziekenhuizen met een hoger volume en in universitaire centra. De verschillen tussen de ziekenhuizen zijn in 2008-2011 wel veel kleiner dan in 2004-2007 (IKNL, 2014a).

Van alle personen die zich suïcideren is ongeveer 40% op moment van suïcide in behandeling in de ggz. Het absoluut aantal personen dat in behandeling is van de ggz en zich suïcideert, nam toe in de periode 2007-2012. Het nam echter minder snel toe dan het aantal mensen dat niet in behandeling is in de ggz en zich suïcideert

De preventie van suïcide en suïcidepogingen is een van de speerpunten in de ggz. Samen met vele veldpartijen heeft de minister van VWS in januari 2014 een landelijke agenda suïcidepreventie (2014-2017) opgesteld (VWS, 2014c). Een groot deel van de mensen die zich suïcideren heeft psychische problemen en is in behandeling bij de ggz. De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Groot & Van de Glind, 2012) en het kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens et al., 2010) moeten bijdragen aan het voorkomen van suïcides onder patiënten die in behandeling zijn.

Figuur 5.30: Aantal suïcides door personen die in behandeling zijn bij een ggz-instelling en aantal suïcides door personen die niet in behandeling zijn van een ggz-instelling in de periode 2007-2012 [a]; tevens het percentage suïcides door personen die in behandeling zijn van een ggz-instelling (Bronnen: IGZ, 2013b; CBS Statline, 2013b).



[a] Vanaf 1 mei 2012 is het meldingssysteem van de IGZ veranderd. Dit kan een kleine trendbreuk hebben veroorzaakt

In 2012 suïcideerden zich 677 patiënten die in behandeling waren van de ggz. Dit komt neer op ongeveer 78 suïcides per 100.000 behandelde patiënten (bewerking van gegevens van GGZ Nederland, 2013a). Er waren 1.076 suïcides onder personen die niet in behandeling waren van de ggz (ongeveer 6,5 per 100.000 personen). Het absolute aantal suïcides onder behandelde patiënten is in de periode 2007-2012 gestegen met 23%. Het absolute aantal suïcides onder mensen die niet in behandeling zijn van de ggz is gestegen met 32%. Van de mensen die zich suïcideerden is het percentage dat in behandeling was van de ggz licht gedaald, al zat er enige fluctuatie in de cijfers (zie *figuur 5.30*).

Het aantal suïcides van mensen die in behandeling zijn van de ggz zegt iets over de implementatie en doeltreffendheid van suïcidepreventie binnen de ggz. Als er een stijging van het aantal meldingen optreedt, kan dat aanleiding zijn om het beleid van suïcidepreventie in de ggz tegen het licht te houden. Ook in andere landen (Australië en de VS) is het aantal suïcides in de ggz een patiëntveiligheidsindicator (Brickell et al., 2009). De meeste mensen (ongeveer 90%) die zich suïcideren hebben een onderliggende psychische stoornis (Gonda et al., 2012). Als het percentage personen dat in behandeling was van de ggz onder alle personen die zich suïcideerden in de loop van de tijd stijgt, kan dat betekenen dat psychische stoornissen beter herkend worden en personen met een hoog risico op suïcide ten minste bekend waren in de ggz. Dat betekent dat de procentuele en absolute indicatoren in samenhang bekeken moeten worden. Het vergelijken van suïcidecijfers tussen instellingen heeft weinig zin

aangezien instellingen sterk variëren in grootte en type patiëntenpopulatie en het aantal suïcides per instelling erg klein is.

De gegevens over het aantal suïcides onder mensen die in behandeling zijn van de ggz zijn afkomstig van het meldingssysteem van de IGZ. Alle ggz- en verslavingsinstellingen melden elk jaar aan de IGZ hoeveel suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel hebben plaatsgevonden onder de patiënten die bij hen in behandeling zijn. Zelfstandige behandelaren en forensische instellingen nemen niet deel aan dit meldingssysteem. In principe worden deze aantallen door de IGZ niet openbaar gemaakt, noch per instelling noch op geaggregeerd niveau, omdat de gegevens te gevoelig worden geacht (persoonlijke mededeling).

Door een beroep op de Wet Openbaarheid van Bestuur (Wob) door het radioprogramma Argos zijn suïcidecijfers toch beschikbaar gekomen (IGZ, 2013b). De aantallen pogingen met ernstig letsel zijn echter niet gepubliceerd. Suïcidecijfers over de periode 2003-2006 zijn gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Van Dishoeck et al., 2013). Deze cijfers schommelden jaarlijks rond de 600. Vanaf 1 mei 2012 is het meldingssysteem veranderd en leveren instellingen via een webbased-applicatie de geaggregeerde aantallen aan. Voorheen werden ook achtergrondgegevens van de patiënt aangeleverd.

Toepassing van vrijheidsbeperkende interventies in de ggz is gedaald tussen 2009 tot 2012. Toch komt het regelmatig voor dat cliënten langdurig opgesloten of gefixeerd worden
Het aantal vrijheidsbeperkende interventies per 1000 opnamen per jaar in de ggz is tussen 2009 en 2012 gedaald, van 355 tot 284 per 1000 opnamen (zie *tabel* 5.11). Dat is een daling van 22%. Voor alle vormen van vrijheidsbeperkende interventies daalde het incidentiecijfer. Separatie was de meest toegepaste interventie. In de periode 2009-2012 daalde zowel het aantal separaties per 1000 opnamen (-20%) als het percentage cliënten dat separatie onderging (-38%, van 10,8% naar 6,5%).

Deze cijfers zijn afkomstig van het Casusregister Argus. Van de vrijheidsbeperkende interventies komen separaties het vaakst voor, gevolgd door afzondering en insluiting, het onder dwang toedienen van medicatie en fixatie. Toediening van vocht of voeding en overige interventies met fysiek verzet worden weinig toegepast (respectievelijk bij 28 en 17 cliënten). Separatie wordt het vaakst toegepast bij cliënten met ernstige psychische stoornissen (EPA, zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen en verslaving). Afzondering en insluiting in overige ruimten, waaronder de eigen kamer, komen vaak voor in de forensische ggz. Fixatie wordt het vaakst toegepast in de ggz voor ouderen (Janssen et al., 2014).

De mediane duur van de interventies varieerde in 2012 van 4,2 uur voor afzondering tot 37,1 uur voor insluiting in overige ruimten (zie *tabel* 5.12). Als een interventie korter dan 24 uur onderbroken wordt, wordt de duur van de periode voor en na de onderbreking bij elkaar opgeteld. Als de onderbreking langer dan 24 uur duurt, telt de hervatting van de interventie als nieuwe interventie. Toepassing van de interventie langer dan een week kwam in 2012 veelvuldig voor: bij 11% van de afzonderingen tot 17,5% van de separaties en 28% van de insluitingen in overige ruimten. De variatie tussen doelgroepen is groot: de mediane duur voor

Tabel 5.11: Aantal vrijheidsbeperkende interventies in de ggz [a] per 1000 opnamen, in de periode 2009-2012 en absoluut aantal in 2012 (Bronnen: Janssen et al., 2014; Casusregister Argus, 2014).

	Aantal interventies per 1000 opnamen [b]					Absoluut aantal [b]
Jaar	2009	2010	2011	2012	verandering over 4 jaar (%) [c]	2012
Aantal opnamen	31.393	39.273	55.824	75.794		75.794
Aantal instellingen	8	14	31	55		55
Interventies						
Separatie	152,5	147,5	133,1	122,7	-20,2	9.469
Afzondering	64,2	59,1	42,8	56,1	-19,8	4.251
Insluiting in overige ruimten	84,1	46,4	48,6	48,3	-43,5	3.647
Dwangmedicatie met fysiek verzet	96,1	61,0	65,7	52,5	-43,1	3.336
Fixatie	[d]	59,1	30,6	38,5	-38,8	2.928
Toediening van vocht/ voeding met fysiek verzet	te kleine aantallen voor zinvolle presentatie					405
Overige interventies met fysiek verzet	te kleine aantallen voor zinvolle presentatie					55
Totaal aantal interventies [e]	354,9	311,9	277,8	283,7	-21,6	20.933

[a] Exclusief forensische ggz
[b] In de gevallen waarin meerdere interventies gelijktijdig worden toegepast, worden deze onder evenzoveel interventies ondergebracht
[c] Bepaald met lineaire regressieanalyse; trend fixatie bepaald over 2 jaar
[d] Geen landelijke cijfers beschikbaar
[e] Totaal is lager dan de som omdat binnen een opname meerdere interventies kunnen plaatsvinden

separatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie was 3,2 uur, in de ouderenpsychiatrie 23,0 uur, in de forensische ggz 17,7 uur en in de ggz voor cliënten met EPA 20,0 uur.

De geobserveerde trends, zoals weergegeven in *tabel* 5.11, zijn ruwe schattingen, omdat in de loop der jaren meer instellingen aan het Casusregister zijn gaan deelnemen en de verdeling van het type afdelingen veranderde. De samenstelling van de cliëntpopulatie in 2012 verschilt daarom van die in 2009.

Tabel 5.12: De duur van vrijheidsbeperkende interventies in de ggz [a], in 2012 (Bronnen: Janssen et al., 2014; Casusregister Argus, 2014).

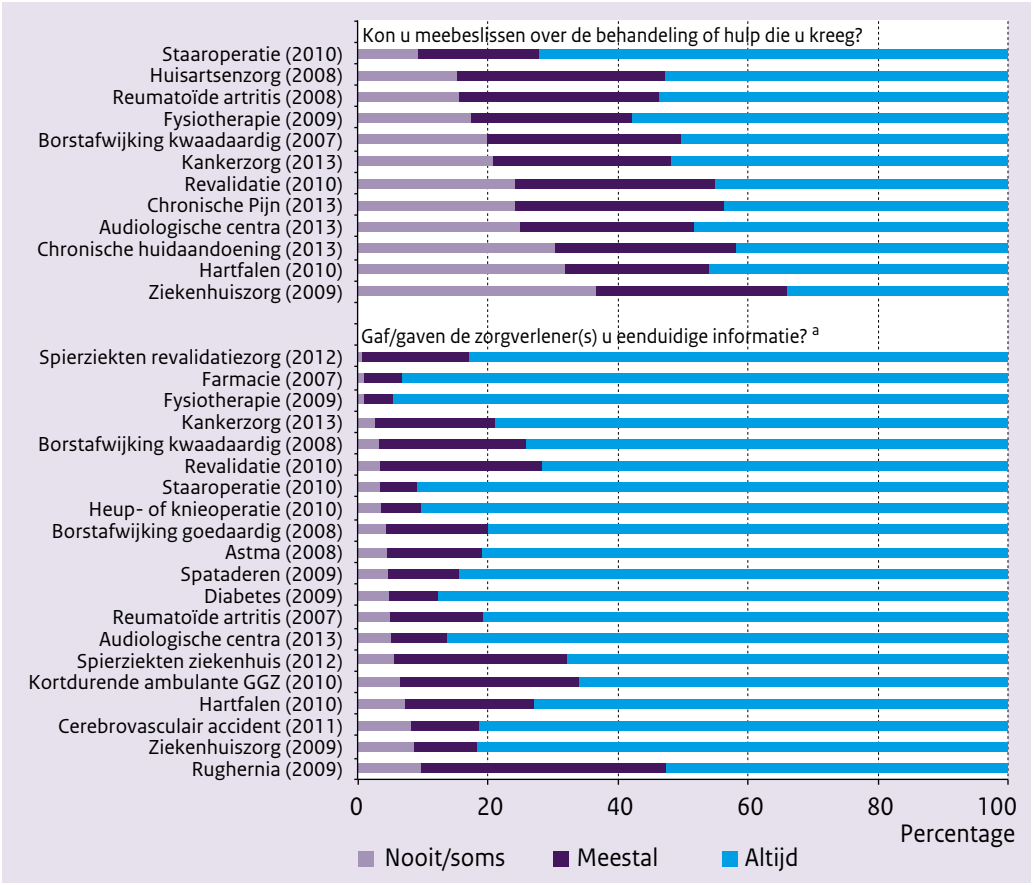
Interventies	Mediaan aantal uren	Verdeling (%) van de duur in dagen					
		<1	1-7	7-21	21-42	42-90	≥ 90
Separatie	17,7	45,3	37,2	13,4	2,7	1,1	0,3
Afzondering	4,2	66,6	22,7	7,0	2,2	1,2	0,3
Insluiting in overige ruimten	37,1	49,2	22,5	11,3	6,4	6,2	4,4
Fixatie	11,5	55,1	19,1	12,1	5,9	4,1	3,8

[a] Inclusief forensische ggz

Internationaal variëren de cijfers over de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies sterk. Uit een overzichtsstudie waarin de resultaten van afzonderlijke onderzoeken en registraties uit 12 landen bij elkaar zijn gebracht, blijkt dat het aantal opnamen waarbij een vrijheidsbeperkende interventie wordt toegepast, varieert van 0 per 1000 in IJsland tot 360 per 1000 in Oostenrijk (Steinert et al, 2010). Separaties kwamen volgens dit onderzoek in Nederland veel voor vergeleken andere landen, fixaties juist weinig. De gemiddelde duur per separatie en fixatie was in Nederland vele keren hoger dan in alle andere landen. Er zaten wel beperkingen aan dit onderzoek. De gegevens dateren van enige tijd geleden (voor Nederland 2003), de gegevens waren gebaseerd op 12 afzonderlijke studies met elk hun eigen methode, het aantal deelnemende ziekenhuizen was in sommige landen beperkt, de cliëntpopulaties verschilden mogelijk van elkaar en het toedienen van dwangmedicatie was niet gemeten. Uit een recentere vergelijking wordt geconcludeerd dat het percentage opgenomen cliënten dat een vrijheidsbeperkende interventies onderging, voor Nederland vergelijkbaar is met andere westerse landen (Janssen et al., 2014). Er zijn wel culturele verschillen in het type interventie dat wordt toegepast (Steinert & Lepping, 2009; Janssen et al., 2014). In Nederland, België, Finland, Zwitserland en Nieuw-Zeeland is separatie het middel van eerste keuze, in Duitsland en Oostenrijk fixatie, en in Engeland en Australië fixatie in combinatie met dwangmedicatie.

Sinds 2004 is het terugdringen van aantal en duur van vrijheidsbeperkende interventies een van de speerpunten van de brancheorganisatie GGZ Nederland. Er zijn alternatieve aanpakken beschikbaar maar die worden mogelijk niet voldoende toegepast. De IGZ deed in 2008-2011 onderzoek naar separeren in de ggz, en concludeerde dat het beter moest (IGZ, 2011c). In 2014 zal de IGZ opnieuw aandacht besteden aan vrijheidsbeperkende interventies in de ggz (IGZ, 2014c). In het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 is afgesproken om het aantal dwangtoepassingen terug te dringen (Landelijk Platform GGZ et al., 2012). Vooral het terugdringen van de duur van separatie is een belangrijke doelstelling. Door middel van het Casusregister Argus en het project Dwang en Drang (GGZ Nederland, 2013b) trachten

Figuur 5.31a: Mate waarin patiënten goede ervaringen hebben met meebeslissen en eenduidigheid van informatie (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



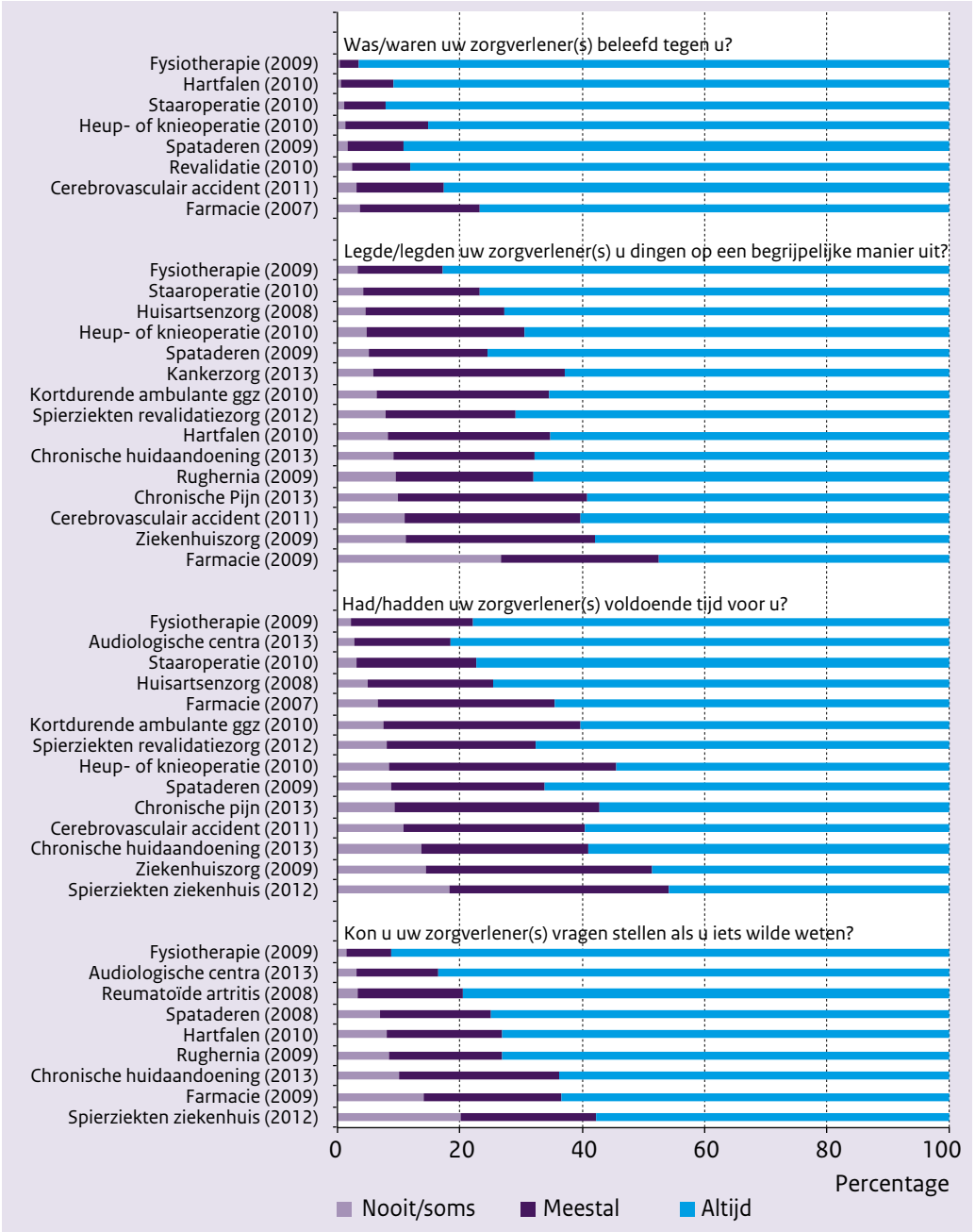
[a] De oorspronkelijke vraag luidde "Gaf/gaven de <<zorgverlener(s)>> u tegenstrijdige informatie?". Om een consistente betekenis van antwoordcategorieën binnen deze presentatie mogelijk te maken heeft de vraagstelling in de grafiek een andere formulering

instellingen en de sector zicht te krijgen in de frequentie van het toepassen van vrijheids-beperkende interventies. Dit kan helpen om het beleid te evalueren en eventueel bij te stellen.

Patiënten zeggen beleefd te worden behandeld maar regelmatig niet mee te kunnen beslissen over behandeling of hulp. Tussen patiëntengroepen zijn aanzienlijke verschillen in vraaggerichtheid

De meeste patiënten (80-90%) zeggen altijd beleefd te worden behandeld door zorgverleners. Het minst positief zijn patiënten over de mate waarin zij kunnen meebeslissen over de

Figuur 5.31b: Mate waarin patiënten goede ervaringen hebben met communicatie en informatie (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



behandeling of de hulp die zij krijgen. Bij ziekenhuiszorg gaf 37% aan nooit of alleen soms mee te kunnen beslissen. Wat hier achter zit, vergt nader onderzoek omdat patiënten de vraag naar meebeslissen minder eenduidig interpreteren dan andere vragen. Niettemin is meebeslissen dus een punt van aandacht. Over de mate waarin men vragen kan stellen of tegenstrijdige informatie ontvangt, zijn patiënten tamelijk positief. Andere resultaten zijn weergegeven in *figuren 5.31a* en *5.31b*.

De verschillen tussen groepen patiënten zijn aanzienlijk. Meer dan 90% van de gebruikers van fysiotherapie heeft bijvoorbeeld altijd goede ervaringen met de mogelijkheid om vragen te stellen. Dit geldt maar voor 60% van de mensen die ziekenhuiszorg ontvangen voor spierziekten of voor mensen die een apotheek bezoeken. Voor een deel zijn deze verschillen begrijpelijk. met een apotheker is er over het algemeen weinig frequent, kortdurend contact, terwijl er met een fysiotherapeut vaak een intensieve behandelrelatie ontstaat. En een ziekenhuis kan gezien worden als een anonieme bureaucratie waarover gemakkelijker negatief geoordeeld kan worden.

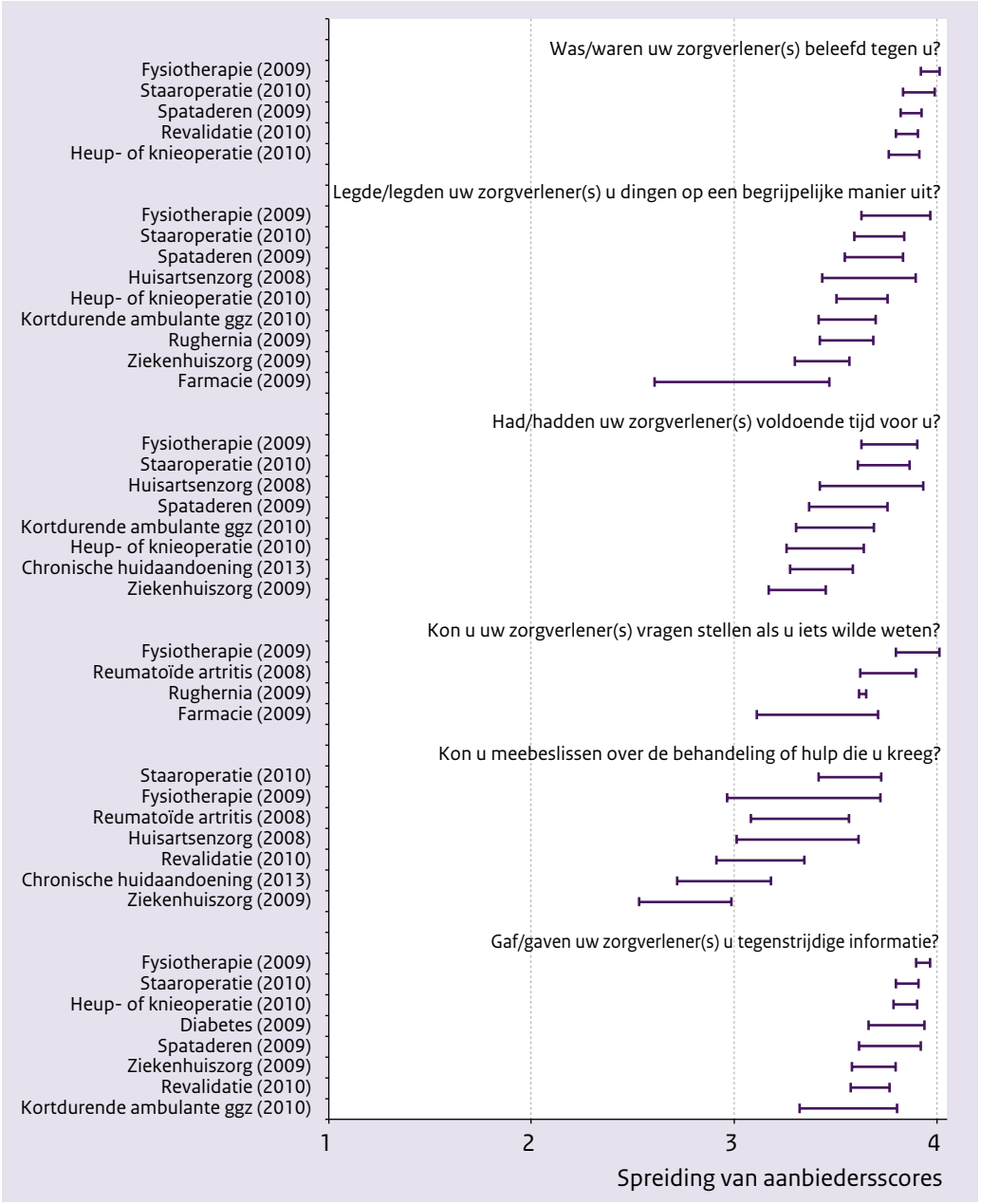
Het ligt voor de hand dat patiënten de informatie die zij ontvangen bij aandoeningen waarvoor de behandeling strak geprotocolleerd is, als eenduidiger ervaren dan bij aandoeningen waarvoor verschillende behandelopties bestaan (zoals bij rughernia). Nader onderzoek kan uitwijzen wat de oorzaak is van de verschillen tussen patiëntengroepen.

De *figuren 5.31a* en *5.31b* laten verschillen zien tussen typen van zorg: patiënten van het ene type zorg ervaren meer gelegenheid om vragen te stellen dan patiënten van het andere type zorg. Maar hoe zit het binnen typen van zorg? Zijn er verschillen tussen aanbieders van zorg? Of scoren ze in grote lijnen allemaal hetzelfde? *Figuur 5.32* geeft de spreiding in scores binnen hetzelfde zorgtype. Hoe langer de lijn, hoe groter de verschillen tussen zorgaanbieders voor het betreffende type van zorg.

De verschillen tussen aanbieders binnen een zorgtype zijn over het algemeen beperkt: de lijn beslaat in de meeste gevallen maar een klein deel van de schaal die is weergegeven op de x-as. Wat opvalt is dat de verschillen tussen aanbieders groter lijken voor ervaringen met meebeslissen dan voor de andere aspecten. Voorts blijken de verschillen tussen apotheken aanzienlijk groter dan de verschillen tussen andere typen zorgaanbieders.

In Nederland zijn de ervaringen van patiënten met de vraaggerichtheid van hun huisarts iets beter dan in de meeste andere westerse landen (OECD, 2013a). In Luxemburg, Zwitserland en Duitsland lijken de ervaringen van patiënten nog iets beter te zijn. Het gaat hierbij om de volgende aspecten: voldoende tijd nemen, begrijpelijk uitleggen, gelegenheid geven om vragen te stellen en de patiënt betrekken bij het maken van beslissingen over zorg en behandeling.

Figuur 5.32: Spreiding [a] tussen zorgaanbieders wat betreft de mate waarin patiënten aspecten van communicatie en informatie als goed ervaren (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



[a] Spreiding tussen zorgaanbieders in de mate waarin patiënten aspecten van communicatie en informatie als goed ervaren, uitgedrukt als de range waarin 95% van de aanbiederscores wordt verwacht (zie *bijlage 3*). De scores 1, 2, 3 en 4 corresponderen respectievelijk met de antwoorden 'nooit', 'soms', 'meestal' en 'altijd'

Tabel 5.13: Percentage patiënten [a] van 18 jaar en ouder dat zegt informatie te hebben gekregen bij ontslag uit het ziekenhuis, in 2011 (Bron: Faber et al., 2011).

Land	NL	DU	FR	NO	VK	ZWE	ZWI	AU	NZ	CA	VS
Aantal opgenomen patiënten in afgelopen 2 jaar	581	634	559	418	563	2811	944	964	489	2116	656
Percentage dat											
... instructies kreeg over op welke symptomen gelet moest worden en wanneer een arts geraadpleegd moest worden	**77**	70	65	69	88	70	85	82	80	83	92
... wist met wie contact opgenomen kon worden voor vragen over de aandoening of de behandeling	**90**	89	79	87	93	83	90	87	88	88	93
... een geschreven plan ontving voor verzorging na operatie	**54**	69	62	54	80	48	69	68	66	70	92
...duidelijke instructies ontving over genees-middelen die moesten worden ingenomen	**77**	77	69	77	90	82	85	83	86	86	94

[a] Het hoogste en laagste percentage zijn respectievelijk groen en rood gekleurd
NL=Nederland, DU=Duitsland, FR=Frankrijk, NO=Noorwegen, VK=Verenigd Koninkrijk, ZWE=Zweden, ZWI=Zwitserland, AU=Australië, NZ=Nieuw-Zeeland, CA=Canada, VS=Verenigde Staten

In Nederland ontvangen patiënten die worden ontslagen uit het ziekenhuis lang niet altijd schriftelijke informatie. De mate waarin men informatie ontvangt, verschilt tussen patiëntengroepen

In een studie van het Commonwealth Fund zijn in 2011 de ervaringen die patiënten hebben met informatieverstrekking bij ontslag uit het ziekenhuis in verschillende landen met elkaar vergeleken. Nederlandse patiënten gaven veel vaker aan dat zij geen geschreven plan voor verzorging na een operatie ontvingen dan patiënten in andere westerse landen (zie *tabel 5.13*). Voor de overige gemeten aspecten geldt dat Nederland niet veel hoger of lager scoort dan andere landen. In 2013 is de vraag over een geschreven plan na operatie ook gesteld al was de vraagstelling iets anders dan in 2011. Nederland lag nog steeds onder het gemiddelde (zie *tabel 5.14*). Vooral de Verenigde Staten, maar ook het Verenigd Koninkrijk, Canada en Nieuw-Zeeland scoren gunstig.

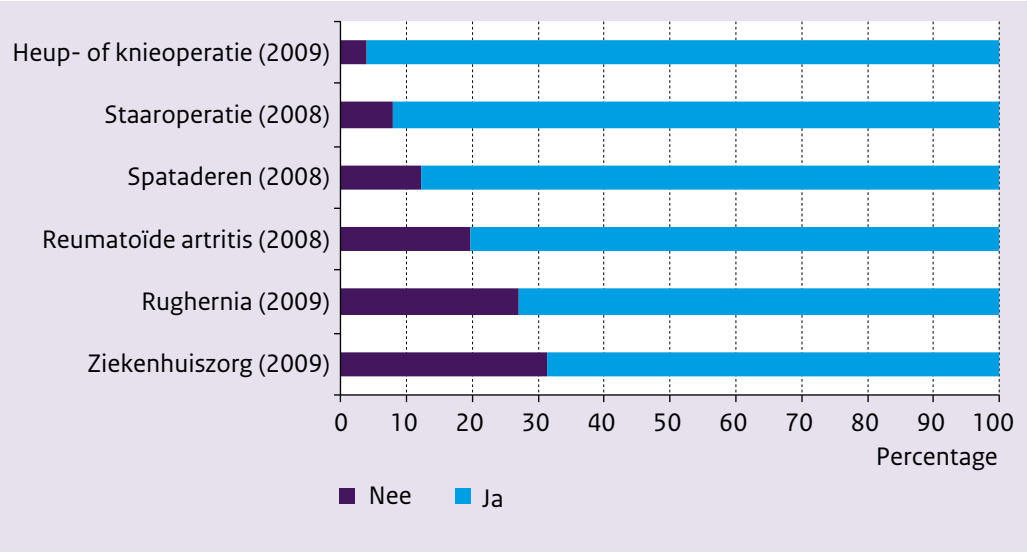
Tabel 5.14: Percentage patiënten [a] van 18 jaar en ouder dat zegt informatie te hebben gekregen bij ontslag uit het ziekenhuis, in 2013 (Bron: Faber et al., 2013).

Land	NL	DU	FR	NO	VK	ZWE	ZWI	AU	NZ	CA	VS
Aantal opgenomen patiënten in afgelopen 2 jaar	205	292	347	231	142	483	331	392	191	901	444
Percentage dat											
... schriftelijke informatie ontving over wat u na thuiskomst zou moeten doen en op welke symptomen u zou moeten letten.	**67**	69	70	59	79	55	69	73	77	78	92

[a] Het hoogste en laagste percentage zijn respectievelijk groen en rood gekleurd
NL=Nederland, DU=Duitsland, FR=Frankrijk, NO=Noorwegen, VK=Verenigd Koninkrijk, ZWE=Zweden, ZWI=Zwitserland, AU=Australië, NZ=Nieuw-Zeeland, CA=Canada, VS=Verenigde Staten

Binnen Nederland varieert de mate waarin patiënten ontslaginformatie krijgen tussen verschillende patiëntengroepen (zie *figuur 5.33*). Het percentage patiënten dat bij ontslag informatie ontving over wat zij thuis wel en niet moeten doen, varieert van 69% tot 95%. Na een operatie ontvangen patiënten relatief vaak ontslaginformatie. Na opname voor spataderen, reumatoïde artritis en rughernia gebeurt dat minder vaak. Voor de heterogene groep 'ziekenhuiszorg' is de situatie het ongunstigst. Dat de kwaliteit van het ontslagproces in Nederlandse ziekenhuizen beter kan, bleek ook uit een internationale studie waarin interviews werden gehouden met patiënten/naasten, ziekenhuisartsen, ziekenhuisverpleegkundigen, huisartsen en wijkverpleegkundigen (Hesselink et al., 2013). In Nederland zijn grote verschillen tussen ziekenhuizen en tussen verschillende afdelingen. Een eerste stap tot verbetering is het ontwikkelen van geschikt foldermateriaal op landelijk niveau (Berendsen, 2013).

Figuur 5.33: Mate waarin patiënten ontslaginformatie krijgen na ontslag uit het ziekenhuis (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).

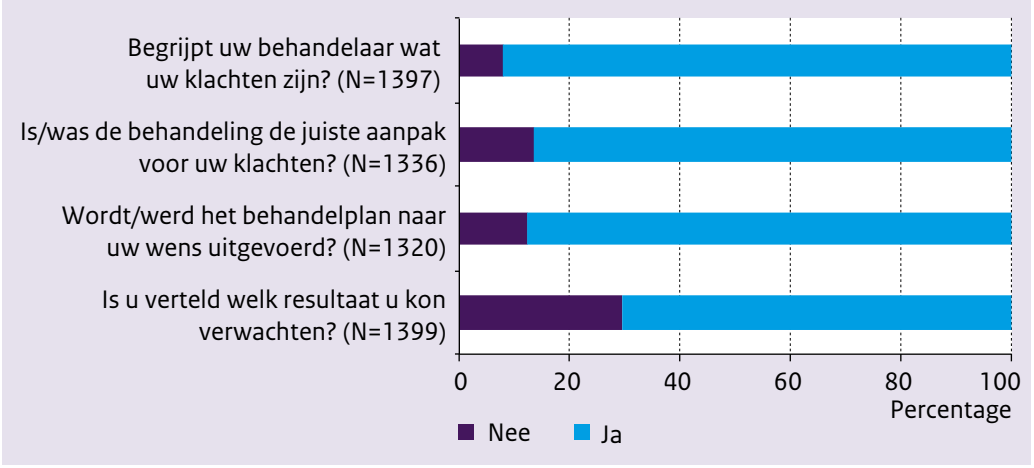


Meer dan 85% van de mensen die gebruik maken van kortdurende ambulante ggz zegt dat de behandeling de juiste aanpak voor hun klachten was en naar wens werd uitgevoerd
Meer dan 90% van de cliënten in de ambulante basis-ggz of gespecialiseerde ggz antwoordt 'ja' op de vraag of de zorgverlener de klachten goed begrijpt. Tevens is meer dan 85% van mening dat de behandeling de juiste aanpak is voor de klachten en dat het behandelplan naar wens wordt uitgevoerd (zie *figuur 5.34*). Bij behandeling in de ggz stellen de cliënt en behandelaar gezamenlijk een behandelplan op met onder meer omschrijving van de klachten, te volgen behandeling en behandeldoelen.

Veel minder cliënten geven aan dat het verwachte resultaat van de behandeling is besproken (ongeveer 70%). De reden waarom 30% aangeeft dat het verwachte resultaat niet is besproken, is niet duidelijk. Is het resultaat in die gevallen zo onvoorspelbaar dat dit niet goed van tevoren kan worden besproken? Of wordt het verwachte resultaat niet zo expliciet besproken als verwacht mag worden? Om hier uitspraken over te doen is meer onderzoek vereist.

Meer dan 90% van alle cliënten in de basis-ggz en gespecialiseerde ggz zijn kortdurend (minder dan twee jaar) ambulant in behandeling (Van Hoof et al., 2011).

Figuur 5.34: Percentage gegeven antwoorden op vragen rond afstemming en uitvoering van het behandelplan in de kortdurende ambulante ggz, in 2009 (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



5.3.3 Uitgaven

Omdat de uitgaven aan de zorg niet uit te splitsen zijn in uitgaven aan acute zorg en aan niet-acute zorg, wordt verwezen naar *hoofdstuk 8* met daarin een integraal overzicht van de zorguitgaven.

5.4 Conclusie

De 30 indicatoren voor de niet-acute curatieve zorg geven, op een aantal uitzonderingen na, geen aanleiding tot zorg. De trends in de tijd zijn over het algemeen positief en de vergelijking met andere landen laat weinig ongunstige posities zien. Wel zijn bij de meeste indicatoren enige aandachtspunten aan te wijzen.

Het aantal mensen dat hun zorgverzekering zes maanden of langer niet heeft betaald, is in de periode 2010-2013 gestegen tot ruim 316.000. Wanbetalers hebben vaak nog andere schulden en zijn lastig te bereiken. Volgens de International Health Policy Survey 2012 zegt een deel van de bevolking in Nederland soms af te zien van medische behandeling vanwege de kosten. De situatie is minder slecht dan in de Verenigde Staten maar wel ongunstiger dan in veel andere westerse landen. Op basis van een Nederlands onderzoek uit 2012-2013 werd berekend dat ongeveer 2% van de bevolking met gezondheidsklachten ongewenst had afgezien van zorg vanwege de kosten. Positief is dat het aantal onverzekerden in de periode 2010-2013 is gedaald. Eind 2013 waren dat er 29.000.

Voor de andere aspecten van toegankelijkheid, bereikbaarheid en tijdigheid zijn op sommige terreinen ook enkele knelpunten aan te wijzen. Tijdigheid in de niet-acute zorg is belangrijk, maar minder belangrijk dan in de acute zorg. De reistijd naar eerstelijnsvoorzieningen en ziekenhuizen is, afgezien van enkele regio's, gering.

Uit onderzoek uit 2010 blijkt dat bij 42% van de huisartspraktijken de telefoon niet binnen twee minuten persoonlijk werd beantwoord. Dit was hetzelfde in 2008. De wachttijd voor een contact met een medisch specialist langer dan de Treeknorm is tussen 1 januari 2009 en 2014 afgenomen van 24,1% naar 13,8%. Er is wel grote variatie in de wachttijd tussen de specialismen. Bij heelkunde duurt het gemiddeld nog geen anderhalve week voordat men bij de medisch specialist terecht kan, bij allergologie vijf weken. Er bestaat geen centrale registratie van wachttijden voor generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Over trends in de wachttijd bij de ggz is dus weinig te zeggen. Gezien de bezorgde meldingen van familie van patiënten en zorgen van huisartsen over het slechter kunnen verwijzen van patiënten naar de ggz, lijkt het zinvol om de toegankelijkheid te monitoren (Landelijk Platform GGZ, 2014; Wiegant, 2014).

Het aantal wachtenden voor een nieuw orgaan is in tien jaar tijd gedaald met 20% tot 1.149 op 31 december 2013. De meesten wachten op een nier. Degenen die in 2013 een donornier hebben ontvangen, hadden gemiddeld 960 dagen moeten wachten. Internationaal gezien is het aantal gebruikte organen van overleden donoren laag, maar van levende donoren juist hoog. Een stijgend aantal levende donoren verklaart ook voor een groot deel de krimpende wachtlijst.

Huisartsen schrijven vaak voor volgens de professionele richtlijnen maar bij een aantal aandoeningen wordt hier ook regelmatig van afgeweken. Het betreft vooral voorschrijven bij cardiovasculair risicomanagement en depressie. Hoewel huisartsen nog vaak antibiotica voorschrijven, zien we wel een daling tussen 2010 en 2012. Het antibioticagebruik in Nederland is zeer laag in vergelijking met andere landen. Het aantal ziekenhuisopnamen in Nederland voor astma, COPD en acute complicaties van diabetes mellitus is lager dan in andere westerse landen. Dat zou erop kunnen wijzen dat de zorg in de eerste lijn en de poliklinische ziekenhuiszorg in Nederland het ontstaan van ernstige symptomen voorkómen. Voor hartfalen en chronische complicaties van diabetes mellitus is de situatie minder rooskleurig en scoort Nederland in de middenmoot. Voor patiënten met een type kanker waarop gescreend wordt (borst-, baarmoederhals- en darmkanker) is de 5-jaarsoverleving in de periode 2000-2011 stabiel tot licht gestegen. Internationaal gezien is de overleving voor deze vormen van kanker in Nederland na diagnose gemiddeld.

Uit navraag bij patiënten die kortdurende geestelijke gezondheidszorg ontvangen, blijkt dat meer dan 90% van hen de indruk heeft dat de zorgverlener hun klachten goed begrijpt en dat meer dan 85% van mening is dat de behandeling de juiste aanpak is voor hun klachten en dat deze naar wens wordt uitgevoerd. In 2013 leverde 32% van de grotere ggz-instellingen ROM-metingen aan bij Stichting Benchmark GGZ. ROM-metingen geven een indruk van het behandeleffect. Het blijkt dat bij ruim driekwart van de cliënten die kortdurende behandeling kregen de klachten afnamen.

Van de mensen die zich suïcideren is 40% in behandeling in de ggz. De trend over de periode 2007-2012 laat zien dat het totaal aantal suïcides van mensen die in behandeling zijn van de ggz is toegenomen. Het aantal vrijheidsbeperkende interventies in de ggz per 1000 opnamen is in vier jaar tijd (2009-2012) gedaald. Een ruwe schatting laat een daling van 22% zien. De tijdsduur van de interventies is internationaal gezien lang.

Als aan patiënten zelf gevraagd wordt hoe zij de kwaliteit van de zorg beoordelen, zijn zij tamelijk positief. De slechtste ervaringen hebben zij met het meebeslissen over de behandeling, de tijd die de zorgverleners uittrekken voor de patiënt en het ontvangen van begrijpelijke uitleg. In Nederland is er grote variatie tussen patiëntengroepen in het ontvangen van informatie bij ontslag uit het ziekenhuis. In sommige andere landen ontvangen patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen vaker schriftelijke informatie dan in Nederland. Als patiënten met meerdere zorgverleners te maken hebben, ervaren zij regelmatig problemen in de coördinatie en afstemming van zorg. Vergeleken met andere landen scoort Nederland over het algemeen op dit gebied tamelijk goed. Alleen in het Verenigd Koninkrijk, Australië en Nieuw-Zeeland ervaren patiënten minder problemen op het gebied van coördinatie en afstemming van de zorg.

Op het gebied van de patiëntveiligheid is de situatie in de afgelopen jaren verbeterd. De gestandaardiseerde ziekenhuissterfte is in de periode 2007-2012 afgenomen met 34%. Wel blijven er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen. Het percentage patiënten dat tijdens hun opname potentieel vermijdbare schade opliep, daalde tussen 2004 en 2011-2012. Dit geldt ook voor het percentage in het ziekenhuis overleden patiënten waarbij de sterfte potentieel vermijdbaar was. Het percentage ziekenhuisinfecties is in de periode 2008-2012 ook gedaald.

Sinds de IGZ begon met het toezicht op het naleven van volumenormen voor complexe operaties, is het aantal ziekenhuizen dat te weinig operaties uitvoert sterk gedaald. Wel zijn er nog ziekenhuizen die te weinig operaties uitvoeren. Voor alvleesklierkanker waren dat er in 2012 nog 2, voor blaaskanker 6 en voor slokdarmkanker 3. Afgaande op ervaringen van patiënten zelf zou de veiligheid nog beter kunnen. In sommige landen zoals Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk, rapporteren patiënten minder fouten dan in Nederland.

6
Leven met een chronische aandoening of functionerings-probleem

Kernbevindingen

- Er zijn weinig problematisch wachtenden; er zijn echter wel bijna 18.000 mensen die wachten op zorg van een voorkeursaanbieder
- De meeste cliënten ontvangen zorg binnen de maximaal aanvaardbare wachttijd
- De tijd tussen toezegging van hulp bij het huishouden en de daadwerkelijke ontvangst ervan is bij de meeste cliënten korter dan een maand
- De meeste mantelzorgers van mensen met dementie vinden de wachttijd voor psychosociale en praktische ondersteuning acceptabel
- Het aantal meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen neemt steeds verder af
- Het percentage cliënten met decubitus is de afgelopen jaren sterk gedaald
- Het percentage cliënten dat ondervoed is of risico loopt op ondervoeding is de afgelopen jaren gedaald
- Het percentage cliënten met een valincident is onder cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven in de afgelopen jaren vrijwel gelijk gebleven
- In een periode van 30 dagen worden bij één op de vijf bewoners van instellingen voor wonen, zorg en welzijn vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast
- Verzorgenden in verpleeghuizen zijn ten opzichte van zorgverleners uit andere sectoren het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling

- In 2013 gaf één op de tien zorgverleners aan dat de kwaliteit van zorg die verleend werd door hun afdeling/team regelmatig of vaak niet goed was
- Van de verzorgenden in verzorgings- en verpleeghuizen gaf respectievelijk 51% en 42% aan dat er over het algemeen genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren
- Vooral bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen en vertegenwoordigers van bewoners met psychogeriatrische problemen zijn kritisch over de kwaliteit van zorg
- Cliënten in de langdurige ggz zijn het meest kritisch over de informatievoorziening, de mate van eensgezindheid onder begeleiders en het bijstellen van hun begeleidingsplan
- Nederland scoort goed ten opzichte van andere Europese landen wat betreft de kwaliteit van de dementiezorg
- Ondersteuning vanuit de Wmo verbetert de ervaren zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie
- Het verlenen van mantelzorg belemmert de maatschappelijke participatie
- De totale AWBZ-uitgaven stegen in de periode 1972-2013 met bijna 27 miljard euro
- In 2013 bedroegen de AWBZ-uitgaven bijna 28 miljard euro
- De uitgaven voor langdurige zorg in Nederland zijn hoog vergeleken met die in Finland en Frankrijk
- Het totaal aan eigen bijdragen aan AWBZ-zorg is in de afgelopen jaren met ruim 10% gestegen
- Zvw- en AWBZ-uitgaven voor mensen met meerdere chronische aandoeningen of een handicap zijn hoger dan gemiddeld
- De gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde lopen regionaal uiteen
- De Wmo-uitgaven van gemeenten bedroegen in 2010 gemiddeld 225 euro per inwoner
- PGB-maatregelen hebben in 2012 het aantal PGB-houders teruggedrongen; de totale uitgaven voor PGB's zijn echter gestegen

6.1 Achtergrond

In 2011 telde Nederland 5,3 miljoen mensen met een chronische somatische of psychische aandoening, van wie 1,9 miljoen mensen meerdere chronische aandoeningen hebben (Gijsen et al., 2013). Ongeveer 1,8 miljoen personen van 12 jaar en ouder gaven in 2012 aan dat zij beperkingen ervaren op het gebied van horen, zien of bewegen (CBS Statline, 2013). In 2011 waren er ongeveer 130.000 mensen met een verstandelijke handicap (Gommer & Poos, 2013). Het aantal mensen met een indicatie voor langdurige geestelijke gezondheidszorg gefinancierd vanuit de AWBZ lag in 2012 op ruim 125.000 (GGZ Nederland, 2014). Het aantal mensen met dementie werd in 2013 geschat op ruim 260.000 (Alzheimer Nederland, 2014). Bovenstaande cijfers kunnen niet zomaar worden opgeteld, omdat de groepen sterk overlappen. Zo worden mensen met een langdurige psychische stoornis of met een functioneringsprobleem deels ook meegeteld bij het aantal mensen met een chronische aandoening.

Mensen met een chronische aandoening of functioneringsprobleem gebruiken over het algemeen meer zorg dan mensen die dit niet hebben. Het gaat onder meer om huisartsenzorg,

ziekenhuiszorg, paramedische zorg en het gebruik van geneesmiddelen, maar ook om zorg die vergoed wordt vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en ondersteuning en begeleiding vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In 2012 maakten ongeveer 825.000 mensen gebruik van enige vorm van AWBZ-zorg, dat is zo'n 5% van de totale bevolking. Bijna 95% van deze groep maakt ook gebruik van zorg (exclusief huisartsenzorg) die vergoed wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Vektis, 2013a).

In dit hoofdstuk staan de toegankelijkheid, kwaliteit en uitgaven voor langdurige zorg centraal. Dit omvat verpleging, verzorging en ondersteuning van mensen met een chronische aandoening of functioneringsprobleem. Deze zorg wordt zowel intra- als extramuraal geleverd. Dit hoofdstuk gaat vooral in op de langdurige zorg die wordt bekostigd vanuit de AWBZ en de Wmo. In de voorgaande hoofdstukken is vooral geschreven over de zorg die wordt bekostigd vanuit de Zvw. Die zorg wordt uiteraard ook verleend aan mensen met een langdurige aandoening, maar komt in dit hoofdstuk niet aan de orde. In 2013 zijn diverse hervormingen van de langdurige zorg voorgesteld. Als gevolg hiervan gaan er veranderingen en verschuivingen plaatsvinden in onder andere de bekostiging en verantwoordelijkheden omtrent de organisatie en levering van de zorg. Zo zullen naast de functie huishoudelijke verzorging, die al in 2007 van de huidige AWBZ naar de Wmo werd overgeheveld, ook extramurale begeleiding en kortdurend verblijf worden overgeheveld. Verpleging en persoonlijke verzorging worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. De kern-AWBZ die dan overblijft (nieuwe Wet langdurige zorg) omvat zorg voor mensen die niet meer in een thuisomgeving kunnen wonen (VWS, 2013c; VWS, 2013d).

6.2 Indicatoren voor langdurige zorg

Naast de indicatoren waarover gerapporteerd werd in vorige edities, zijn voor deze Zorgbalans indicatoren geselecteerd die passen bij belangrijke thema's binnen de hervorming van de langdurige zorg. Dit betreft onder andere zeggenschap, zelfredzaamheid en participatie. We benaderen de toegankelijkheid, kwaliteit en uitgaven voor de langdurige zorg vanuit het perspectief van professionele zorgverleners, cliënten en mantelzorgers. Ten opzichte van de vorige Zorgbalans besteden we vooral meer aandacht aan het perspectief van mantelzorgers omdat van hen een steeds nadrukkelijker rol bij het leveren van ondersteuning en zorg wordt verwacht.

Toegankelijkheid (en beschikbaarheid)
- Aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg
- Percentage cliënten dat binnen de Treeknormen in zorg wordt genomen
- Percentage cliënten dat binnen een maand na toezegging van de hulp bij het huishouden ook daadwerkelijk huishoudelijke hulp ontvangt
- Percentage mantelzorgers van mensen met dementie bij wie psychosociale en praktische ondersteuning voor henzelf op tijd komt

Kwaliteit
- Aantal meerbedskamers in verzorgings- en verpleeghuizen

- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in zorginstellingen: decubitus, (risico op) ondervoeding, valincidenten en toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen
- Percentage zorgverleners dat tevreden is met de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling
- Percentage zorgverleners dat aangeeft dat de verleende kwaliteit van zorg door de eigen afdeling/team niet goed is
- Percentage zorgverleners dat aangeeft dat er voldoende (gekwalificeerd) personeel is om goede kwaliteit van zorg te leveren
- Percentage cliënten en hun vertegenwoordigers dat nooit of soms goede ervaringen heeft met de ontvangen kwaliteit van zorg in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg: bejegening, communicatie, meebeslissen, vakkundig werken en kwaliteit en sfeer tijdens de maaltijd
- Mate waarin cliënten in de langdurige geestelijke gezondheidszorg goede ervaringen met kwaliteit van zorg hebben
- Mate waarin de kwaliteit van de dementiezorg in Nederland verschilt van die in andere Europese landen
- Mate waarin ervaren zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie veranderen door ondersteuning vanuit de Wmo
- Percentage mantelzorgers dat door het verlenen van zorg participatieproblemen ervaart

Kosten

- Trend in totale AWBZ-uitgaven in Nederland
- Totale AWBZ-uitgaven in 2013 per sector
- Uitgaven voor de langdurige zorg per persoon in Nederland ten opzichte van die in andere OECD-landen
- Eigen bijdragen van cliënten die AWBZ-zorg ontvangen
- Zvw- en AWBZ-uitgaven voor mensen met multimorbiditeit of een handicap
- Gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde per regio
- Gemiddelde Wmo-uitgaven van gemeenten per inwoner
- Aantal PGB-houders en totale uitgaven voor PGB's

6.3 Stand van zaken

6.3.1 Toegankelijkheid

Er zijn weinig problematisch wachtenden; er zijn echter wel bijna 18.000 mensen die wachten op zorg van een voorkeursaanbieder

Het aantal problematisch wachtenden in de sectoren Verpleging en Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) bedroeg volgens de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) 307 op 31 maart 2014 (zie *tabel 6.1a*). Hieronder wordt verstaan: cliënten met een geldige AWBZ indicatie die langer dan de maximaal aanvaardbare wachttijd moeten wachten op de geïndiceerde zorg en geen overbruggingszorg ontvangen. Zorgaanbieders en verzekeraars hebben samen afspraken gemaakt over wat aanvaardbare wachttijden in de zorg zijn; dit worden de Treeknormen genoemd (zie *tabel 6.1b* voor de

Tabel 6.1a: Aantal cliënten dat langer dan de Treeknorm wacht op langdurige zorg, met onderscheid naar de sectoren V&V, GZ en GGZ, maart 2014 (Bron: AZR, 2014a).

Sector	Plaats	Aantal actief wachtenden, langer dan de Treeknorm, zonder overbruggingszorg (=problematisch wachtenden)	Aantal actief wachtenden, langer dan de Treeknorm, met overbruggingszorg	Aantal wenswachtenden, langer dan de Treeknorm, al dan niet met overbruggingszorg
V&V	Intramuraal met behandeling (verpleeghuiszorg)	37	66	8330
	Intramuraal zonder behandeling (verzorgingshuiszorg)	2	3	1271
	Extramuraal	136	63	941
GZ	Intramuraal	14	45	2959
	Extramuraal	58	97	1877
GGZ	Intramuraal, met behandeling (voortgezet verblijf in de kliniek)	1	0	24
	Intramuraal, zonder behandeling (beschermd wonen)	14	7	1274
	Extramuraal	45	36	1269
Totaal		**307**	**317**	**17.945**

V&V=Verpleging en Verzorging, GZ=Gehandicaptenzorg, GGZ=Geestelijke Gezondheidszorg

Treeknorm per sector). Problematisch wachtenden staan in de registraties als “actief wachtend” vermeld. Het aantal actief wachtenden dat wel overbruggingszorg ontvangt, is 317 (AZR, 2014a).

Tabel 6.1b: Percentage cliënten dat binnen de Treeknorm in zorg is genomen voor de sectoren V&V, GZ en GGZ, in 2010 en 2012 (Bronnen: CVZ; in NZa, 2013c en 2013d).

Sector	Plaats	Treeknorm voor betreffende plaats	2010	2012
V&V	Intramuraal met behandeling (verpleeghuiszorg)	≤ 42 dagen	93	86
	Intramuraal zonder behandeling (verzorgings-huiszorg)	≤ 91 dagen	90	79
	Extramuraal	≤ 42 dagen	92	98
GZ	Intramuraal	≤ 91 dagen	93	93
	Extramuraal	≤ 42 dagen	83	86
GGZ	Intramuraal, met behandeling (voortgezet verblijf in de kliniek)	≤ 42 dagen	onbekend	onbekend
	Intramuraal, zonder behandeling (beschermd wonen)	≤ 91 dagen	onbekend	onbekend
	Extramuraal	≤ 42 dagen	onbekend	onbekend

V&V=Verpleging en Verzorging, GZ=Gehandicaptenzorg, GGZ=Geestelijke Gezondheidszorg

Het aantal wenswachtenden dat langer dan de Treeknormen wacht op zorg (al dan niet met overbruggingszorg), ligt echter hoger, namelijk op bijna 18.000. Wenswachtenden zijn cliënten die de geïndiceerde zorg van een voorkeursaanbieder willen ontvangen, bijvoorbeeld omdat die aanbieder in de regio van de cliënt zorg biedt of specifieke zorg biedt die aansluit op de zorgvraag van de cliënt. Voor de sector ggz is er in veel regio's maar één aanbieder die de geïndiceerde zorg kan leveren, zodat vrijwel alle cliënten die wachten, wenswachtenden zijn.

De meeste cliënten ontvangen zorg binnen de maximaal aanvaardbare wachttijd

Voor de sectoren V&V en GZ zijn cijfers beschikbaar over de tijd die gemiddeld verstreek alvorens cliënten in zorg werden genomen (zie *tabel 6.1b*). Bij deze cijfers gaat het niet alleen om de actief wachtenden maar ook om de zogeheten slapend wachtenden (cliënten die de geïndiceerde zorg nog niet willen ontvangen) en wenswachtenden (cliënten die de geïndiceerde zorg wel willen ontvangen maar alleen van de voorkeursaanbieder). Voor zowel verpleeghuiszorg als verzorgingshuiszorg zien we dat het percentage cliënten dat binnen de

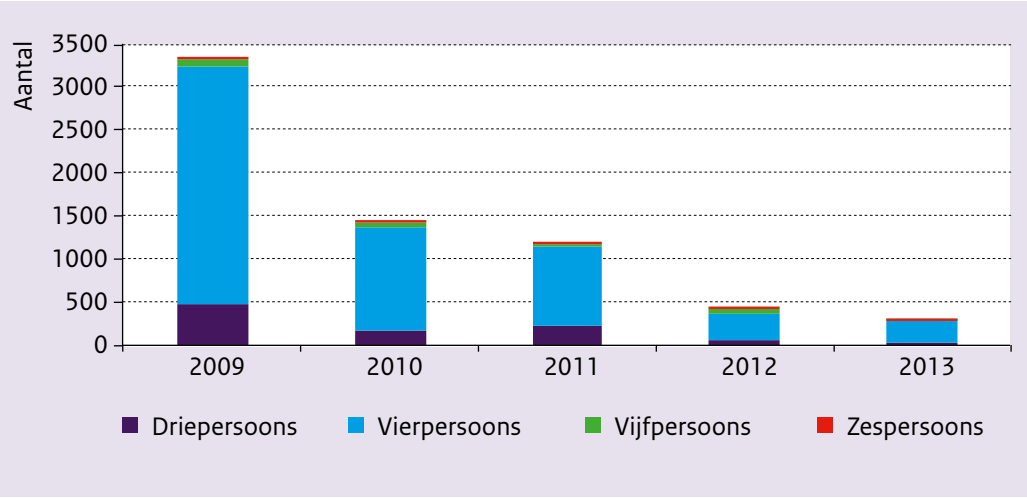
Treeknorm in zorg wordt genomen in 2012 is gedaald ten opzichte van 2010. Voor extramurale zorg uit de sectoren V&V en GZ zien we juist een stijging van het percentage cliënten dat binnen de Treeknormen in zorg wordt genomen. Voor intramurale zorg uit de sector GZ is het percentage cliënten dat binnen de Treeknorm in zorg wordt genomen gelijk gebleven (NZa, 2013c; NZa, 2013d).

De tijd tussen toezegging van hulp bij het huishouden en de daadwerkelijke ontvangst ervan is bij de meeste cliënten korter dan een maand
Van de cliënten die in de periode 2010-2011 een aanvraag voor huishoudelijke hulp indienden, ontving 41% deze hulp ook daadwerkelijk binnen twee weken na toezegging ervan, ruim 42% tussen twee weken en een maand en 17% na een maand. Een derde van de cliënten vond de wachttijd een probleem; 27% vond het een klein probleem terwijl 8% het een groot probleem vond. De wachttijd vormde een groter probleem naarmate mensen langer moesten wachten. Dit was al zichtbaar bij mensen die twee weken tot een maand moesten wachten Van deze groep gaf 39% aan hier een probleem mee te hebben, terwijl dat bij de groep die binnen twee weken hulp ontving 14% bedroeg (Krol et al., 2012). De wettelijke beslistermijn van aanvragen van hulp tot besluit door de gemeente is 8 weken. Na het besluit kan de hulp bij de aanbieder aangevraagd worden, en zal er nog enige tijd gewacht moeten worden voordat de hulp daadwerkelijk geleverd kan worden.

De meeste mantelzorgers van mensen met dementie vinden de wachttijd voor psychosociale en praktische ondersteuning acceptabel
Ongeveer 55% van de mantelzorgers had in de 12 maanden voorafgaand aan deelname aan de Mantelzorg Monitor van Alzheimer Nederland en NIVEL (eind 2010-eind 2011) behoefte aan psychosociale en praktische ondersteuning voor henzelf. Van deze groep heeft 60% daadwerkelijk gebruik gemaakt van ondersteuning. Van deze gebruikers vond 47% dat deze ondersteuning zeker op tijd kwam, 42% vond dat deze ondersteuning enigszins op tijd kwam en 11% vond dat deze ondersteuning niet op tijd kwam. De redenen om, ondanks de behoefte, geen gebruik van psychosociale en praktische ondersteuning te maken, waren onder andere: het ontbreken van aanbod, onbekendheid met het aanbod en onwelwillendheid van de huisarts om mee te werken (Peeters et al., 2012). Psychosociale steun (bijvoorbeeld gespreksgroepen met andere mantelzorgers, lotgenotencontacten, bezoek Alzheimer Café) en praktische steun (bijvoorbeeld woningaanpassing, hulpmiddelen, hulp bij het regelen van de zorg of bij administratie) kunnen worden ingezet om mantelzorgers bij te staan in de zorg die zij geven.

Nederland telde in 2013 ongeveer 300.000 mantelzorgers van ongeveer 260.000 mensen met dementie. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg voor mensen met dementie, vooral wanneer deze thuis wonen (ongeveer 70% van de mensen met dementie). Maar ook na opname in een verpleeg- of verzorgingshuis of kleinschalige woonvoorziening blijven mantelzorgers vaak direct betrokken bij de zorg. Het merendeel (70%) van de mantelzorgers is vrouw, en zij geven gemiddeld 20 uur per week zorg, gedurende gemiddeld 5 jaar (Alzheimer Nederland, 2012). In 2011 voelde 36% van de mantelzorgers zich tamelijk zwaar belast; 10% voelde zich zeer zwaar belast of overbelast (Peeters et al., 2012).

Figuur 6.1: Aantal plaatsen in meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen, 2009-2013 (Bron: VWS, 2013e).

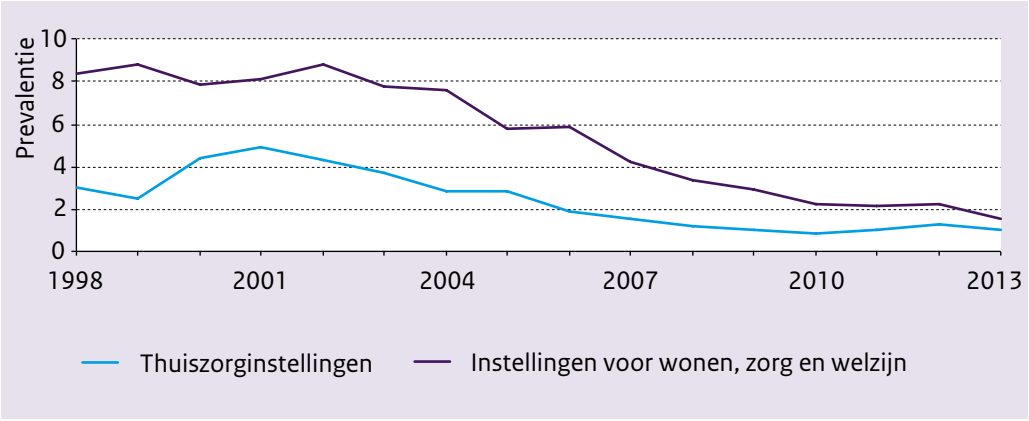


6.3.2 Kwaliteit

Het aantal meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen neemt steeds verder af
Sinds de Privacy-nota uit 1996 is het beleid van VWS erop gericht de privacy van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen te vergroten (VWS, 1996). Dit beleid uit zich onder meer in het afbouwen van het aantal meerbedskamers en het realiseren van één- en (splitsbare) tweebedskamers. Onder meerbedskamers verstaan we kamers voor meer dan twee personen. In 2009 waren er 3338 plaatsen in meerbedskamers. Het ging hierbij hoofdzakelijk om plaatsen in vierpersoonskamers (83%) en driepersoonskamers (14%) (zie *figuur 6.1*). In 2013 waren er nog 289 plaatsen in meerbedskamers. De verpleeg- en verzorgingshuizen die nog meerbedskamers hebben, hebben inmiddels actie ondernomen om het aantal meerbedskamers af te bouwen (VWS, 2013e). VWS verwacht dat er in 2014/2015 geen meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen meer zullen zijn.

Het percentage cliënten met decubitus is de afgelopen jaren sterk gedaald
De afgelopen jaren is de prevalentie van nosocomiale decubitus (ook wel doorligplekken genoemd) in zowel thuiszorginstellingen als in instellingen voor wonen, zorg en welzijn (voorheen verpleeg- en verzorgingshuizen) gedaald (zie *figuur 6.2*). Nosocomiale decubitus is decubitus die tijdens het verblijf in de instelling of in de thuiszorg is ontstaan. De mate van ernst van decubitus wordt uitgedrukt in vier categorieën; alleen decubitus in de categorieën 2 tot en met 4 wordt meegenomen, categorie 1 is moeilijk vast te stellen en wordt daarom buiten beschouwing gelaten. In 2013 was de prevalentie onder cliënten van thuiszorg-instellingen 1,0% en onder cliënten die verbleven in instellingen voor wonen, zorg en welzijn

Figuur 6.2: Prevalentie van nosocomiale decubitus, exclusief categorie 1, 1998-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



1,5%. De afname van de decubitusprevalentie kan mogelijk worden toegeschreven aan een samenhang van factoren. Dit betreft onder andere veranderingen in cliëntkenmerken, verbeterde structuurkenmerken zoals het hebben van een up-to-date protocol en verbetering van de preventie- en behandelmogelijkheden (Amir et al., 2011). Ook meer aandacht voor decubitus, door onder andere de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) en kwaliteitsverbeterprojecten, kan een rol hebben gespeeld (Halfens et al., 2013).

Decubitus leidt tot veel ongemak en pijn bij cliënten en tot hoge kosten in de gezondheidszorg. Decubitus doet zich vooral voor bij oudere cliënten. Oorzaken zijn onder andere verminderde mobiliteit, slechtere voedingstoestand en verminderde weefseltolerantie (Halfens et al., 2013). In Nederlandse verpleeghuizen komt decubitus ruim twee keer vaker voor dan in Duitse verpleeghuizen. In Nederland krijgt één op de drie nieuwe patiënten in verpleeghuizen binnen 12 weken te maken met decubitus, in Duitsland is dat één op zeven. Mogelijke verklaringen voor dit verschil zijn dat factoren die van invloed zijn op het ontstaan van decubitus in Nederlandse verpleeghuizen meer voorkomen dan in Duitse verpleeghuizen. In een onderzoek onder Nederlandse en Duitse verpleeghuizen betroffen dit onder andere het gebruik van pijnstillers en transferhulpmiddelen (onder andere tilliften) (Meesterberends, 2013). Een tweede mogelijke verklaring is dat in Nederlandse verpleeghuizen vaker gespecialiseerde decubitusverpleegkundigen aanwezig zijn dan in Duitse waardoor andere verzorgenden mogelijk denken dat de preventie en verzorging van decubitus in goede handen is en zij zich daar niet meer mee bezig hoeven te houden. Factoren die van invloed zijn op het verlagen van het risico op het ontwikkelen van decubitus komen in Duitse verpleeghuizen vaker voor. In het onderzoek van Meesterberends (2013) waren dit onder andere het toepassen van wisselligging en het regelmatig uitvoeren van interne kwaliteitscontroles.

De LPZ is een jaarlijks terugkerende prevalentiemeting van zorgproblemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In 1998 is gestart met het meten van het vóórkomen van decubitus bij cliënten in een groot aantal instellingen. In de jaren daarna zijn andere zorgproblemen aan de prevalentiemeting toegevoegd, namelijk chronische wonden, incontinentie, ondervoeding, smetten, vallen en vrijheidsbeperkende middelen. Sinds 2008 wordt niet langer onderscheid gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, omdat beide typen instellingen in hun zorgverlening steeds meer naar elkaar toegroeien waardoor het onderscheid niet meer goed te maken is. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn daarom samengevoegd in de categorie 'instellingen voor wonen, zorg en welzijn'. Het aantal instellingen dat gegevens aanleverde ten behoeve van de LPZ varieerde over de jaren en per zorgprobleem. Voor decubitus lag het gemiddelde aantal thuiszorginstellingen dat gegevens aanleverde bijvoorbeeld op 19 en het gemiddelde aantal instellingen voor wonen, zorg en welzijn op 142. Het aantal cliënten waarover gegevens werd aangeleverd was respectievelijk gemiddeld ruim 4.000 en ruim 13.000.

Het percentage cliënten dat ondervoed is of risico loopt op ondervoeding is de afgelopen jaren gedaald

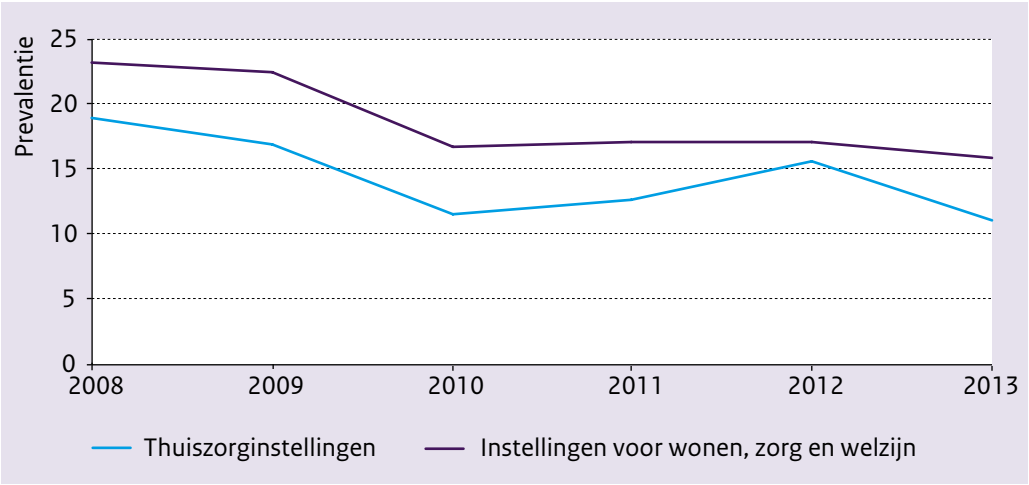
In 2013 was de prevalentie van ondervoeding onder cliënten van thuiszorginstellingen 11,1% en onder cliënten van instellingen voor wonen, zorg en welzijn 15,9%. De prevalentie van het risico op ondervoeding was respectievelijk 22,7% en 29,5% (zie *figuur 6.3a* en *6.3b*). In de periode 2008-2013 zijn voor beide typen zorgaanbieders zowel de prevalentie van ondervoeding als de prevalentie van het risico op ondervoeding sterk gedaald (Halfens et al., 2013).

Ondervoeding en het risico op ondervoeding worden bepaald aan de hand van informatie over de Body Mass Index, onbedoeld gewichtsverlies, leeftijd en voedingsinname. In 2013 zijn de definities en manier van meten van de prevalentie van ondervoeding en de prevalentie van het risico op ondervoeding veranderd. Het meten van de indicator risico op ondervoeding volgens de nieuwe definitie levert nog problemen op. Daarom worden hier de cijfers op basis van de oude definitie gepresenteerd.

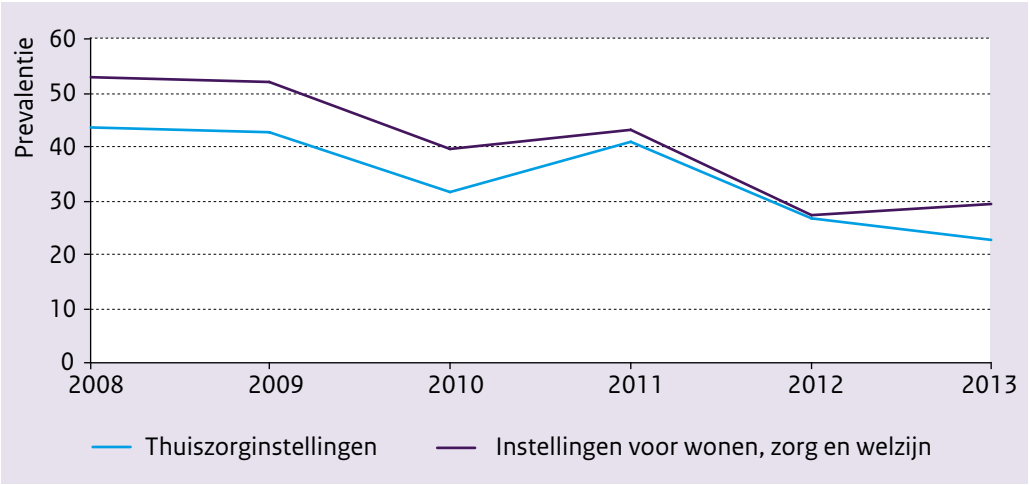
Het percentage cliënten met een valincident is onder cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven in de afgelopen jaren vrijwel gelijk gebleven

In 2013 was 9,8% van de cliënten die thuiszorg ontvingen en 9,8% van de cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting, één of meerdere malen gevallen (met of zonder letsel) (zie *figuur 6.4*). Voor cliënten van thuiszorginstellingen was er in de periode 2007-2013 sprake van een lichte daling van het percentage met een valincident van ruim 12% naar ongeveer 10%. Voor cliënten die verbleven in instellingen voor wonen, zorg en welzijn lag het percentage in de hele periode 2007-2013 op ongeveer gelijk niveau (Halfens et al., 2013).

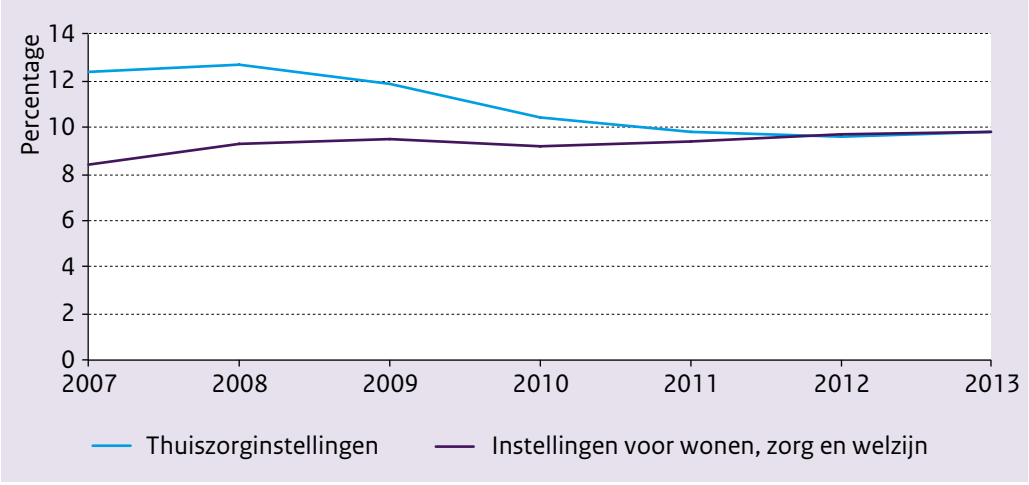
Figuur 6.3a: Prevalentie van ondervoeding, 2008-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



Figuur 6.3b: Prevalentie van het risico op ondervoeding, 2008-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



Figuur 6.4: Percentage cliënten met een valincident in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting, 2007-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).

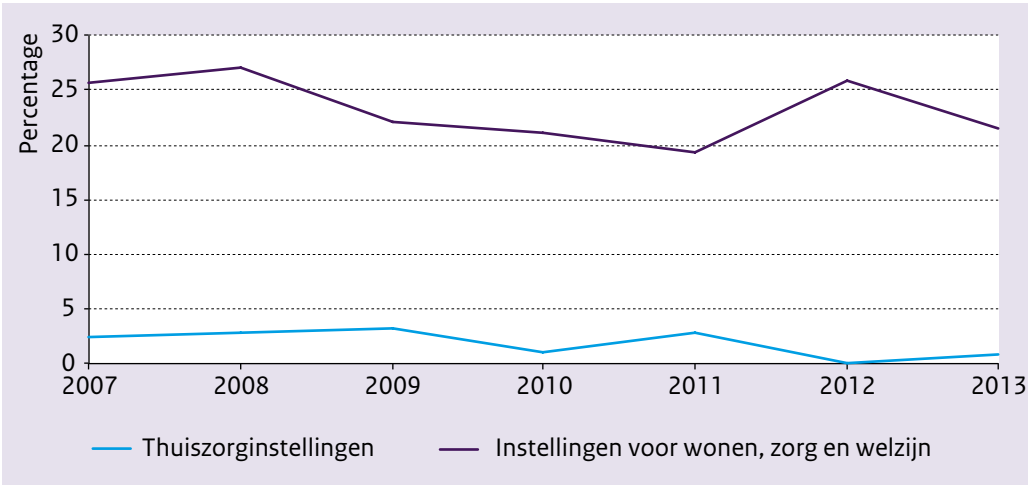


In een periode van 30 dagen worden bij één op de vijf bewoners van instellingen voor wonen, zorg en welzijn vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen verschilt sterk onder cliënten van thuiszorginstellingen en instellingen voor wonen, zorg en welzijn (zie *figuur 6.5*). In de periode 2007-2013 werd in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting bij rond de 1-2% van de cliënten die thuiszorg ontvingen één of meerdere van dergelijke maatregelen toegepast. Bij cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven lag dit percentage na een aanvankelijke daling van 26% naar circa 19%, na een lichte stijging, op ruim 21%. Het is niet bekend of het onnodig en/of langdurig gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in deze periode is veranderd. Een verklaring voor het feit dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen slechts in beperkte mate gedaald is, is dat het doorvoeren van veranderingen (het toepassen van alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen) veelal diverse jaren in beslag neemt (Halfens et al., 2013).

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn interventies, vaak aangeduid als beschermende maatregelen, om gevaarlijke of risicovolle situaties te voorkómen of om medische behandeling mogelijk te maken. Voorbeelden zijn: onrustbanden, bedhekken, tafelbladen, diepe stoelen en gedragsbeïnvloedende medicatie. Maatregelen zijn vrijheidsbeperkend als de cliënt de maatregel niet zelfstandig kan opheffen. In november 2008 hebben diverse veldpartijen een landelijk convenant gesloten, waarin zij stellen te streven naar een afname van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en te zoeken naar alternatieven. Alternatieven zijn bijvoorbeeld domotica, het verminderen van onrust door andere bejegening en benadering van cliënten, het aanbieden van zinvolle activiteiten en aanpassingen in de fysieke omgeving (CG-raad et al., 2008; Zorg voor Beter, 2014). Sommige vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen nog onder bepaalde voorwaarden gebruikt worden, zoals de

Figuur 6.5: Percentage cliënten bij wie in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting één of meer vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast, 2007-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



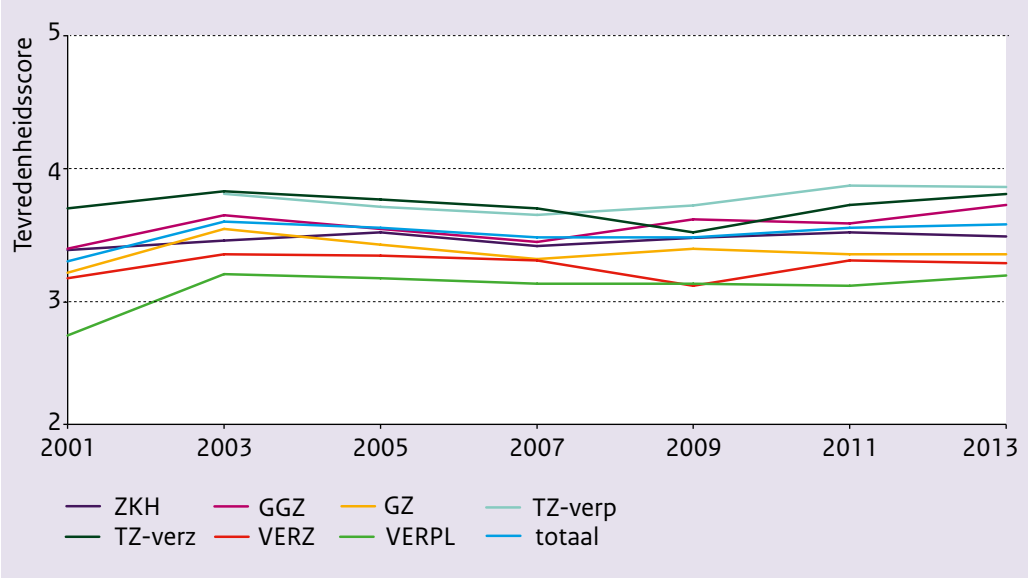
Zweedse band. De meest voorkomende vrijheidsbeperkende maatregel is het gebruik van bedhekken (Halfens et al., 2013).

Verzorgenden in verpleeghuizen zijn ten opzichte van zorgverleners uit andere sectoren het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling

De tevredenheid onder zorgverleners met de kwaliteit van zorg in de eigen instelling wordt om de twee jaar gemeten middels het Panel Verpleging & Verzorging (NIVEL, 2014a). Deze indicator maakt gebruik van antwoorden op de volgende vragen: "Hoe tevreden bent u met: 1. de mate waarin u over het algemeen tijd hebt om uw patiënten/cliënten goed te verzorgen; 2. de mate waarin u individuele zorgverlening aan uw patiënten/cliënten kunt geven; en 3. de mate waarin u het gevoel hebt psychosociale begeleiding aan uw patiënten/cliënten te geven?". De antwoorden op de vragen worden uitgedrukt op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot en met 5 (zeer tevreden). De antwoorden op deze vragen vormen samen de sub-schaal "tevredenheid met de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling volgens medewerkers" van de Maastrichtse arbeidstevredenheidsschaal voor de gezondheidszorg (Landeweerd et al., 1996).

De gemiddelde score voor de kwaliteit van zorg in de eigen instelling was 3,55 in 2013 (zie *figuur 6.6*). In elk jaar zijn er statistisch significante verschillen tussen zorgverleners uit de verschillende typen zorginstellingen waar te nemen. De verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen waren over het algemeen het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg. In 2013 was de gemiddelde score voor de kwaliteit van zorg in de eigen instelling 3,20. Verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg waren over het algemeen het meest positief over de kwaliteit van de geleverde zorg. In 2013 was de gemiddelde score 4,00 (NIVEL, 2013b).

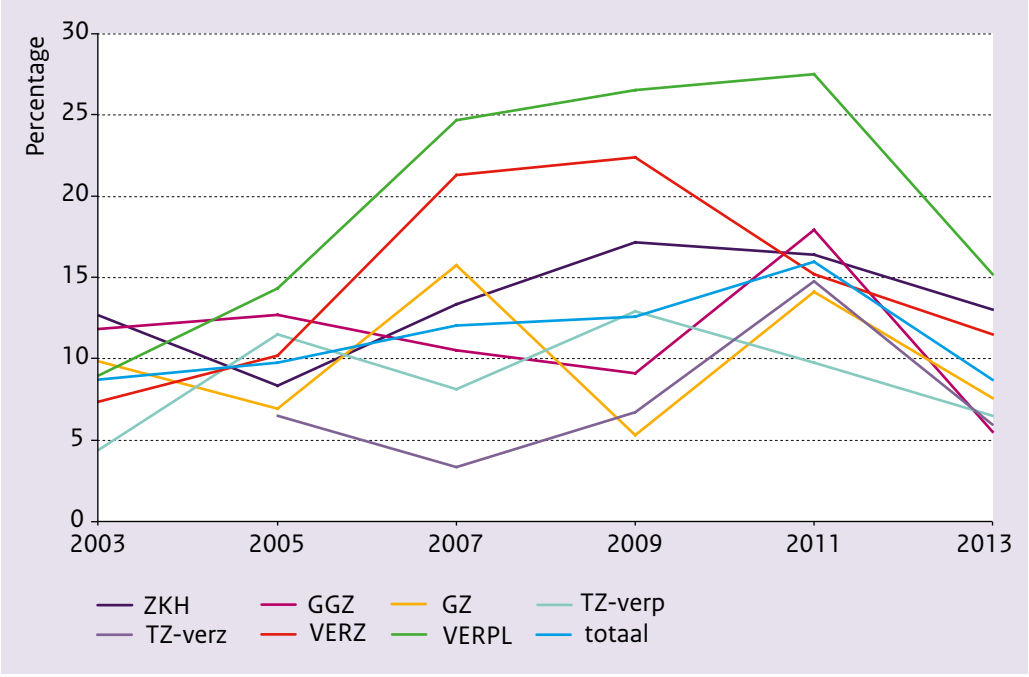
Figuur 6.6: Tevredenheid onder zorgverleners met de kwaliteit van zorg in de eigen instelling (schaal 1-5), 2001-2013 (N=503 in 2001 en is toegenomen tot N=1053 in 2013) (Bron: Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013b).



ZKH = verpleegkundigen in ziekenhuizen; GGZ = verpleegkundigen in de GGZ; GZ = verpleegkundigen en agogisch begeleiders in de gehandicaptenzorg; TZ-verpl = verpleegkundigen in de thuiszorg; TZ-verz = verzorgenden in de thuiszorg; VERZ = verzorgenden in verzorgingshuizen/zorgcentra; VEPL = verzorgenden in verpleeghuizen
Niet alle zorgverleners die deel uitmaakten van het Panel Verpleging & Verzorging verleenden langdurige zorg. In de analyses kon echter geen onderscheid worden gemaakt tussen zorgverleners die langdurige zorg verleenden en degenen die dat niet deden

Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen zorgverleners uit de verschillende typen zorginstellingen is dat verzorgenden in verpleeghuizen meer drukte op het werk ervoeren en aangaven minder vaak over voldoende tijd te beschikken om goede zorg te verlenen dan zorgverleners werkzaam in andere typen zorginstellingen. Ook gaven zij aan minder vaak genoeg tijd en mogelijkheden te hebben om problemen betreffende patiënten te bespreken met collega's. Daarnaast ervoeren zij dat zij minder invloed op de cliëntenplanning hadden dan zorgverleners werkzaam in andere typen zorginstellingen. Verzorgenden in verpleeghuizen gaven vaker dan andere zorgverleners aan dat meer handen aan het bed, verlaging van de werkdruk en beter opgeleid personeel hun werk aantrekkelijker zouden maken.
Verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg waren in 2013 tevredener over de werkdruk en ervoeren meer autonomie in hun werk dan zorgverleners die werkzaam waren in andere typen zorginstellingen (Maurits et al., 2014).

Figuur 6.7: Percentage zorgverleners dat aangaf dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was, 2003-2013 (N=503 in 2001 en is toegenomen tot N=1053 in 2013) (Bron: Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013b).



ZKH = verpleegkundigen in ziekenhuizen; GGZ = verpleegkundigen in de GGZ; GZ = verpleegkundigen en agogisch begeleiders in de gehandicaptenzorg; TZ-verpl = verpleegkundigen in de thuiszorg; TZ-verz = verzorgenden in de thuiszorg; VERZ = verzorgenden in verzorgingshuizen/zorgcentra; VEPL = verzorgenden in verpleeghuizen
Niet alle zorgverleners die deel uitmaakten van het Panel Verpleging & Verzorging verleenden langdurige zorg. In de analyses kon echter geen onderscheid worden gemaakt tussen zorgverleners die langdurige zorg verleenden en degenen die dat niet deden

Kijken we naar de totale groep van zorgverleners, dan blijkt dat er in de periode 2001-2003 sprake was van een significante stijging in de tevredenheid met de kwaliteit van zorg in de eigen instelling. In de periode 2003-2007 zien we een significante daling en in de periode 2009-2013 bleef de ervaren kwaliteit van zorg min of meer gelijk (Maurits et al., 2014).

In 2013 gaf één op de tien zorgverleners aan dat de kwaliteit van zorg die verleend werd door hun afdeling/team regelmatig of vaak niet goed was
In 2013 gaf 9% van de zorgverleners aan dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was (zie *figuur 6.7*). Dit percentage was met 6% het laagst bij verpleegkundigen in de ggz en met 15% het hoogst bij verzorgenden in verpleeghuizen. Als

naar de totale groep van zorgverleners gekeken wordt, blijkt er over de jaren veel fluctuatie te zijn. In de periode 2003-2011 is er een stijging te zien en tussen 2011 en 2013 daalde dit percentage weer naar het niveau van 2003. Gedurende meerdere jaren gaven verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen significant vaker aan dan zorgverleners werkzaam in andere typen zorginstellingen dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was (NIVEL, 2013b).

Van de verzorgenden in verzorgings- en verpleeghuizen gaf respectievelijk 51% en 42% aan dat er over het algemeen genoeg personeel is om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren

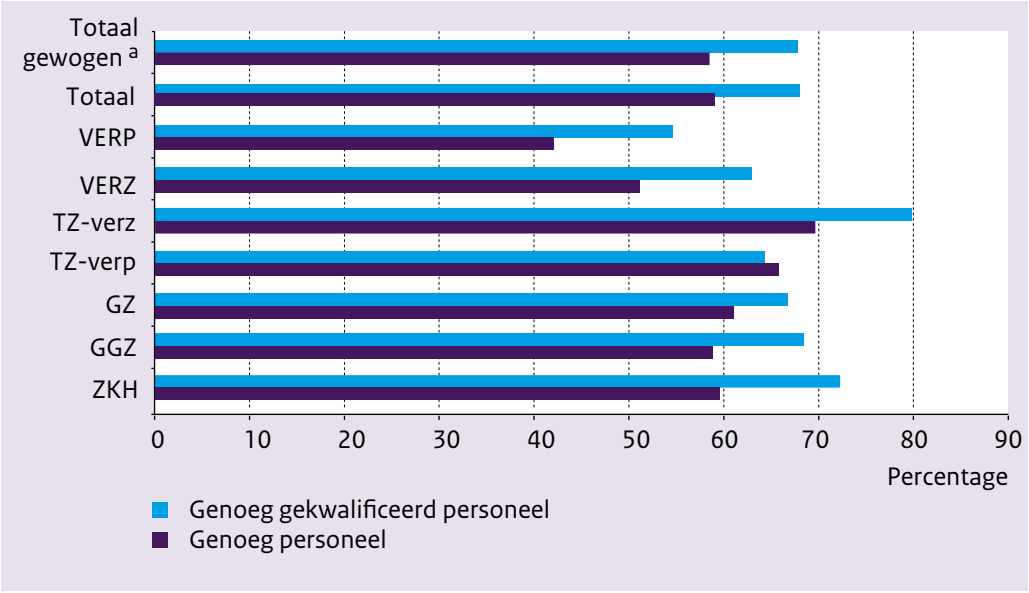
In 2013 gaf bijna 60% van de zorgverleners aan dat er over het algemeen genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren (zie *figuur 6.8*). Voor verzorgenden die werkzaam waren in verzorgings- en verpleeghuizen waren deze percentages het laagst (respectievelijk 51% en 42%). Voor verzorgenden en verpleegkundigen die werkzaam waren in de thuiszorg waren deze percentages met respectievelijk bijna 70% en 66% het hoogst. De aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel om goede kwaliteit van zorg te leveren, vertoonde een vergelijkbaar beeld. Van de verzorgenden in verzorgings- en verpleeghuizen gaf respectievelijk 63% en 55% aan dat er voldoende gekwalificeerd personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Zorgverleners in de thuiszorg gaven dit echter vaker aan; 80% van de verzorgenden en ruim 60% van de verpleegkundigen (NIVEL, 2013b).

Vooral bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen en vertegenwoordigers van bewoners met psychogeriatrische problemen zijn kritisch over de kwaliteit van zorg

Figuur 6.9a geeft de ervaringen van (vertegenwoordigers van) cliënten met verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg weer. We maken onderscheid tussen vier groepen: 1. Cliënten die thuiszorg ontvangen; 2. Cliënten die huishoudelijke hulp ontvangen; 3. Vertegenwoordigers van bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen met psychogeriatrische problemen; 4. Bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen (Booij et al., 2010; CQ-index, 2013; De Boer et al., in voorbereiding; Krol et al., 2012). Voor de bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen zijn ook de ervaringen met maaltijden weergegeven vanuit de gedachte dat smakelijke maaltijden en de sfeer tijdens de maaltijd kunnen bijdragen aan een betere of minder snelle achteruitgang van de kwaliteit van leven en gezondheid van de bewoners (Mathey et al., 2001; Nijs, 2006). Zoals de figuur laat zien, zijn er niet voor alle aspecten cijfers over de ervaringen beschikbaar. Bovendien verschilt per aspect over welk jaar cijfers beschikbaar zijn. In de figuur worden de meest recente cijfers gepresenteerd.

De groep die nooit of soms goede ervaringen heeft gehad, varieert van enkele procenten bij beleefde behandeling, aandachtig luisteren en vakkundig werken tot meer dan 20% bij voldoende aandacht, voldoende tijd, de mogelijkheid om mee te beslissen en de kwaliteit van maaltijden. Met sommige aspecten van kwaliteit zijn de ervaringen dus duidelijk beter dan met andere aspecten. Het valt op dat vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen minder goede ervaringen rapporteerden. Mogelijk zijn vertegenwoordigers wat kritischer dan de bewoners of de mensen die thuiszorg of huishoudelijke hulp ontvangen zelf.

Figuur 6.8: Percentage zorgverleners dat aangaf dat er over het algemeen genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te leveren en percentage zorgverleners dat aangaf dat er over het algemeen genoeg gekwalificeerd personeel was om goede kwaliteit van zorg te leveren, 2013 (N=1053) (Bron: Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013b).

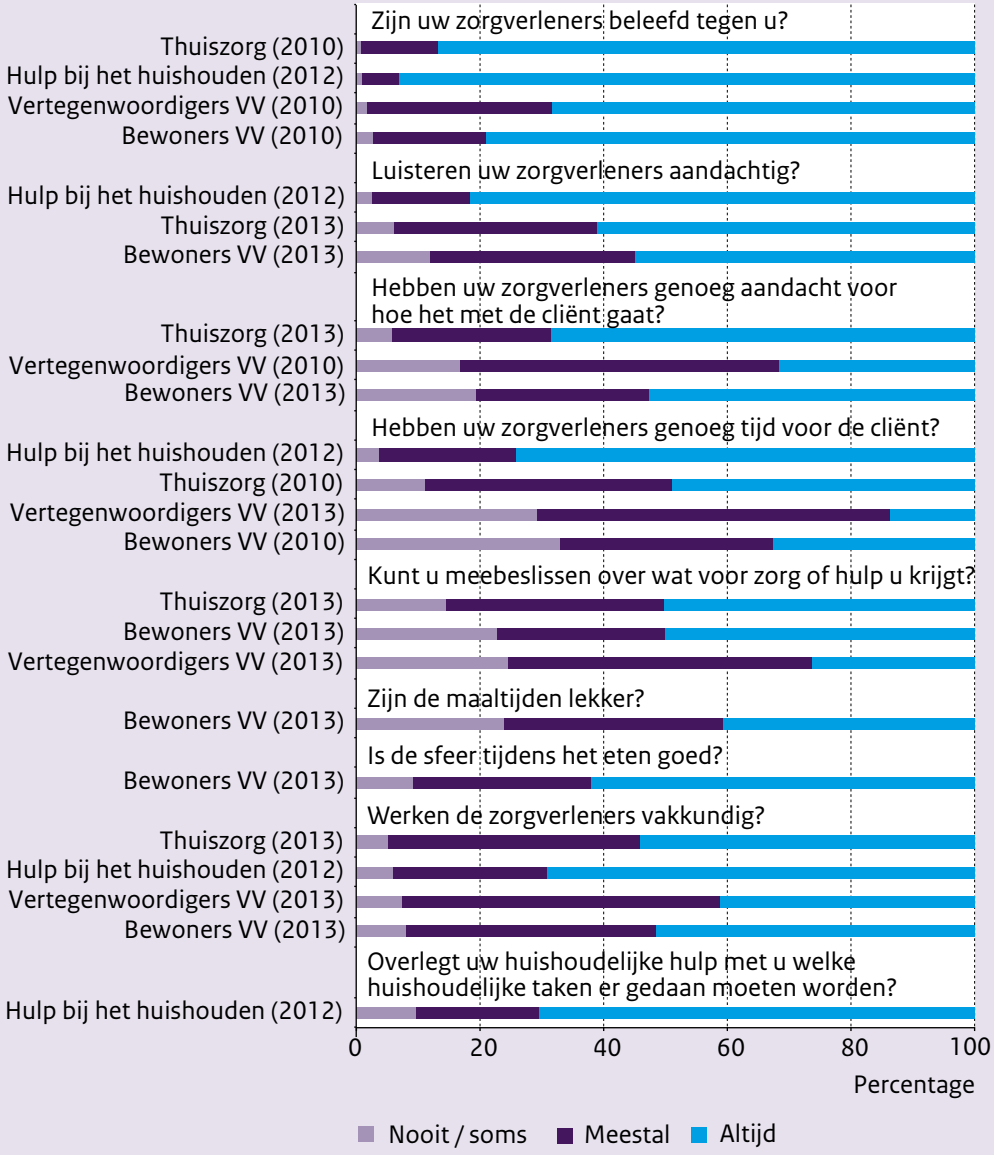


ZKH = verpleegkundigen in ziekenhuizen; GGZ = verpleegkundigen in de GGZ; GZ = verpleegkundigen en agogisch begeleiders in de gehandicaptenzorg; TZ-verpl = verpleegkundigen in de thuiszorg; TZ-verz = verzorgenden in de thuiszorg; VERZ = verzorgenden in verzorgingshuizen/zorgcentra; VEPL = verzorgenden in verpleeghuizen

Niet alle zorgverleners die deel uitmaakten van het Panel Verpleging & Verzorging verleenden langdurige zorg. In de analyses kon echter geen onderscheid worden gemaakt tussen zorgverleners die langdurige zorg verleenden en degenen die dat niet deden.

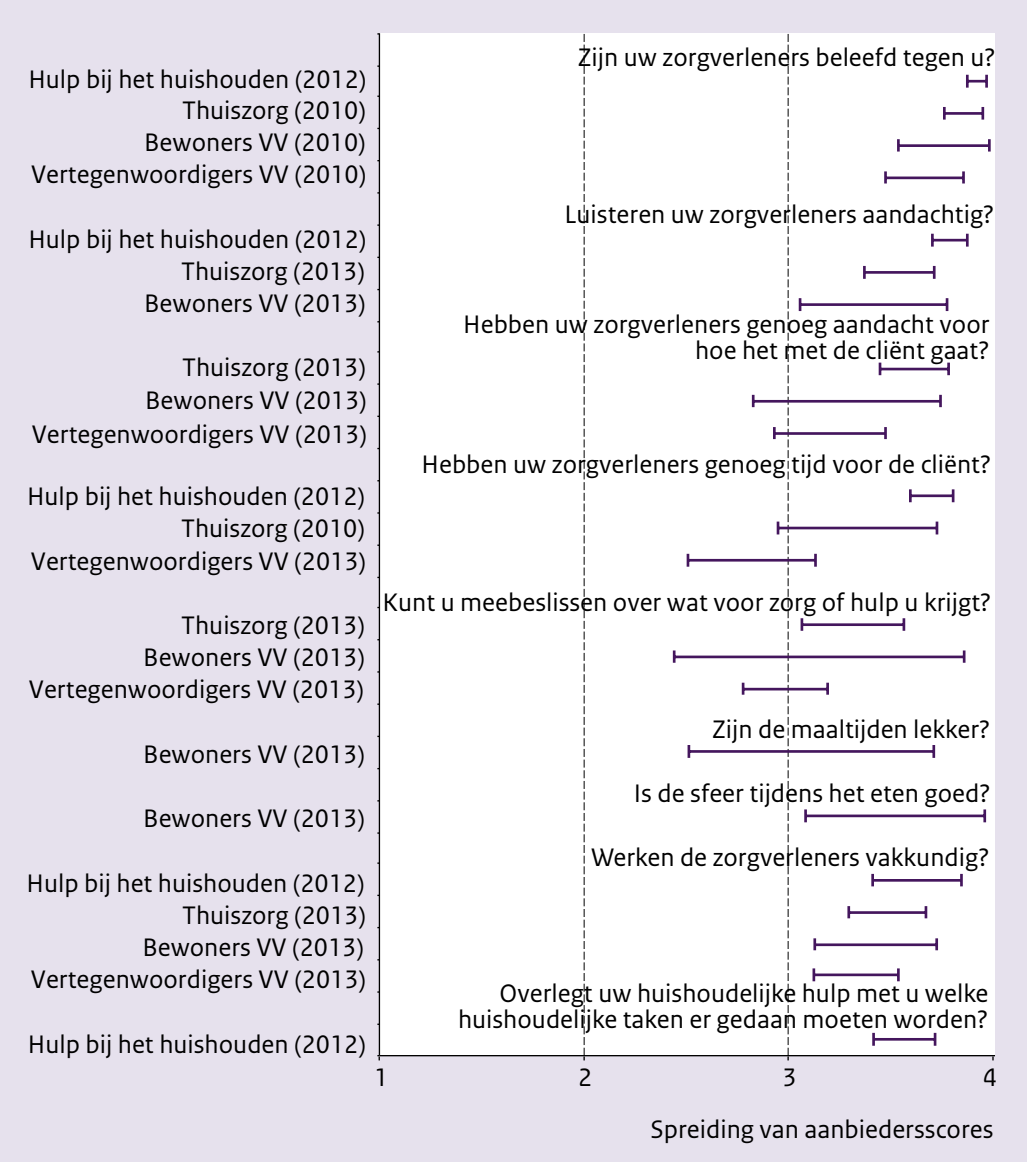
[a] De aantallen in de deelpanels vormen geen afspiegeling van de omvang van de respectievelijke sector van de Nederlandse gezondheidszorg. Om een schatting te maken van het percentage of gemiddelde van alle verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch begeleiders in Nederland werkzaam in de betrokken zorgsectoren zijn de resultaten zodanig statistisch gewogen dat er uitspraken gedaan kunnen worden over de hele populatie

Figuur 6.9a: Mate waarin zorggebruikers goede ervaringen hebben met bejegening, communicatie, maaltijden en vakkundigheid (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



VV = Verpleeg- en verzorgingshuizen

Figuur 6.9b: Spreiding tussen zorgaanbieders wat betreft de mate waarin zorggebruikers goede ervaringen hebben met communicatie, maaltijden en vakkundigheid, uitgedrukt als de range waarin 95% van de aanbiederscores wordt verwacht (Bron: NIVEL, CQ-index; zie *bijlage 3*).



VV = Verpleeg- en verzorgingshuizen
De scores 1, 2, 3 en 4 corresponderen respectievelijk met de antwoordcategorieën 'Nooit', 'Soms', 'Meestal' en 'Altijd'

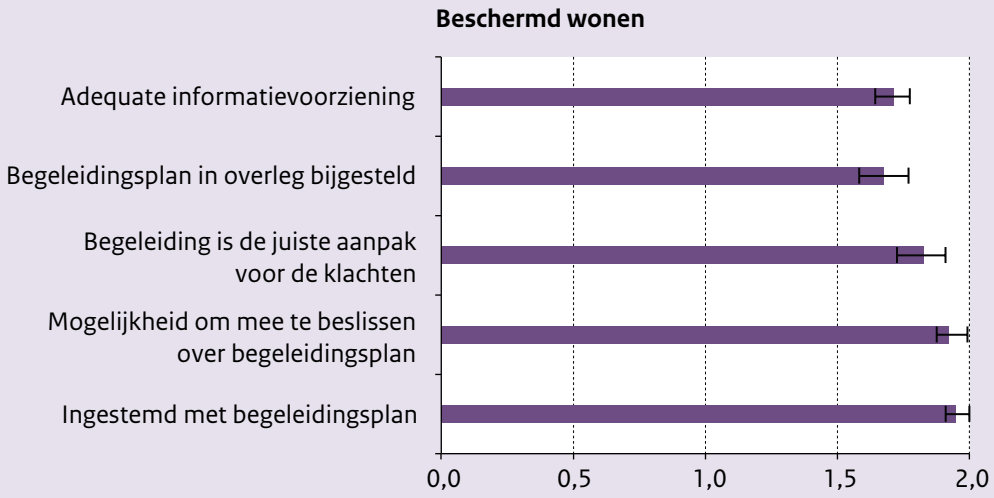
Figuur 6.9b geeft de spreiding in scores weer binnen één en dezelfde vorm van zorg, dus laat zien in welke mate scores van aanbieders binnen een bepaald type zorginstelling overeenkomen. Hoe langer de lijn, hoe groter de verschillen tussen zorgaanbieders binnen het betreffende type instelling. De figuur laat zien dat vooral de scores voor verpleeg- en verzorgingshuizen uiteenlopen. Dit geldt vooral voor de aspecten kunnen meebeslissen over de zorg, voldoende aandacht krijgen van zorgverleners en de kwaliteit van de maaltijden. Thuiszorgorganisaties verschillen vooral in de mate waarin de beschikbare tijd door cliënten als voldoende wordt ervaren. Waarom de verschillen tussen aanbieders groter zijn voor verpleeg- en verzorgingshuizen, is onduidelijk. Bewoners verblijven vaak lang in een verpleeg- of verzorgingshuis en komen intensief in aanraking met de zorg. Hierdoor hebben ze misschien een duidelijker en meer uitgesproken beeld van de zorgaanbieder. Mogelijk worden de verschillen in ervaringen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen daardoor beter gemeten.

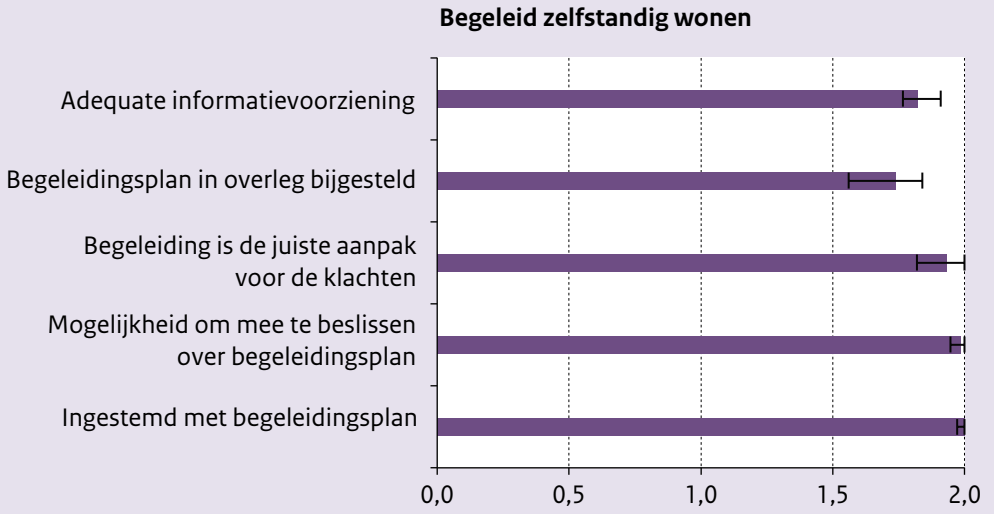
Cliënten in de langdurige ggz zijn het meest kritisch over de informatievoorziening, de mate van eensgezindheid onder begeleiders en het bijstellen van hun begeleidingsplan
Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) bieden begeleiding en ondersteuning aan mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen. Dit wordt geboden via beschermende woonvormen en ambulante begeleiding voor cliënten die zelfstandig wonen. RIBW's nemen eens in de twee jaar een CQ-vragenlijst bij hun cliënten af, waarin gevraagd wordt naar ervaringen met de zorg (RIBW Alliantie, 2013).

De meeste cliënten die beschermd wonen, gaven aan dat zij konden meebeslissen over de inhoud van het begeleidingsplan en dat zij hiermee hadden ingestemd (ZiZo, 2013a). Ook vonden ze dat de begeleiding die ze kregen, veelal de juiste aanpak was voor hun klachten (zie *figuur 6.10a*). Soms was het begeleidingsplan in de loop van het verblijf echter niet bijgesteld. De informatievoorziening over klachten van de cliënt en de begeleiding leek ook nog voor verbetering vatbaar, evenals de afstemming tussen begeleiders. Een deel van de cliënten had namelijk het gevoel dat de zorgverleners niet allemaal op één lijn zaten wat betreft de beste aanpak van hun klachten (zie *figuur 6.10b*). Ervaringen van cliënten met de bejegening door begeleiders waren over het algemeen positief. Over de woon- en leefomstandigheden was men redelijk positief (mediane score 2,64 op een schaal van 1 tot en met 3; hier niet weergegeven in een figuur). Het patroon in ervaren kwaliteit van zorg was voor cliënten die begeleid zelfstandig wonen vergelijkbaar met dat van cliënten die beschermd wonen. Wel waren de mediane scores op de indicatoren voor cliënten die begeleid zelfstandig wonen wat hoger dan die voor cliënten die beschermd wonen, wat betekent dat cliënten die begeleid zelfstandig wonen over het algemeen wat positiever waren over de ontvangen zorg.

De spreiding in mediane scores over instellingen wordt in de figuren weergegeven door het segment tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore. De 10-percentielscore is de score waar tien procent van de instellingen onder zit en de 90-percentielscore is de score waar tien procent van de instellingen boven zit. De spreiding is zowel bij beschermd wonen als begeleid zelfstandig wonen beperkt. Alleen bij het in overleg met de cliënt bijstellen van de begeleidingsplannen voor cliënten die begeleid zelfstandig wonen is de spreiding tamelijk groot. Dat betekent dat er voor deze indicator flinke verschillen zijn tussen aanbieders. Dat kan

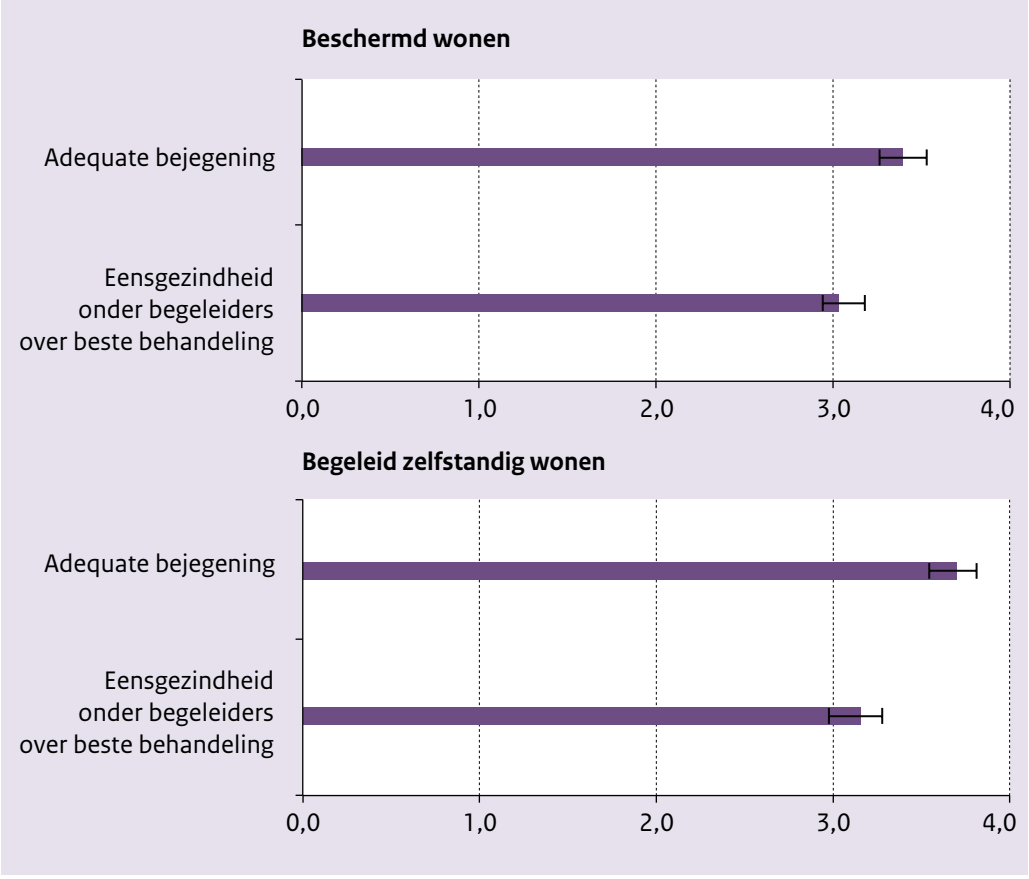
Figuur 6.10a: Ervaringen van cliënten die gebruik maken van beschermd wonen (boven) en begeleid zelfstandig wonen (onder), in 2012 (Bron: ZiZo, 2013a).





De ervaringen zijn gemeten met vragen met twee antwoordcategorieën, en zijn hier weergegeven op een schaal van 1 (nee) tot 2 (ja). De balken geven de mediane score over alle zorgaanbieders weer, de spreidingssegmenten het 10e en het 90e percentiel van de aanbiedersscores. Gebaseerd op 26 aanbieders van beschermd wonen en 25 aanbieders van begeleid zelfstandig wonen

Figuur 6.10b: Ervaringen van cliënten die gebruik maken van beschermd wonen (boven) en begeleid zelfstandig wonen (onder), in 2012 (Bron: ZiZo, 2013a).



De ervaringen zijn gemeten met vragen met vier antwoordcategorieën, en zijn hier weergegeven op een schaal van 1 (nooit) tot 4 (altijd). De balken geven de mediane score over alle zorgaanbieders weer, de spreidingssegmenten het 10e en het 90e percentiel van de aanbiedersscores. Gebaseerd op 26 aanbieders van beschermd wonen en 25 aanbieders van begeleid zelfstandig wonen

te maken hebben met grote verschillen in geboden kwaliteit van zorg, maar ook met verschillen in cliëntkenmerken tussen de instellingen. Zo kunnen sommige instellingen meer cliënten met verslavingsproblematiek hebben, andere juist meer jong volwassenen met een ontwikkelingsstoornis. Tussen deze groepen kunnen er bijvoorbeeld verschillen zijn in aangeboden zorg, optreden van incidenten en waarderen van ervaringen.

Nederland scoort goed ten opzichte van andere Europese landen wat betreft de kwaliteit van de dementiezorg
Voor mensen met dementie die thuiszorg ontvingen, bleek de kwaliteit van zorg in Nederland beter of gelijkwaardig te zijn aan die in andere Europese landen. Voor de indicatoren gebruik van psychofarmaca, sterfte, gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en valincidenten, waren de scores in Nederland significant beter dan gemiddeld. Ook de subjectieve beoordeling door mantelzorgers van de kwaliteit van zorg was significant beter dan gemiddeld. Voor de indicatoren depressieve symptomen, gewichtsverlies, pijn en decubitus waren de scores vergelijkbaar met die in andere landen (Beerens et al., 2014).
Ook voor mensen met dementie die in een instelling woonden, bleek de kwaliteit van zorg beter of gelijkwaardig te zijn aan die in andere landen. Voor de indicatoren depressieve symptomen en vrijheidsbeperkende middelen, waren de scores in Nederland significant beter dan gemiddeld. Voor de indicatoren psychofarmaca, sterfte, gewichtsverlies, pijn, decubitus en valincidenten waren de scores vergelijkbaar met die in andere landen. Ook de subjectieve beoordeling van de kwaliteit van zorg was vergelijkbaar met die in andere landen.

In de periode 2010-2012 werd de kwaliteit van dementiezorg in acht Europese landen gemeten, te weten: Nederland, Engeland, Estland, Finland, Frankrijk, Duitsland, Spanje en Zweden (Beerens et al., 2014). De Nederlandse steekproef werd getrokken uit zorginstellingen in Limburg en Noord-Brabant. Kwaliteit van zorg werd bepaald aan de hand van acht indicatoren: twee procesindicatoren (gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende middelen) en zes uitkomstindicatoren (depressieve symptomen, sterfte, gewichtsverlies, aanwezigheid van pijn, aanwezigheid van decubitus en valincidenten). Voor de thuiszorg werden de indicatoren gescoord door mantelzorgers; het ging hierbij om mensen die nog thuis woonden maar risico liepen op verpleeghuisopname. Voor de zorg in instellingen werden de indicatoren gescoord door zorgverleners; het ging hierbij om mensen die minder dan drie maanden geleden waren opgenomen. Ook werd de kwaliteit van zorg in beide settings gemeten op basis van de subjectieve beoordeling door mantelzorgers, waarbij gebruik werd gemaakt van een aangepaste versie van het Cliëntinterview Instrument (CLINT) (Vaarama, 2009).

Ondersteuning vanuit de Wmo verbetert de ervaren zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie
Wmo-aanvragers waardeerden hun zelfredzaamheid met gemiddeld 5,2 op een schaal van 0-10 voordat zij ondersteuning vanuit de Wmo kregen van hun gemeente. Na het verkrijgen van ondersteuning steeg dit naar 7,9. In een latere meting (een half jaar na de tweede meting) was de gemiddelde score iets afgenomen naar 7,6. Jonge Wmo-aanvragers (18-54 jaar) gingen er het meest op vooruit als zij ondersteuning vanuit de Wmo kregen. Hun zelfredzaamheid nam tussen de eerste en tweede meting toe van 4,6 naar 7,8. De gemiddelde score die Wmo-aanvragers gaven voor de mate waarin zij voor en na ondersteuning vanuit de Wmo konden participeren in de maatschappij steeg van 5,7 naar 6,8 (Feijten et al., 2013).

In 2011 dienden naar schatting bijna 390.000 mensen een Wmo-aanvraag in bij hun gemeente. Hulp bij het huishouden en vervoersvoorzieningen waren de meest aangevraagde vormen van

ondersteuning (respectievelijk 37% en 38%). Mensen die Wmo-ondersteuning aanvroegen, deden dat omdat zij doorgaans als gevolg van lichamelijke, verstandelijke, psychische en/of psychosociale problemen beperkt waren in het uitvoeren van bepaalde activiteiten. Deze beperkingen kunnen sociale contacten en maatschappelijke participatie in de weg staan. Wmo-aanvragers zijn vaak ouder dan 65 jaar (70%), vrouw (67%) en hebben vaak een ernstige beperking (65%). Van de Wmo-aanvragers heeft 58% een laag opleidingsniveau, woont 47% alleen en heeft 35% een gering inkomen (Feijten et al., 2013).

Het verlenen van mantelzorg belemmert de maatschappelijke participatie
Het SCP heeft mantelzorgers in 2012 gevraagd of zij, omdat zij mantelzorg verleenden, minder vaak deelnamen aan een aantal vormen van maatschappelijk participatie. Het bleek dat 26% van de mantelzorgers vaak belemmeringen ervoer bij vrijetijdsbesteding buitenshuis, 17% bij huishoudelijk werk in het eigen huis en 18% bij het ontmoeten van vrienden, familie en kennissen. Van de mantelzorgers ervoer 36% belemmeringen bij minstens één van deze activiteiten. Daarnaast bleek dat 13% belemmeringen ervoer bij hobby's thuis, 12% bij aandacht en tijd aan gezinsleden, 11% bij betaald werk en 9% bij vrijwilligerswerk. Van de mantelzorgers die deelnamen aan het onderzoek verleende 60% minimaal vier uur hulp per week en gedurende een periode langer dan drie maanden (Feijten et al., 2013).

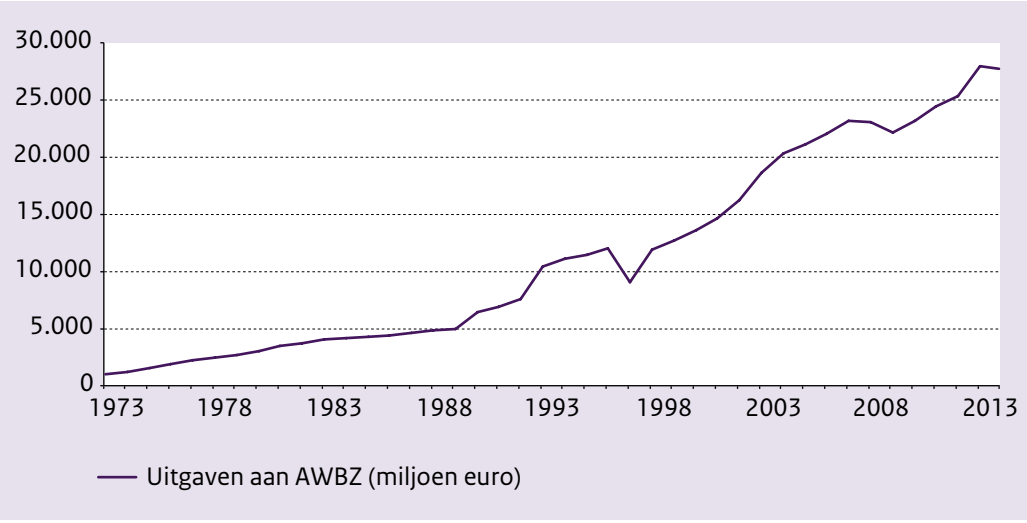
In 2012 gaven ruim twee miljoen volwassenen mantelzorg. Dit komt neer op iets meer dan 18% van de totale volwassen Nederlandse bevolking. Verhoudingsgewijs verlenen 55-59 jarigen het vaakst mantelzorg (Van den Brink & Savelkoul, 2013). Hoewel de mate van belemmering in maatschappelijke participatie niet direct iets zegt over de kwaliteit van zorg, is het wel een belangrijke indicator. De hervorming van de langdurige zorg vraagt een grotere inzet van mantelzorgers. Het is relevant om te monitoren wat hier op termijn de consequenties van zullen zijn.

6.3.3 Uitgaven

De totale AWBZ-uitgaven stegen in de periode 1972-2013 met bijna 27 miljard euro
Vanaf de introductie in 1968 zijn de AWBZ-uitgaven sterk gestegen (zie *figuur 6.11*). Daar liggen verschillende ontwikkelingen aan ten grondslag. Eén daarvan is dat de AWBZ in de loop der jaren behoorlijk is uitgebreid doordat er steeds meer vormen van zorg in ondergebracht werden, maar ook de vergrijzing speelt een rol. In 2013 is voor het eerst sinds 40 jaar een lichte daling van de AWBZ-uitgaven te zien (CBS Statline, 2014d). In de volgende alinea zal gedetailleerder op de uitgaven in 2013 worden ingegaan.

In 2013 bedroegen de AWBZ-uitgaven bijna 28 miljard euro
De AWBZ-uitgaven in 2013 worden geschat op circa 27,7 miljard euro (zie *tabel 6.2*). Hierbinnen waren de uitgaven met circa 16 miljard euro het hoogst voor de sector Verpleging en Verzorging. De uitgaven voor de zorg die werd geleverd via "zorg in natura (ZIN)" bedroegen circa 24,5 miljard euro (CBS Statline, 2014e). Uitgaande van cijfers over eerdere jaren, zal hiervan circa tachtig procent zijn besteed aan intramurale AWBZ-zorg en circa twintig procent aan extramurale AWBZ-zorg (Monitor Langdurige zorg, 2013a). De uitgaven voor de zorg die

Figuur 6.11: Totale AWBZ-uitgaven, 1972-2013 (Bron: CBS Statline, 2014d).



Tabel 6.2: Totale AWBZ-uitgaven, in 2013, met onderscheid naar de sectoren V&V, GZ en GGZ (Bron: CBS Statline, 2014e).

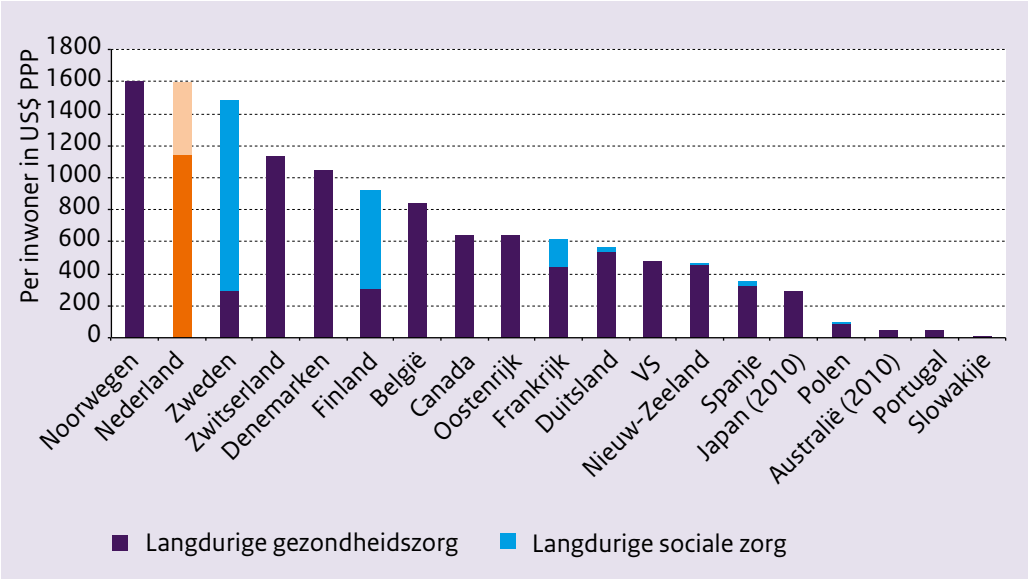
Sector	2013 (miljard euro)
V&V	16,0 [a]
GZ	8,4 [a]
GGZ	2,5
Overige uitgaven	0,7
Totaal	27,7 [b]

[a] Deze cijfers wijken iets af van de cijfers die zijn opgenomen in hoofdstuk 8 (ouderenzorg: 18,2 miljard euro en gehandicaptenzorg: 9,4 miljard euro). De verklaring hiervoor is dat de cijfers in hoofdstuk 8 per zorgaanbieder worden gegeven, met uitsplitsing naar verschillende financieringsbronnen (waaronder AWBZ, Zvw en Wmo), terwijl de cijfers in *tabel 6.2* functioneel van aard zijn (bijvoorbeeld V&V-zorg ongeacht door wie deze zorg wordt aangeboden) en bovendien alleen betrekking hebben op de AWBZ

[b] Waarvan zorg in natura (ZIN) ca. 24,5 miljard euro en PGB's ca. 2,5 miljard euro (samen 27 miljard euro); Door afronding tellen de weergegeven bedragen (16,0 + 8,4 + 2,5 + 0,7) niet precies op tot het totaalbedrag van 27,7 miljard euro

V&V = Verpleging en Verzorging, GZ = Gehandicaptenzorg, GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg

Figuur 6.12: Internationale vergelijking van de uitgaven aan langdurige zorg (in US$ PPP) [a] met waar mogelijk onderscheid naar uitgaven voor langdurige gezondheidszorg en sociale zorg, 2011(tenzij anders aangegeven) (Bron: OECD, 2013d).



[a] Met het gebruik van US$ Purchasing Power Parities wordt gecorrigeerd voor koopkracht-verschillen tussen landen2013d)

werd geleverd via PGB's bedroegen circa 2,5 miljard euro. In 2012 bedroegen de gemiddelde uitgaven per gebruiker van AWBZ-zorg 24.000 euro (Vektis, 2013a).

De uitgaven voor langdurige zorg in Nederland zijn hoog vergeleken met die in Finland en Frankrijk

In 2011 bedroegen de uitgaven voor de langdurige zorg in Nederland, rekening houdend met het verschil in koopkracht ten opzichte van het OECD-gemiddelde, 1600 dollar (1350 euro) per persoon (zie *figuur 6.12*). Om internationale vergelijkingen van uitgaven voor de langdurige zorg mogelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde methoden en definities van langdurige gezondheidszorg (o.a. verpleging en verzorging inclusief ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen) en langdurige sociale zorg (o.a. huishoudelijke hulp, begeleiding bij de uitvoering van instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen, verblijf) volgens het System of Health Accounts (OECD, 2013d; OECD et al., 2011). Ondanks het gebruik van deze gestandaardiseerde definities, bleek het in de praktijk nog niet voor alle landen mogelijk te zijn geweest om cijfers betreffende de uitgaven voor de langdurige sociale zorg aan te leveren (zie *figuur 6.12*). Hierdoor zijn de uitgaven voor de langdurige zorg per inwoner in Nederland niet goed vergelijkbaar met die in de meeste andere OECD-landen. Daarnaast speelt dat in deze cijfers de uitgaven via PGB's veelal niet zijn meegenomen. De

Tabel 6.3: Gemiddelde eigen maandelijkse bijdragen voor intramurale en extramurale zorg voor personen van 18 jaar en ouder, exclusief eigen bijdragen van PGB-houders, 2010-2012 (Bron: CAK, in NZa, 2013c).

Plaats		2010	2011	2012
Intramurale zorg	Gemiddelde lage eigen bijdrage per cliënt per maand	-	€ 192	€ 195
	Gemiddelde hoge eigen bijdrage per cliënt per maand	-	€ 607	€ 620
Extramurale zorg	Gemiddelde eigen bijdrage per cliënt per jaar	€ 170	€ 219	€ 226

Nederlandse uitgaven zijn het best vergelijkbaar met die in Finland, Frankrijk en Zweden, onder andere omdat deze landen zowel gegevens over de langdurige gezondheids- als sociale zorguitgaven hebben aangeleverd. De uitgaven in deze landen bedroegen respectievelijk 58%, 38% en 93% van de Nederlandse uitgaven. Rekening houdend met PGB financiering zijn de percentages voor Finland en Frankrijk respectievelijk 86% en 82%.

Het totaal aan eigen bijdragen aan AWBZ-zorg is in de afgelopen jaren met ruim 10% gestegen

In de periode 2009-2012 is het totaal aan eigen bijdragen die zijn opgelegd door het CAK aan cliënten voor het ontvangen van langdurige zorg in natura ten laste van de AWBZ gestegen met 12%; van ruim 1,6 miljard euro in 2009 naar bijna 1,8 miljard euro in 2012 (Monitor Langdurige Zorg, 2013b). Deze stijging kan deels verklaard worden door een toename van het aantal mensen dat een eigen bijdrage is gaan betalen, van ruim 830.000 in 2010 naar ruim 885.000 in 2012. Ook de hoogte van de eigen bijdrage is over de jaren toegenomen (zie *tabel 6.3*). In 2012 bedroeg de gemiddelde lage eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg 195 euro per cliënt per maand en de hoge eigen bijdrage 620 euro per cliënt per maand. Voor extramurale AWBZ-zorg bedroeg de gemiddelde eigen bijdrage per cliënt 226 euro per maand (NZa, 2013c).

Het CAK is een uitvoeringsorganisatie in de zorg- en welzijnssector die onder andere verantwoordelijk is voor het vaststellen, opleggen en incasseren van de wettelijk verplichte eigen bijdragen voor geleverde zorg. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen, de gezinssamenstelling, de leeftijd en de zorg die de cliënt heeft ontvangen.

Tabel 6.4: Gemiddelde Zvw-uitgaven (2011) en AWBZ-uitgaven (2012) voor verschillende groepen (Bron: Vektis, 2013a).

Groep	Zvw-uitgaven (2011)	AWBZ-uitgaven (2012)
Verzekerde	€ 2.070	€ 1.200
Verzekerde met multimorbiditeit	€ 9.500	€ 6.000
Verzekerde met een handicap	€ 4.600	€ 52.000

Zvw- en AWBZ-uitgaven voor mensen met meerdere chronische aandoeningen of een handicap zijn hoger dan gemiddeld
In 2011 bedroegen de gemiddelde Zvw-uitgaven 2070 euro per verzekerde per jaar. De gemiddelde AWBZ-uitgaven bedroegen 1200 euro per verzekerde, uitgaande van cijfers over 2012. *Tabel 6.4* laat zien dat de gemiddelde Zvw-uitgaven en AWBZ-uitgaven per verzekerde met multimorbiditeit of met een handicap (verstandelijk, lichamelijk of zintuiglijk) jaarlijks hoger zijn dan gemiddeld (Vektis, 2013a).

De gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde lopen regionaal uiteen
In 2012 liepen de gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde per jaar tussen regio's uiteen van 800 euro tot 1715 euro (Vektis, 2013a). In de berekening van deze gemiddelden is geen rekening gehouden met regionale verschillen in demografische en epidemiologische kenmerken van de populatie, zoals leeftijdsopbouw en de prevalentie van chronische aandoeningen. Het is onbekend waarom de gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde uiteenlopen. Naast toeval kunnen zowel verschillen in populatiesamenstelling, als verschillen in het regionale zorgaanbod en prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier een rol spelen. Om zicht te krijgen op de AWBZ-uitgaven per regio werd Nederland opgedeeld in 43 regio's die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van een samenhangend aanbod van maatschappelijke opvang. De uitgaven werden bepaald op basis van declaratiegegevens die door Vektis beheerd worden (Vektis, 2013a).

De Wmo-uitgaven van gemeenten bedroegen in 2010 gemiddeld 225 euro per inwoner
De totale Wmo-uitgaven van 37 gemeenten die deelnamen aan een onderzoek van het SCP naar Wmo-uitgaven bedroegen in 2010 ruim 323 miljoen euro. Dat is gemiddeld 225 euro per inwoner. De uitgaven varieerden tussen gemeenten van 157 euro tot 330 euro per inwoner. Gemiddeld ontvingen 29 per 1000 inwoners hulp bij het huishouden. Gemiddeld ontvingen zij 160 uur huishoudelijke hulp per jaar (Wapstra et al., 2014). Het totale aantal Nederlandse burgers dat in de periode 2009-2012 huishoudelijke hulp ontving, fluctueerde tussen de 430.000 en 445.000 (Monitor Langdurige zorg, 2013c).

Het SCP deed onderzoek naar de Wmo-uitgaven in 2010 van 37 Nederlandse gemeenten, met gezamenlijk 1,4 miljoen inwoners. Deze gemeenten waren representatief voor alle Nederlandse gemeenten op de kenmerken vergrijzing, stedelijkheid, regio en huishoudens met een laag inkomen. Geen van de G4 (de vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en

Tabel 6.5: Gemiddeld aantal PGB-houders en PGB-uitgaven, 1996, 2009-2012 (Bron: Van der Torre et al., 2013).

	1996	2009	2010	2011	2012
Gemiddeld aantal PGB-houders per jaar [a]	5400	113.000	122.000	133.000	Ca. 132.500
PGB-uitgaven (miljard) [b]	€ 0,045	€ 2,1	€ 2,3	€ 2,5	€ 2,7
Gemiddelde uitgaven per PGB-houder	€ 8.000	€ 18.700	€ 19.200	€ 18.500	€ 20.000

[a] Het gemiddelde is bepaald op basis van het aantal gebruikers per maand
[b] Cijfers in deze tabel kunnen, vanwege een iets andere berekeningswijze, niet direct vergeleken worden met het cijfer voor 2013 dat in het bijschrift staat van *tabel 6.2*

Utrecht) heeft aan het onderzoek deelgenomen. De resultaten zijn dus vooral te generaliseren naar de middelgrote en kleine gemeenten in Nederland (Wapstra et al., 2014).

PGB-maatregelen hebben in 2012 het aantal PGB-houders teruggedrongen; de totale uitgaven voor PGB's zijn echter gestegen
Het aantal PGB-houders is sinds de invoering van het PGB sterk toegenomen. Het gemiddelde aantal PGB-houders per jaar wordt weergegeven in *tabel 6.5*. In 1996 hadden ongeveer 5400 mensen een PGB. In 2012 lag het gemiddelde aantal PGB-houders op ongeveer 132.500. In 1996 bedroegen de uitgaven aan de zorg die door PGB-houders werd ingekocht ruim 45 miljoen euro (destijds circa 100 miljoen gulden). In 2012 waren deze uitgaven gestegen naar 2,7 miljard euro. Hoewel het gemiddelde aantal PGB-houders in 2012 ongeveer gelijk was als in 2011, nam het aantal PGB-houders in 2012 maandelijks af; van bijna 137.000 in januari 2012 naar bijna 129.000 in december 2012. Ondanks deze afname, zijn de totale uitgaven voor PGB's niet gedaald. Dit betekent dat de gemiddelde uitgaven per PGB-houder zijn gestegen; van circa €8.000 in 1996 naar circa €20.000 in 2012 (Van der Torre et al., 2013). Deze cijfers zijn exclusief PGB's die bekostigd worden vanuit de Wmo. In totaal liep in 2012 ongeveer 10% van alle AWBZ-uitgaven via een PGB.

Het PGB bestaat uit een geldbedrag waarmee mensen die zijn geïndiceerd voor zorg of ondersteuning, zelf de benodigde hulp kunnen inkopen bij zowel professionele als niet-professionele zorgverleners. Het PGB is bedoeld als alternatief voor zorg in natura (ZIN: zorg die rechtstreeks door een zorginstelling wordt geleverd). Een PGB stelt mensen in staat om zelf vorm en inhoud te geven aan hun hulpvraag. Met ingang van 2012 is een aantal PGB-maatregelen getroffen om de sterke groei van het aantal PGB's en de daarmee gepaard gaande zorguitgaven te beperken. De PGB-maatregelen hielden onder andere in dat de toegang tot het PGB werd beperkt tot personen die anders zouden moeten worden opgenomen in een zorginstelling. Per 1 januari 2013 werden deze maatregelen echter weer gedeeltelijk teruggedraaid. Bovendien werd een nieuwe PGB-regeling ingevoerd en werd een

aantal maatregelen getroffen om fraude tegen te gaan. De PGB-maatregelen hebben de instroom in 2012 sterk afgeremd. Het effect op het totale aantal PGB's is nog betrekkelijk gering omdat deze maatregelen alleen van toepassing zijn op nieuwe cliënten (Van der Torre et al., 2013).

6.4 Conclusie

Als we kijken naar de prestaties van de verschillende sectoren in de langdurige zorg valt een aantal zaken op. Het aantal cliënten dat langer dan de Treeknorm moet wachten en geen overbruggingszorg krijgt, is voor alle zorgfuncties beperkt. Het aantal wenswachtenden is nog wel aanzienlijk. Dit zijn mensen die wachten op zorg van een specifieke aanbieder die aan hun zorgvraag kan voldoen. De wachttijd tussen de aanvraag van Wmo-hulp bij gemeenten en de daadwerkelijk toezegging ervan, ervoer 8% van de aanvragers als een groot probleem. Een positieve ontwikkeling is dat het aantal plaatsen in meerbedskamers aanzienlijk is gereduceerd. Ook met betrekking tot vermijdbare zorgproblemen in zorginstellingen zijn over het algemeen positieve ontwikkelingen te zien. De prevalentie van decubitus en (risico op) ondervoeding en het optreden van valincidenten zijn gedaald. Het reduceren van het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen verdient echter nog aandacht; deze middelen worden nog vaak toegepast in instellingen voor wonen, zorg en welzijn.

Hoewel cliënten de warmte, aandacht, respectvolle benadering en deskundigheid van zorgverleners waarderen (ActiZ, 2013a), gaven cliënten die intramurale zorg ontvingen en hun vertegenwoordigers vaker dan cliënten die extramurale zorg ontvingen aan dat zorgverleners niet voldoende aandacht of tijd voor hen hadden. Ook gaven zij vaker aan dat zij niet kunnen meebeslissen over de zorg of hulp die zij ontvangen. Deze bevindingen zijn in lijn met wat verpleegkundigen en verzorgenden uit de verschillende sectoren aangaven. Verzorgenden in verpleeghuizen waren over het algemeen het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling. Ook gaven zij, samen met verzorgenden in verzorgingshuizen, vaker dan verzorgenden en verpleegkundigen in de thuiszorg aan dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was en dat er niet voldoende (gekwalificeerd) personeel was. Ondanks de aanzienlijke, en steeds verder toenemende, uitgaven aan de intramurale zorg, is er blijkbaar nog steeds ruimte voor verbetering. Aandachtspunten volgens (vertegenwoordigers van) bewoners zijn onder andere de inzet van personeel en de faciliteiten die de organisatie biedt, onder andere om bewoners voldoende te activeren (ActiZ, 2013a). In 2012 werd door de minister van VWS 372 miljoen euro extra geïnvesteerd in de langdurige zorg, middels de zogeheten intensiveringsmiddelen, om de kwaliteit van de langdurige zorg te bevorderen door extra medewerkers op te leiden en aan te nemen, huidige medewerkers op te leiden tot een hoger kwalificatieniveau, en administratieve lasten terug te dringen. Ongeveer twee derde daarvan is door zorginstellingen aangewend voor 'extra handen' (VWS, 2013f). Het is van belang om te monitoren of deze investering zich uiteindelijk zal gaan vertalen in een betere (ervaren) kwaliteit van zorg. Dit is met name van belang omdat uit onderzoek van de IGZ blijkt dat in veel zorginstellingen de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel vaak nog onvoldoende zijn afgestemd op de zorgbehoeften

van cliënten. De IGZ geeft aan dat de deskundigheid de komende jaren steeds belangrijker zal worden, met name omdat naar verwachting de ouderen die in de toekomst in een intramurale zorginstelling terecht komen vaak nog complexere zorg nodig zullen nodig hebben dan nu (IGZ, 2014d).

In de afgelopen jaren hebben diverse ontwikkelingen plaatsgevonden om de transparantie van de kwaliteit van de zorg te bevorderen (zie *hoofdstuk 11*). Niet alleen de overheid, maar ook brancheorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars hebben zich ingezet om de prestaties van de langdurige zorg meetbaar en zichtbaar te maken. Het gevolg is dat er een grote diversiteit is ontstaan aan indicatorensets en gegevenssets voor de langdurige zorg, met name voor de verpleging, verzorging en thuiszorg. In de Zorgbalans van 2010 werd de wens uitgesproken om in de Zorgbalans van 2014 meer aandacht te besteden aan de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz. Inmiddels zijn er belangrijke beginstappen gemaakt om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door middel van CQ-metingen door ggz-instellingen in het kader van Zichtbare Zorg, Routine Outcome Monitoring (ROM) in ggz-instellingen (zie *paragraaf 5.3.2*) en instellingen voor beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen (RIBW Alliantie, 2013) en gegevensverzameling in het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg (VNG, 2014). Vooralsnog is inzicht in de prestaties van de GZ echter nog beperkt.

Door de hervorming van de langdurige zorg zullen er belangrijke veranderingen en verschuivingen gaan plaatsvinden in onder andere de bekostiging en verantwoordelijkheden omtrent de organisatie en levering van de zorg. Monitoring van deze veranderingen in de verschillende sectoren inclusief de gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten/doelmatigheid van de zorg is daarom belangrijker dan ooit (Algemene Rekenkamer, 2014). Inmiddels zijn er verschillende trajecten in gang gezet om de beleidsdoelen te vertalen naar meetbare doelen om de (neven-)effecten van de hervorming van de langdurige zorg in beeld te kunnen brengen, niet alleen voor burgers (Peeters & Rademakers, 2014), maar ook voor bijvoorbeeld de arbeidsmarkt (Panteia et al., 2013). Hiertoe zullen monitors waarmee dit proces kan worden bewaakt opgezet moeten worden. Momenteel wordt nagedacht over de aandachtspunten binnen deze monitors en of nieuwe indicatoren een plaats zouden kunnen krijgen binnen bestaande indicatorensets. Het zal nog wel enkele jaren duren voordat bruikbare gegevens beschikbaar komen.

Een eerste aandachtspunt betreft de mate waarin mensen met chronische aandoeningen en functionele beperkingen in staat zullen zijn om zelfstandig te wonen. In de beleidsvisie over de hervorming van de langdurige zorg staat dat mensen ondanks hun aandoeningen en beperkingen gestimuleerd zullen worden om zo lang mogelijk maatschappelijk te blijven participeren en zo lang mogelijk in de eigen omgeving, met hulp van mantelzorg en eventueel thuiszorg en huishoudelijke hulp, te blijven wonen (VWS, 2013e; VWS, 2013f). Eigen regie, zelfredzaamheid en het versterken van zelfstandigheid zijn belangrijke thema's binnen de hervorming van de langdurige zorg. De vraag rijst echter of door uitstel van intensieve, intramurale zorg wel voldoende kan worden voldaan aan de zorgvraag en/of ondersteuningsbehoefte van mensen met complexe problematiek. Verschillende partijen

hebben daarom hun zorgen geuit over de consequenties van de hervorming van de langdurige zorg voor bijvoorbeeld ouderen, mensen met een verstandelijke beperking en kwetsbare patiënten in de langdurige ggz (Evenhuis & Hermans, 2012; Evenhuis & Hermans, 2013; GGZ Nederland & RIBW Alliantie, 2013; LHV, 2014b). Het is daarom van belang om te monitoren of de hervorming van de langdurige zorg bijvoorbeeld zal leiden tot (extra) problemen op het gebied van gezondheid, welzijn en zelfredzaamheid (Peeters & Rademakers, 2014) of zorgvragen waaraan niet voldaan kan worden, maar ook tot verkeerde bedproblematiek in bijvoorbeeld ziekenhuizen, frequente (her)opnames, meer acute zorg (ambulanceritten, behandelingen op de SEH) of vaker onopgemerkt overlijden van mensen thuis.

Een ander belangrijk aandachtspunt betreft mantelzorgers. Langdurige zorg zal in de toekomst niet langer primair gericht zijn op verpleging, verzorging en begeleiding door professionals. Uitgangspunt is dat allereerst wordt gekeken of ondersteuning en zorg geleverd kunnen worden vanuit het eigen sociale netwerk, en of eigen financiële middelen daarvoor aangewend kunnen worden. Pas daarna zal nagegaan worden of professionele en eventuele intramurale zorg moet worden ingezet. Dit vraagt dus om een grotere inzet van mantelzorgers. In 2012 gaven ruim twee miljoen volwassenen mantelzorg. Ruim een derde van de mantelzorgers gaf aan vaak belemmeringen in hun maatschappelijke participatie te ervaren. Van de mantelzorgers van mensen met dementie gaf een ruime meerderheid aan zich belast te voelen. Het is belangrijk om de consequenties van het verlenen van mantelzorg te monitoren. Hierbij gaat het niet alleen om de consequenties in termen van bijvoorbeeld overbelasting, maar ook om bijvoorbeeld arbeidsparticipatie van mantelzorgers of andere vormen van maatschappelijke participatie. Dit is met name van belang omdat uit onderzoek blijkt dat een gebrek aan participatie negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheid (Bath & Deeg, 2005; Mendes de Leon, 2005).

Aangezien de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg ook één van de motieven voor de herziening van het stelsel van de langdurige zorg is, zou een derde aandachtspunt het monitoren van de consequenties van de hervorming voor de zorguitgaven kunnen zijn. Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de uitgaven voor de langdurige zorg aanzienlijk zijn. In Nederland vormen de uitgaven aan de langdurige zorg ongeveer een derde van de totale zorguitgaven (zie *hoofdstuk 8*). Naast het monitoren van de zorguitgaven, is het ook van belang na te gaan wat de gevolgen van de hervormingen zullen zijn voor het zorggebruik. Hierdoor kan inzicht verkregen worden of van bepaalde vormen van zorg meer of juist minder gebruik gemaakt gaat worden.

Omdat er door de hervorming van de langdurige zorg steeds meer verantwoordelijkheden worden toegedicht aan gemeenten, is het ten slotte ook van belang om te monitoren wat de consequenties van de hervorming van de langdurige zorg voor gemeenten zijn. Gemeenten staan voor de uitdaging om de kwaliteit van ondersteuning en zorg in de buurt voor een toenemend aantal mensen met chronische aandoeningen en/of functionele beperkingen te verbeteren, terwijl zij voor verschillende voorzieningen minder budget te besteden hebben dan de rijksoverheid er tot nu toe aan uit heeft uitgegeven. Ook kan er ongelijkheid ontstaan tussen gemeenten en daarmee tussen burgers, omdat gemeenten beleidsvrijheid hebben ten

aanzien van de uitvoering van de Wmo. Het is van belang om na te gaan wat de mogelijke gevolgen van deze uitdagingen zullen zijn voor bijvoorbeeld de toegankelijkheid maar ook de kwaliteit van de zorg.

7
Zorg rond het levenseinde

Kernbevindingen

- Het aantal voorzieningen voor (terminale) palliatieve zorg is in de periode 2007–2014 toegenomen van 497 tot 891
- Het aantal kaderhuisartsen Palliatieve Zorg is gestegen van 46 in 2007 tot 80 in 2012
- In 2012 waren ruim 10.000 vrijwilligers actief in de ondersteuning en begeleiding van terminale patiënten
- Het aantal consultvragen bij IKNL-consultatieteams palliatieve zorg nam toe van 4863 in 2004 naar 6467 in 2013
- Het aantal mensen dat langer dan de Treeknorm wacht op AWBZ VV-10-zorg is zeer gering. De wachttijden voor palliatieve zorg verleend door vrijwilligers zijn kort
- Volgens de SFK is het aantal patiënten bij wie palliatieve sedatie werd toegepast bijna verdubbeld in de periode 2006-2013
- In de periode 2008-2012 is het aantal SCEN-artsen gestegen van 589 naar 608 en het gemiddeld aantal consultaties per arts van bijna 7 naar 11
- Het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding nam toe van 2331 in 2008 naar 4188 in 2012
- Het percentage sterfgevallen ten gevolge van intensivering van pijn- of symptoombestrijding steeg tussen 2005 en 2010 van 25% naar 36%
- Het percentage sterfgevallen ten gevolge van afzien van een levensverlengende behandeling steeg tussen 2005 en 2010 van 16% naar 18%
- In 2013 waren er 17 high care hospices met het Keurmerk Palliatieve Zorg en 3 units palliatieve zorg bij verpleeghuizen

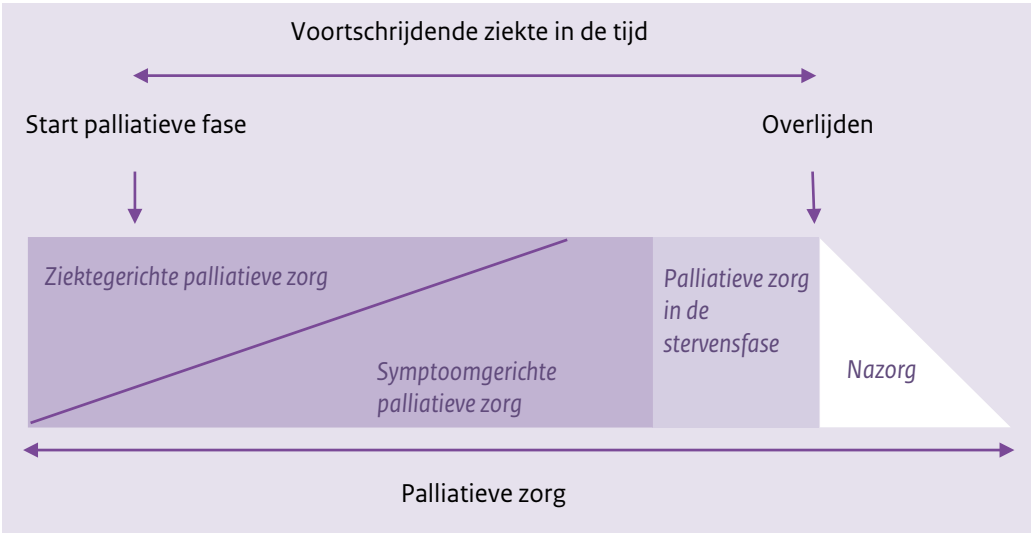
- Volgens nabestaanden overlijdt twee derde op de plek waar men wilde overlijden
- De ervaringen van nabestaanden met het bespreken van het levenseinde en nazorg zijn wisselend
- Nabestaanden ervaren veelal beleefdheid en voelen zich door zorgverleners serieus genomen
- De ervaringen van nabestaanden met privacy, steun en informatievoorziening zijn redelijk tot goed
- In 2010 stemden veel behandelprotocollen voor palliatieve sedatie in ziekenhuizen in grote lijnen overeen met de KNMG-richtlijn
- Het percentage gevallen van continue diepe sedatie met alleen morfine is tussen 2005 en 2010 afgenomen van 15% naar 6%
- Kunstmatig toedienen van vocht of voeding is tussen 2005 en 2010 afgenomen van 34% naar 21%
- In de periode 2005-2011 werd gemiddeld 87,4% van de patiënten en 94,5% van de familie betrokken bij de besluitvorming rond palliatieve sedatie in de huisartspraktijk
- Het percentage gevallen van euthanasie met morfine of benzodiazepinen is tussen 2005 en 2010 afgenomen van respectievelijk 18% naar 17% en van 7% naar 2%
- Volgens SCEN-artsen voldeed in 2012 bijna 16% van de aanvragen voor euthanasie (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen
- Het percentage meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat volgens de regionale toetsingscommissies euthanasie niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen is al jaren minder dan 0,5%
- De gemiddelde periode tussen het indienen van een melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding en de toetsing van de melding door een regionale toetsingscommissie euthanasie nam toe van 32 dagen in 2008 tot 127 dagen in 2012. Dit is meer dan de wettelijke termijn van maximaal 12 weken
- Hoeveel geld er per jaar aan palliatieve zorg wordt besteed, is onduidelijk

7.1 Achtergrond

In dit hoofdstuk over zorg rond het levenseinde gaan we in op palliatieve zorg en beslissingen rond het levenseinde. Onder palliatieve zorg verstaan we ook palliatieve sedatie. Deze vorm van zorg kent specifieke voorwaarden en wordt daarom apart besproken. Beslissingen rond het levenseinde betreffen intensivering van pijn- of symptoombestrijding, afzien van levensverlengende behandeling, en euthanasie en hulp bij zelfdoding.

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

Figuur 7.1: Het zorgcontinuüm voor palliatieve zorg (Bron: Lynn & Adamson, 2003).



Palliatieve zorg onderscheidt zich nadrukkelijk van curatieve zorg maar sluit deze niet uit
Palliatieve zorg is een zorgcontinuüm dat loopt van ziektegerichte palliatie tot en met nazorg voor de naasten van de overleden patiënt (zie *figuur 7.1*). Ziektegerichte palliatie is vooral gericht op levensverlenging en voorkomen van symptomen. Bij het voortschrijden van de ziekte wanneer het duidelijker wordt dat overlijden naderbij komt, komt de nadruk van de zorg steeds meer te liggen op het verlichten van symptomen en verbetering van de kwaliteit van leven. Deze twee fases zijn niet altijd duidelijk te onderscheiden. Dit hangt ook af van de onderliggende ziekte. Bij palliatieve zorg in de stervensfase gaat het vooral om de kwaliteit van sterven. Het model laat zien dat palliatieve zorg begint ver voordat de terminale fase intreedt en niet eindigt bij het overlijden van de patiënt.

De periode waarin palliatieve zorg wordt verleend, loopt erg uiteen. Het kan gaan om weken of maanden, maar soms ook om jaren.

Hoeveel mensen gebruik maken van palliatieve zorg is niet bekend. Wel is er een inschatting te maken van de potentiële doelgroep. In Nederland overleden in 2012 bijna 141.000 mensen. Vooral de mensen die overleden aan een chronische ziekte of kanker zouden in meer of mindere mate gebaat zijn bij palliatieve zorg. Dit betreft bijna de helft van alle overledenen. Zo overleden er in 2012 43.377 mensen aan een vorm van kanker, 8051 mensen aan dementie en ruim 16.500 mensen aan chronische aandoeningen zoals astma en COPD, hartfalen en diabetes (CBS Statline, 2013c).

Zorgverleners betrokken bij palliatieve zorg
In Nederland is palliatieve zorg het werkterrein van alle zorgverleners die in de uitoefening van

hun beroep te maken hebben met mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Het is daarmee generalistische zorg en onderdeel van de reguliere zorg. In de eerste lijn verlenen vooral huisartsen, wijkverpleegkundigen, en verpleegkundigen en verzorgenden van thuiszorgorganisaties palliatieve zorg. In de tweede lijn zijn dat medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, (gespecialiseerde) verpleegkundigen en paramedici. Bij mensen die thuis overlijden is de huisarts bijna altijd de centrale zorgverlener en coördinator van de zorg. Vanuit specialistische palliatieve zorg wordt ondersteuning geboden bijvoorbeeld door consultatie en onderwijs. Naast professionele zorgverleners verlenen ook veel mantelzorgers en vrijwilligers palliatieve zorg. In veel Europese landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, is palliatieve zorg veeleer voorbehouden aan specialisten op dat gebied.

Palliatieve zorgvoorzieningen
Er zijn diverse typen palliatieve terminale zorgvoorzieningen: zelfstandige hospices of hospices als onderdeel van een verpleeg- of verzorgingshuis (zogenaamde palliatieve units) en speciale palliatieve voorzieningen bij een ziekenhuis. Bij sommige hospices werken vooral vrijwilligers (bijna-thuis-huizen), terwijl andere een eigen verpleegkundige staf hebben (high care hospices). Er zijn ook instellingen die wel palliatieve zorg aanbieden maar geen verblijf. Zo hebben veel thuiszorgorganisaties een speciaal aanbod voor palliatieve zorg. Enkele hospices bieden naast verblijf ook een dagvoorziening.

Netwerken palliatieve zorg
De palliatieve zorg is georganiseerd in regionale netwerken palliatieve zorg. Hieraan kunnen alle zorgverleners en organisaties die palliatieve zorg verlenen, deelnemen. Deze netwerken hebben tot doel de zorg die verleend wordt aan mensen in de palliatieve fase zo goed mogelijk te organiseren en de zorgvraag en het zorgaanbod op elkaar af te stemmen. Ieder netwerk wordt begeleid door een netwerkcoördinator (Agora, 2013). Eind 2013 waren er in Nederland 66 netwerken palliatieve zorg (Stichting Fibula, 2013).

Consultatieteams palliatieve zorg
Professionele zorgverleners die te maken krijgen met palliatieve zorg kunnen een consult aanvragen bij een consultatieteam palliatieve zorg. De teams werken onder auspiciën van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). In 2013 waren er in Nederland verdeeld over 9 regio's 29 consultatieteams palliatieve zorg actief. Bij deze multidisciplinaire teams waren 289 consulenten, vooral artsen en verpleegkundigen, betrokken (Lokker et al., 2014). Daarnaast heeft een aantal ziekenhuizen een eigen, intern consultatieteam palliatieve zorg.

Expertisecentra Palliatieve Zorg
Er zijn acht expertisecentra palliatieve zorg verbonden aan de academische ziekenhuizen. Deze centra beogen de organisatie en de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren door middel van onderzoek en onderwijs. Om dit doel te verwezenlijken heeft de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) een aanzet gegeven voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NFU, 2013). De expertisecentra verlenen complexe palliatieve zorg aan patiënten wanneer zij dit nodig hebben, maar zijn er op gericht om de zorg generalistisch te houden en over te dragen aan netwerkpartijen die dichter bij de patiënt staan. Binnen dit

programma willen de Universitaire Medische Centra samen met bestaande netwerken palliatieve zorg en de daarbij aangesloten zorgverleners regionale consortia inrichten.

Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0
Er is een zorgmodule Palliatieve Zorg ontwikkeld (CBO, 2013). Het doel van deze zorgmodule is 'een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de zorgverlening in de palliatieve fase van een chronisch ziekteproces door de minimale eisen te beschrijven waaraan in deze fase de zorg aan patiënten en hun naasten moet voldoen'. Het gaat hierbij om patiënten met een maximale levensverwachting van één jaar. De module sluit aan op de ziektespecifieke zorgstandaarden en richtlijnen voor palliatieve zorg.

Richtlijnen en handreikingen palliatieve zorg
Er zijn ruim 50 richtlijnen en handreikingen voor palliatieve zorg door of met het IKNL ontwikkeld. Deze zijn te raadplegen op www.pallialine.nl. Onderwerpen zijn onder meer symptomen, specifieke aandoeningen, zorg rond het levenseinde, zorg voor specifieke groepen, en niet medische vormen van zorg zoals spirituele zorg. Volgens het IKNL zijn de effecten op de kwaliteit van zorg nog weinig zichtbaar (www.iknl.nl/richtlijnen/over-richtlijnen). De initiële doelgroep van de richtlijnen zijn artsen, verpleegkundigen en apothekers. Een evaluatie van het gebruik van richtlijnen palliatieve zorg in 2012/2013 liet zien dat 93% van de initiële doelgroep deze kent en dat 85% in de afgelopen 12 maanden één of meerdere richtlijnen heeft geraadpleegd (Verhoof et al., 2013).

Onderzoek en verbeterprogramma's palliatieve zorg ZonMw
In 1997 ging het programma Palliatieve Zorg in de Terminale Fase van ZorgOnderzoek Nederland van start. Dit programma bestond uit een inventarisatie van palliatieve zorg in de terminale fase, een verkenning van vraag en aanbod van palliatieve zorg in de toekomst en projecten om de zorg in de praktijk te verbeteren (Hackenitz & van Ginkel, 2004). In vervolg hierop is het ZonMw-Programma Palliatieve Zorg (2006-2014) opgezet met als doel 'door middel van onderzoek en ontwikkeling bij te dragen aan het verbeteren van palliatieve zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten, ongeacht waar de patiënt zich bevindt' (ZonMw, 2009). Om de kwaliteit van palliatieve zorg te kunnen meten, zijn een set kwaliteitsindicatoren en een CQ-index Palliatieve Zorg voor patiënten en nabestaanden ontwikkeld. Daarnaast zijn 'Goede Voorbeelden' opgesteld om de praktijk van palliatieve zorg te verbeteren. Deze goede voorbeelden zijn input voor het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg (2012-2016). In de loop van 2014 zullen veel van de verbeterprojecten worden afgerond. In 2013 is het NIVEL gestart met de evaluatie van de verbeterprojecten met behulp van de kwaliteitsindicatoren. In het kader van het Verbeterprogramma wordt ook de implementatie van de Zorgmodule Palliatieve Zorg en het effect ervan op de kwaliteit van palliatieve zorg met behulp van de indicatoren geëvalueerd. Op verzoek van VWS is ZonMw in 2014 gestart met het ontwikkelen van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg zal hierbij ondergebracht worden. Doel van het nationale programma is patiënten die dit nodig hebben te verzekeren van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning (ZonMw, 2014a).

Palliatieve sedatie
Onder palliatieve sedatie wordt verstaan: 'het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase' (KNMG, 2009). Daarbij kan sprake zijn van continu, kortdurend of intermitterend sederen en van oppervlakkige of diepe sedatie. Voorwaarden voor continue en diepe sedatie zijn dat de patiënt ondraaglijk lijdt door één of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen) en verwacht wordt binnen één tot twee weken te sterven. Sedatie kan dan voortgezet worden tot het overlijden. Twijfelt de arts over zijn eigen deskundigheid of over de indicatie of levensverwachting, dan dient tijdig de juiste deskundige geconsulteerd te worden. Uitgezonderd acute situaties, wordt palliatieve sedatie pas gestart na overleg met de patiënt of diens vertegenwoordiger(s) en de betrokken hulpverleners. Bij de palliatieve sedatie wordt geen vocht of voeding kunstmatig toegediend. De arts is aanwezig wanneer gestart wordt met continue palliatieve sedatie. In de uitvoering van het hele traject van palliatieve sedatie zijn een goede verslaglegging, afstemming en adequate overdracht voorwaardelijk om de kwaliteit en continuïteit van de hulpverlening te kunnen borgen.

Continu en diep sederen is een behandelingsoptie gericht op het verlichten van lijden aan het einde van het leven en niet op het bespoedigen van het sterven. Daarmee verschilt het essentieel van euthanasie. In de praktijk kunnen zich situaties voordoen waarbij zowel palliatieve sedatie als euthanasie geïndiceerd zijn. In overleg met de arts is het aan de patiënt te bepalen welke keuze wordt gemaakt (KNMG, 2009).

Euthanasie en hulp bij zelfdoding
Bij euthanasie dient een arts op verzoek van een patiënt dodelijke middelen toe met het uitdrukkelijk doel om aan diens leven een einde te maken. Een verzoek tot euthanasie hoeft niet op schrift gesteld te zijn maar kan ook mondeling aan de arts kenbaar worden gemaakt. Bij hulp bij zelfdoding neemt de patiënt zelf de dodelijke middelen in welke door de arts beschikbaar worden gesteld.

Zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
Euthanasie en hulp bij zelfdoding vallen onder de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl, 2013). Deze wet werd in 2002 van kracht. In de Wtl wordt omschreven aan welke zorgvuldigheidseisen euthanasie en hulp bij zelfdoding moeten voldoen. De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

1. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt
2. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt
3. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten
4. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing is
5. ten minste één andere onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen
6. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

De wet beschrijft ook hoe de handelingen van de arts gemeld en beoordeeld moeten worden. De arts is wettelijk verplicht het uitvoeren van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding te melden aan de gemeentelijke lijkschouwer. Een regionale toetsingscommissie euthanasie (vijf in totaal) beoordeelt vervolgens of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Voor een onafhankelijk advies, kan een beroep gedaan worden op SCEN-artsen. Dit zijn artsen die het programma Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) hebben gevolgd. Zij kunnen deskundig en onafhankelijk advies geven aan artsen die een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben gekregen. Op basis van het verslag van de SCEN-arts en van de euthanaserende arts beoordeelt de toetsingscommissie of er aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Om tegemoet te komen aan de wens van patiënten tot levensbeëindiging die daarvoor bij de eigen arts geen gehoor vinden, werd in maart 2012 de Stichting Levenseindekliniek opgericht. Bij de uitvoering van euthanasie dient de Levenseindekliniek ook aan de zorgvuldigheidseisen te voldoen.

In de praktijk blijken de zorgvuldigheidseisen niet altijd eenduidig te zijn. Zijn mensen met dementie of psychiatrische stoornissen in staat een weloverwogen verzoek te doen en is er sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden? Ook is onduidelijk in hoeverre existentieel lijden of het besef dat het leven voltooid is zonder dat hieraan een medische oorzaak ten grondslag ligt, valt onder uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Artikel 2 lid 2 Wtl regelt de bevoegdheden van de arts bij een schriftelijke wilsverklaring met een verzoek om levensbeëindiging van een patiënt die niet langer in staat is zijn wil te uiten. Een schriftelijke wilsverklaring omschrijft de wensen ten aanzien van zorg rond het levenseinde zoals wanneer wel of niet een behandeling voort te zetten dan wel te stoppen, euthanasie en vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid, en dient voorzien te zijn van naam, dagtekening en handtekening. Aan een duidelijke en gedetailleerde wilsverklaring die geactualiseerd is en met de arts en bij voorkeur ook de consultatie-arts besproken, wordt meer waarde gehecht. Een euthanasieverzoek opgenomen in de schriftelijke wilsverklaring verplicht een arts niet tot het uitvoeren ervan. Om het verzoek te kunnen inwilligen, moet voldaan zijn aan de zorgvuldigheidseisen. De beoordeling hiervan is aan de arts en zal afgestemd dienen te zijn op de specifieke, actuele omstandigheden van de patiënt. Zo is het in geval van vergevorderd stadium van dementie aan de arts om te beoordelen of er sprake is van een weloverwogen verzoek en uitzichtloos en ondraaglijk lijden en of de actuele situatie van de patiënt overeenstemt met de situatie als beschreven in de wilsverklaring.

Intensivering van pijn- of symptoombestrijding
Wanneer een patiënt in de laatste levensfase ondragelijke pijn heeft of andere symptomen, kan een arts er toe overgaan de pijn- of symptoombestrijding te intensiveren. Bespoedigen van het levenseinde kan hiervan het gevolg zijn.

Afzien van levensverlengende behandeling
Wanneer de kwaliteit van leven van de patiënt zo slecht is of de bijwerkingen van de behandeling zo ernstig zijn dat deze niet opwegen tegen de opbrengsten, kan een arts besluiten een levensverlengende behandeling niet te starten of te staken. Bespoedigen van het levenseinde kan hiervan het gevolg zijn.

7.2 Indicatoren voor zorg rond het levenseinde

De kwaliteitsindicatoren en de CQ-index Palliatieve Zorg worden vooralsnog in beperkte mate toegepast. Sinds 2013 wordt de CQ-index Palliatieve Zorg gebruikt in het kader van de evaluatie van het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. Hieronder worden de resultaten uit 2013 van de metingen onder nabestaanden gepresenteerd (285 respondenten). Het aantal patiënten bij wie de CQ-index is afgenomen, is nog te beperkt voor analyse. In aansluiting op de CQ-index-vragen over ervaren kwaliteit van langdurige zorg (zie *hoofdstuk 6*) zijn de ervaringen van nabestaanden met communicatie met zorgverleners opgenomen. Ook komen de vragen over de plaats van overlijden en vragen betreffende steun bij de voorbereiding op het afscheid en beslissingen rond het levenseinde aan de orde. Daarnaast zijn de vragen meegenomen die exclusief betrekking hebben op nabestaanden en op de nazorg van nabestaanden.

Toegankelijkheid
Palliatieve zorg
- Aantal voorzieningen voor palliatieve zorg
- Aantal kaderhuisartsen Palliatieve Zorg
- Aantal vrijwilligers dat palliatieve zorg verleent
- Aantal consultvragen bij IKNL consultatieteams Palliatieve Zorg
- Wachttijd voor terminale palliatieve zorg
- Aantal patiënten bij wie palliatieve sedatie werd toegepast volgens de SFK

Beslissingen rond het levenseinde
- Aantal SCEN-artsen
- Aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding
- Percentage sterfgevallen ten gevolge van intensivering van pijn- of symptoombestrijding
- Percentage sterfgevallen ten gevolge van afzien van levensverlengende behandeling

Kwaliteit
Palliatieve zorg
- Aantal high-care hospices met een kwaliteitskeurmerk

Volgens nabestaanden
- Percentage patiënten dat is overleden op de plaats van voorkeur
- Mate waarin directe naasten zich goed bejegend voelden door zorgverleners
- Mate waarin zorgverleners het levenseinde met de patiënten en nabestaanden bespraken en nazorg
- Mate waarin nabestaanden gelegenheid hadden om alleen te zijn met hun naaste
- Mate waarin nabestaanden zich gesteund voelden na het overlijden van patiënten

Palliatieve sedatie
- Percentage behandelprotocollen voor palliatieve sedatie in ziekenhuizen dat overeenstemt met de KNMG richtlijn
- Percentage gevallen van continue diepe sedatie met alleen morfine
- Percentage gevallen van continue diepe sedatie waarbij kunstmatig vocht of voeding toegediend wordt
- Percentage patiënten en familieleden dat betrokken is bij de besluitvorming rond palliatieve sedatie

Beslissingen rond het levenseinde
- Percentage gevallen van euthanasie met morfine of benzodiazepinen
- Percentage meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat volgens de regionale toetsingscommissies euthanasie niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen
- De gemiddelde periode tussen het indienen van een melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding en de toetsing van de melding door de regionale toetsingscommissies euthanasie

Kosten

Palliatieve zorg
- Uitgaven aan palliatieve zorg

7.3 Stand van zaken

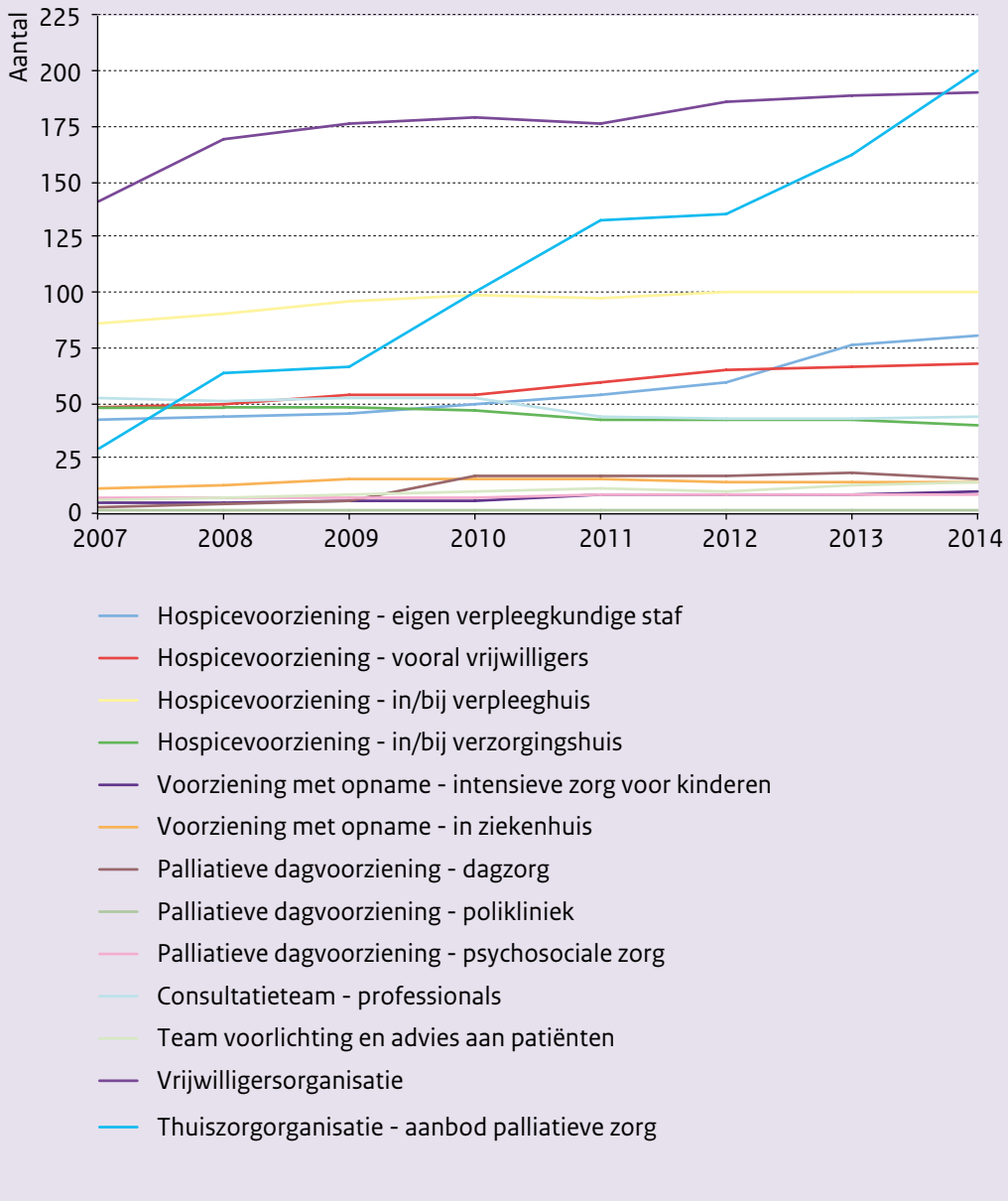
7.3.1 Toegankelijkheid

Palliatieve zorg

Het aantal voorzieningen voor (terminale) palliatieve zorg is in de periode 2007–2014 toegenomen van 497 tot 891

Agora presenteert op haar website voor de diverse vormen van (terminale) palliatieve zorg hoeveel instellingen er in Nederland zijn. April 2014 waren er 68 bijna-thuis-huizen en 81 high care hospices, 103 verpleeghuizen, 40 verzorgingshuizen en 15 ziekenhuizen met een aparte hospicevoorziening, 10 hospicevoorzieningen speciaal voor kinderen en boden 190 vrijwilligersorganisaties en 201 thuiszorgorganisaties palliatieve zorg (zie *figuur 7.2*). In de periode oktober 2007 – april 2014 is het totale aantal instellingen toegenomen van 497 tot 891, waarbij vooral de stijging van thuiszorgorganisaties opvalt. Deze stijging geeft niet alleen een toename van het absolute aantal instellingen weer, maar reflecteert ook de noodzaak voor instellingen om zich bij Agora te registeren. Veel zorgverzekeraars verwijzen namelijk voor een vergoeding van palliatieve zorg naar de voorzieningen die opgenomen zijn op de Agora-website.

Figuur 7.2: Aantal voorzieningen voor (terminale) palliatieve zorg in Nederland, oktober 2007 – april 2014 (Bron: Agora, 2007-2014).



Het aantal kaderhuisartsen Palliatieve Zorg is gestegen van 46 in 2007 tot 80 in 2012
Wanneer huisartsen de kaderopleiding Palliatieve Zorg succesvol hebben afgerond, kunnen zij zich bij het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden laten registreren als Kaderhuisarts Palliatieve Zorg. Het aantal Kaderhuisartsen Palliatieve Zorg is tussen 2007 en 2012 gestegen van 46 tot 80 (CHBB, 2008-2013). Taken van een kaderhuisarts Palliatieve Zorg zijn onder meer deskundigheidsbevordering van een huisartsengroep, begeleiding van een palliatief zorgteam (bijvoorbeeld in een hospice), onderwijs geven of individuele consultatie aan huisartsen (CHBB, 2012).

In 2012 waren ruim 10.000 vrijwilligers actief in de ondersteuning en begeleiding van terminale patiënten
Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ) is een vereniging van organisaties van waaruit vrijwilligers palliatieve zorg verlenen in de thuissituatie en/of hospices. In 2012 boden via 196 VPTZ-lidorganisaties 10.126 vrijwilligers aan 10.005 terminale patiënten 1.331.941 uur ondersteuning en begeleiding. Dit kom neer op gemiddeld ongeveer 134 uur per vrijwilliger en 136 uur per patiënt (VPTZ, 2014). Meer vrijwilligers werken meer uren in hospices dan bij patiënten thuis; 87% van alle uren wordt aan patiënten in hospices besteed. Naast zorg aan de patiënt is ook het ondersteunen van de mantelzorgers een belangrijke functie van de vrijwilligers. VPTZ verzorgt de opleiding van de vrijwilligers.

Het aantal consultvragen bij IKNL consultatieteams palliatieve zorg nam toe van 4863 in 2004 naar 6467 in 2013
In de periode 2004-2013 nam het aantal consultvragen bij IKNL consultatieteams palliatieve zorg toe van 4863 naar 6467. In 2013 werden de meeste consulten door huisartsen aangevraagd (78,9%) en betroffen patiënten met kanker (78%) die thuis (73%) verbleven. Onderwerpen die het vaakst aan de orde kwamen, waren farmacologische problemen (69%), palliatieve sedatie en/of euthanasie (28%) en de organisatie van zorg (20%). Bij één op de drie consultaties zocht de consultvrager morele steun bij de consulent (Lokker et al., 2014). Het aantal consulten is gezien de grootte van de potentiële doelgroep gering (Fröhleke et al., 2013).

Het aantal mensen dat langer dan de Treeknorm wacht op AWBZ VV-10-zorg is zeer gering. De wachttijden voor palliatieve zorg verleend door vrijwilligers zijn kort
Patiënten in de terminale fase die niet thuis willen of kunnen worden verpleegd, krijgen een indicatie palliatieve terminale zorg met verblijf (VV-10) (CIZ, 2013). Het is een indicatie voor tijdelijk verblijf met doorgaans een duur van minder dan drie maanden. Op 1 januari 2014 waren er 925 mensen met een geldige indicatie. Volgens de AWBZ-wachttijdregistratie (AZR) van het Zorginstituut Nederland was het aantal mensen dat in 2013 langer dan de Treeknorm op AWBZ VV-10-zorg wachtte met of zonder overbruggingszorg zeer gering. Het gaat om slechts enkele personen (AZR, 2013-2014b) (zie *tabel 7.1*). De Treeknorm bedraagt in dit geval 6 weken.

Tabel 7.1: Aantal mensen dat langer dan de Treeknorm met (+) of zonder (-) overbruggingszorg wacht op AWBZ VV-10-zorg, juli 2013 - januari 2014 (Bron: AZR, 2013-2014b).

Wachttijd	31/07/ 2013	31/08/ 2013	30/09/ 2013	31/10/ 2013	31/11+12/ 2013	31/01/ 2014
6-13 weken	1(-)	1(-) 1(+)	1(+)	1(+)	0	1(-)
3-6 maanden	0	0	1(-) 1(+)	0	0	0
6-12 maanden	1(-)	0	0	0	0	0

VPTZ meldt dat in 2012 bij 76% van de cliënten hun verzoek om ondersteuning binnen drie dagen werd gehonoreerd door ondersteuning van een vrijwilliger of opname in een hospice. Bij 85% was dit binnen zeven dagen. De wachttijden voor zorg thuis waren het kortst. In 55% van de gevallen werd binnen 24 uur een vrijwilliger ingezet en in bijna 90% binnen drie dagen. Van de 12.440 cliënten die zich in 2012 aanmeldden bij de verschillende organisaties, kreeg 22% uiteindelijk geen ondersteuning van de organisatie waar ze zich hadden aangemeld. De belangrijkste redenen hiervoor waren dat de cliënt voor de eerste inzet al was overleden (42%), de cliënt zelf een andere plek zocht of werd doorverwezen (20%) (VPTZ, 2013a).

Volgens de SFK is het aantal patiënten bij wie palliatieve sedatie werd toegepast bijna verdubbeld in de periode 2006-2013

Volgens de SFK hebben openbare apotheken in 2013 voor ongeveer 23.000 patiënten middelen voor palliatieve sedatie verstrekt. Uitgaande van 140.000 sterfgevallen per jaar zou het gaan om ongeveer 16% van alle overledenen (SFK, 2014). In 2006 verstrekten openbare apotheken voor ongeveer 11.200 patiënten dergelijke middelen, dat is tussen de 6% en 8% van alle overledenen (SFK, 2007). Dit is berekend op basis van het aantal verstrekkingen van de middelen medzolan of levomepromazine samen met propofol gecombineerd met de tijd van maximaal 14 dagen tussen de laatste afleverdatum van deze middelen en van enig ander middel. Verstrekkingen door apotheekhoudende huisartsen en instellingen als ziekenhuizen en verpleeghuizen werden niet in de cijfers meegenomen. Het percentage van 16% in 2013 is dus een ondergrens van het totale percentage overledenen aan wie een middel voor palliatieve sedatie is verstrekt.

In het Sterfgevallenonderzoek werd ín 2010, 2005 en 2001 onderzoek gedaan naar medische beslissingen rond het levenseinde. In 2010 betrof het een steekproef van ongeveer 6300 overledenen, waarbij het overlijden niet plotseling of onverwacht was. Artsen betrokken bij de sterfgevallen kregen een schriftelijke vragenlijst toegestuurd (Van der Heide et al., 2012a). Volgens dit onderzoek werd in 2010 bij ongeveer 12,5% van alle sterfgevallen continue diepe sedatie toegepast. De uitkomsten zijn lastig te vergelijken met de SFK-cijfers, omdat de onderzoeksgroepen verschilden, evenals de methoden en definities. Volgens het

Tabel 7.2: Aantal geregistreerde SCEN-artsen, gemiddeld aantal consultaties en percentage consultaties gegeven binnen instellingen, 2008-1012 (Bron: KNMG, 2009-2013).

	Aantal geregistreerde SCEN-artsen [a]	Gemiddeld aantal consultaties per SCEN-arts	Percentage consultaties binnen instellingen [b]
2008	589	7	17,5
2009	555	8	17,2
2010	566	9	17,1
2011	596	10	19,0
2012	608	11	19,8

[a] Niet alle geregistreerde SCEN-artsen voerden consultaties uit
[b] Instellingen: ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, hospices, anders

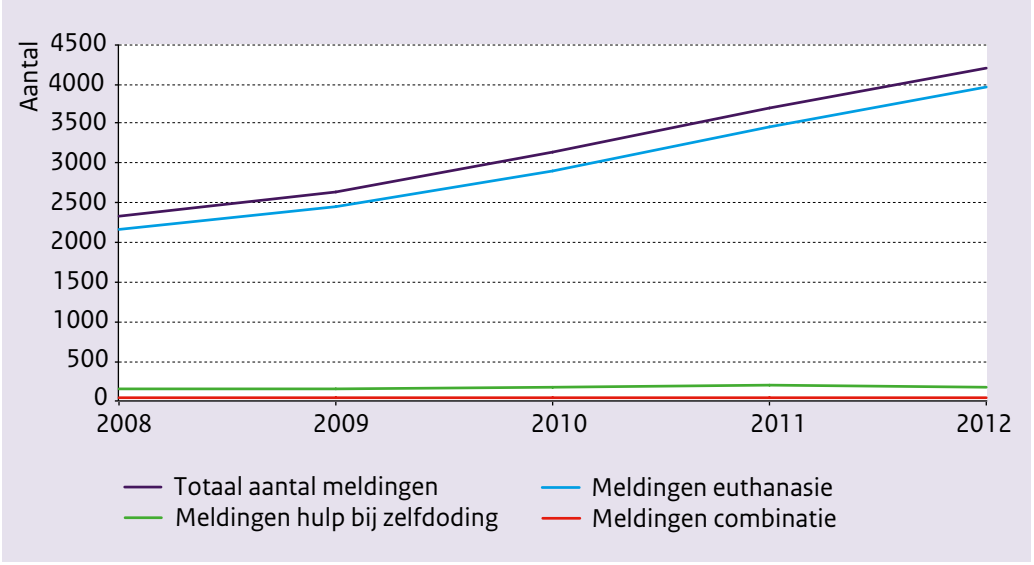
Sterfgevallenonderzoek werd continue diepe sedatie vooral uitgevoerd door huisartsen (43% van alle sterfgevallen waarbij continue diepe sedatie werd toegepast), gevolgd door medisch specialisten (38%) en specialisten ouderengeneeskunde (19%).

Beslissingen rond het levenseinde

In de periode 2008-2012 is het aantal SCEN-artsen gestegen van 589 naar 608 en het gemiddeld aantal consultaties per arts van bijna 7 naar 11
In 2008 waren er 589 SCEN-artsen met gemiddeld bijna 7 consultaties (KNMG, 2009-2013). In 2012 waren er verdeeld over 32 regio's 608 geregistreerde SCEN-artsen die gemiddeld 11 consultaties uitvoerden (zie *tabel 7.2*). Regionaal liep het aantal consultaties (28-353) en het aantal consultaties per SCEN-arts (0-43) sterk uiteen.

Het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding nam toe van 2331 in 2008 naar 4188 in 2012
Euthanasie en hulp bij zelfdoding dienen door de arts bij een regionale toetsingscommissie euthanasie gemeld te worden. In de periode 2008-2012 nam het aantal meldingen toe van 2331 naar 4188 (RTe, 2009-2013) (zie *figuur 7.3*). Hoe zich dit verhoudt tot het werkelijke aantal keren dat deze vormen van levensbeëindigend handelen werden uitgevoerd, is moeilijk aan te geven. Volgens de doodsoorzakenstatistiek van het CBS overleden er in 2010 3859 mensen ten gevolge van euthanasie en 192 mensen door hulp bij zelfdoding. Dit betekent dat in 2010 77% van de gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij toetsingscommissies werd gemeld. In een vragenlijstonderzoek in het kader van de tweede evaluatie van de Wtl gaf 98% van 810 ondervraagde artsen aan levensbeëindigend handelen op verzoek altijd te hebben gemeld sinds de invoering van de Wtl (Van der Heide et al., 2012b).

Figuur 7.3: Aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding, 2008-2012 (Bron: RTe, 2009-2013).



In 2012 deden huisartsen 3777 keer melding van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij de toetsingscommissies, medisch specialisten 171 keer, specialisten ouderengeneeskunde 166 keer, arts in opleiding tot specialist 21 keer en andere artsen 53 keer (RTe, 2013). Euthanasie of hulp bij zelfdoding vond vooral thuis plaats. In 2012 vier maal zo vaak thuis als op alle andere locaties tezamen.

Euthanasie bij mensen met dementie of psychiatrische stoornissen behoeven volgens de toetsingscommissies extra aandacht van de uitvoerende en geconsulteerde arts en krijgen dat ook van de commissies zelf. In de jaren 2009 tot en met 2012 ging het bij psychiatrische aandoeningen om respectievelijk 0, 2, 13 en 14 mensen. Bij dementie ging het om 12, 25, 49 en 42 mensen, in vrijwel alle gevallen mensen met beginnende dementie.

Het percentage sterfgevallen ten gevolge van intensivering van pijn- of symptoombestrijding steeg tussen 2005 en 2010 van 25% naar 36%

Bij patiënten in de laatste levensfase met ernstige pijn of andere symptomen kunnen artsen er toe overgaan de pijn- en symptoombestrijding te intensiveren. Bespoediging van het levenseinde kan hiervan het gevolg zijn of het opzettelijke doel. Uit het Sterfgevallenonderzoek blijkt dat 36% van alle sterfgevallen in 2010 het gevolg was van dergelijk handelen. In 2005 was dit 25% (Van der Heide et al., 2012a). In 2010 was bij 3% bespoediging van het levenseinde het uiteindelijke doel. De geschatte levensverkorting bedroeg voor 86% minder dan een week.

Het percentage sterfgevallen ten gevolge van afzien van een levensverlengende behandeling steeg tussen 2005 en 2010 van 16% naar 18%
Wanneer de kwaliteit van leven van de patiënt in de laatste levensfase zo slecht is of de bijwerkingen van de behandeling zo ernstig zijn dat deze de conditie van de patiënt veeleer verslechtert dan verbetert, kan een arts besluiten een levensverlengende behandeling niet te starten of te staken. Bespoedigen van het levenseinde kan hiervan het gevolg zijn. Uit het Sterfgevallenonderzoek blijkt dat 18% van alle sterfgevallen in 2010 het gevolg was van afzien van een behandeling (Van der Heide et al., 2012a). In 2005 was dit 16%. In 2010 was bij ruim de helft bespoediging van het levenseinde het uiteindelijke doel. De geschatte levensverkorting bedroeg voor 77% minder dan een week.

Uit het Sterfgevallenonderzoek blijkt ook dat 2,9% van het totale aantal sterfgevallen in 2010 het gevolg is van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Dit percentage ligt dus beduidend lager dan bij intensivering van pijn- en symptoombestrijding en afzien van behandeling als ook bij palliatieve sedatie.

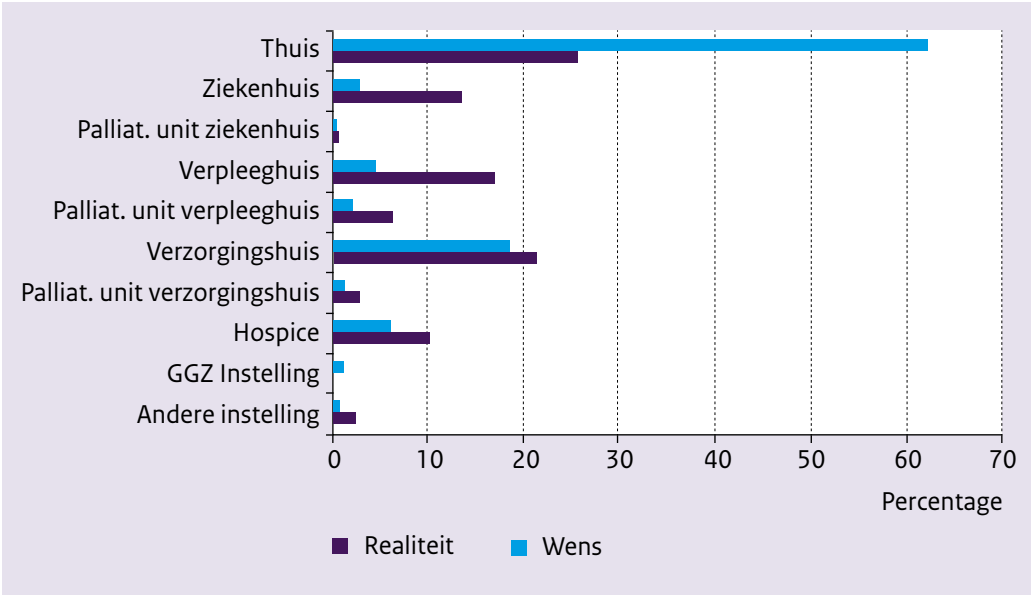
7.3.2 Kwaliteit

Palliatieve zorg

In 2013 waren er 17 high care hospices met het Keurmerk Palliatieve Zorg en 3 units palliatieve zorg bij verpleeghuizen
Er is een kwaliteitssysteem voor high care hospices en voor units palliatieve zorg bij verpleeghuizen. De kwaliteitssystemen zijn gebaseerd op de systematiek van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Perspekt voert hiervoor de audits uit. Belangrijke kwaliteitsnormen hebben onder meer betrekking op het bespreken van persoonlijke wensen en behoeften van de cliënten en hun naasten, de beschikbaarheid van schriftelijke informatie over de visie op het omgaan met ethische kwesties, de privacy van de cliënt, de aanwezigheid van een psychosociaal medewerker, en steun en begeleiding van de naasten na overlijden van de cliënt. In 2013 waren er 17 high care hospices met het Keurmerk Palliatieve Zorg en 3 units palliatieve zorg (Agora, 2014; Perspekt, 2014).

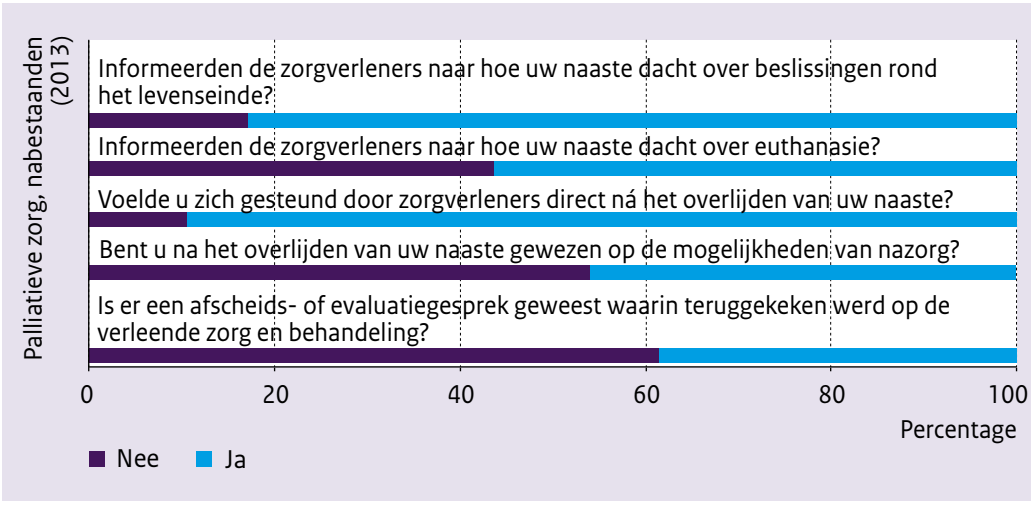
Volgens nabestaanden overlijdt twee derde op de plek waar men wil overlijden
Figuur 7.4 toont waar mensen volgens nabestaanden idealiter zouden willen overlijden en waar zij in werkelijkheid zijn overleden. Volgens nabestaanden wilden de meeste mensen thuis overlijden, maar overleed slechts 25% ook daadwerkelijk thuis. Veel mensen overleden in een ziekenhuis of verpleeghuis (in totaal 30%), terwijl volgens nabestaanden slechts weinig mensen daar hadden willen sterven (5%). Hoewel de discrepantie tussen wens en realiteit op basis van *figuur 7.4* fors lijkt, antwoordde 67% van de nabestaanden toch positief op de vraag of de patiënt is overleden op de plaats van voorkeur (data niet in figuur). Mogelijk speelt hierbij een rol dat de oorspronkelijke wens van terminaal zieken ten aanzien van plaats van overlijden verandert als deze wens niet te verenigen is met het ziekteverloop (Janssen et al., 2013).

Figuur 7.4: Gewenste en de gerealiseerde plaats van overlijden volgens nabestaanden (Bron: CQ-index; zie *bijlage 3*).



De plaats van overlijden is een indicator voor kwaliteit van palliatieve zorg. Er wordt ervan uitgegaan dat mensen bij voorkeur thuis overlijden. Bij een telefonische enquête onder burgers in zeven West-Europese landen gaf 84% van de 1356 Nederlandse deelnemers aan bij terminale kanker thuis te willen sterven (Gomes et al., 2012). Om aan de wens thuis te sterven tegemoet te kunnen komen, is het van belang dat zorgverleners en vooral huisartsen op de hoogte zijn van de wens van de patiënt. In het kader van EURO IMPACT (European Intersectorial and Multidisciplinary Palliative Care Research Training) werd onderzoek gedaan in België, Nederland, Italië en Spanje onder huisartsen naar de voorkeursplaats en feitelijke plaats van overlijden van patiënten die één maand voor overlijden thuis woonden. Van de 512 Nederlandse patiënten overleden er 269 thuis. Voor 79,9% was dit volgens de huisartsen de plaats van voorkeur, voor 2,6% niet, van 17,5% was de voorkeur onbekend. Van de 243 patiënten die niet thuis overleden, overleed 15,2% op de plaats van voorkeur, 18,1% niet en was dit voor 66,7% niet bekend (De Roo et al., 2014). Een ander onderzoek in het kader van EURO IMPACT betrof de bekendheid bij huisartsen van de wens van patiënten in deze. In Nederland was van 119 van 181 overleden kankerpatiënten de voorkeur bij de huisarts bekend. Van de patiënten die thuis overleden was de huisarts vaker op de hoogte van de voorkeur van de patiënt dan bij patiënten die in het ziekenhuis overleden (Ko et al., 2013).

Figuur 7.5: Ervaringen van nabestaanden met het bespreken van het levenseinde en nazorg (Bron: CQ-index, zie *bijlage 3*).



De ervaringen van nabestaanden met het bespreken van het levenseinde en nazorg zijn wisselend

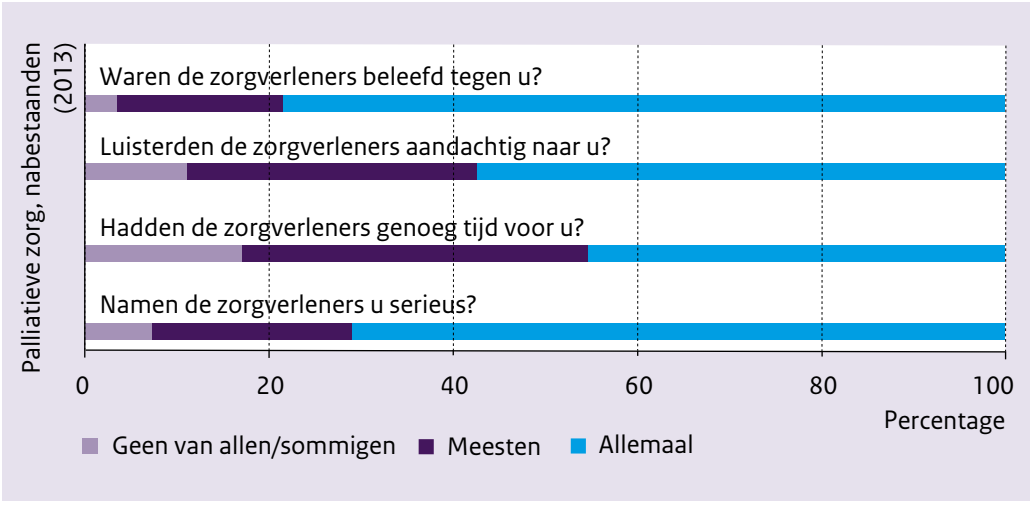
In *figuur 7.5* zijn de ervaringen van 285 nabestaanden met het bespreken van het levenseinde en de nazorg weergegeven. Meer dan 80% van de nabestaanden gaf aan dat met de overledene is gesproken over beslissingen rond het levenseinde. Bijna 50% gaf aan dat tussen de zorgverleners en de overledene niet is gesproken over euthanasie. Dit heeft wellicht deels te maken met het gegeven dat euthanasie niet aan de orde was of dat niet iedere patiënt het hierover wilde hebben.

Ongeveer 90% van de nabestaanden voelde zich gesteund door zorgverleners direct na het overlijden. Meer dan de helft van de nabestaanden gaf aan dat zorgverleners niet hebben gewezen op mogelijkheden voor nazorg en in meer dan 60% van de gevallen heeft er geen afscheids- of evaluatiegesprek plaatsgevonden. Of hier sprake is van een onbeantwoorde behoefte is onduidelijk. Wellicht hebben niet alle nabestaanden behoefte aan nazorg of aan een evaluatiegesprek.

Nabestaanden ervaren veelal beleefdheid en voelen zich door zorgverleners serieus genomen

In *figuur 7.6* is weergegeven hoe nabestaanden verschillende aspecten van communicatie met zorgverleners hebben ervaren. Iets meer dan 70% van de nabestaanden gaf aan dat zij door alle zorgverleners beleefd werden behandeld en serieus werden genomen. Daarnaast gaf ongeveer 20% van de nabestaanden aan dat dit voor de meeste zorgverleners gold. De ervaringen van nabestaanden met luisteren en voldoende tijd nemen door zorgverleners lijken iets minder gunstig. 45% van de nabestaanden gaf aan dat alle zorgverleners voldoende tijd voor hen hadden en 57% gaf aan dat alle zorgverleners aandachtig luisterden.

Figuur 7.6: Ervaringen van nabestaanden met communicatie (Bron: CQ-index, zie *bijlage 3*).



De ervaringen van nabestaanden met privacy, steun en informatievoorziening zijn redelijk tot goed

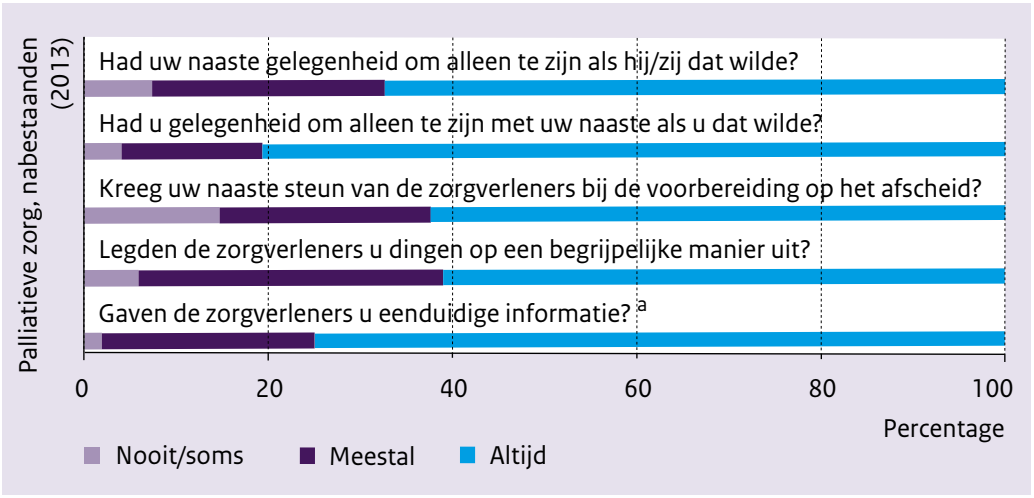
In *figuur 7.7* zijn de ervaringen van nabestaanden met privacy, steun en informatievoorziening weergegeven. Meer dan 70% van de nabestaanden gaf aan dat de patiënt meestal of altijd gelegenheid had om alleen te zijn. Daarnaast gaf meer dan 90% van de nabestaanden aan dat er meestal of altijd gelegenheid was om samen met de patiënt alleen te zijn. Nabestaanden meldden in 85% van de gevallen dat de patiënt meestal of altijd steun kreeg in voorbereiding op het afscheid. Meer dan 95% van de nabestaanden zei meestal of altijd goede ervaringen te hebben gehad met de begrijpelijkheid van uitleg en de eenduidigheid van informatie.

Beslissingen rond het levenseinde

In 2010 stemden veel behandelprotocollen voor palliatieve sedatie in ziekenhuizen in grote lijnen overeen met de KNMG-richtlijn

Op basis van de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie hebben veel ziekenhuizen een behandelprotocol opgesteld. Een onderzoek onder ziekenhuizen (n=66) wees uit dat de behandelprotocollen in grote lijnen aan de richtlijn voldeden, maar op details afweken of incompleet waren (Burgering-van Gelder et al., 2011). Zo werd er in bijna 30% van de protocollen geen onderscheid gemaakt tussen intermitterende en continue sedatie, was in bijna 25% het advies om bij onvoldoende expertise een deskundige te consulteren niet opgenomen, werd in ruim een kwart van de protocollen een afwijkend medicatieschema en/of dosering gehanteerd, en stond in de helft van de protocollen niets over samenwerkings-afspraken ten aanzien van bereikbaarheid van zorgverleners en goede overdracht.

Figuur 7.7: Ervaringen van nabestaanden met communicatie (Bron: CQ-index, zie *bijlage 3*).



[a] De oorspronkelijke vraag luidde "Gaven de zorgverleners u tegenstrijdige informatie?". Om een consistente betekenis van antwoordcategorieën binnen deze presentatie mogelijk te maken heeft de vraagstelling in de grafiek een andere formulering

Het percentage gevallen van continue diepe sedatie met alleen morfine is tussen 2005 en 2010 afgenomen van 15% naar 6%

De KNMG-richtlijn geeft aan welke middelen, in welke dosering en in welke volgorde te gebruiken voor continue diepe sedatie (KNMG, 2009). De medicatie bestaat achtereenvolgens uit midazolam (benzodiazepine), levomepromazine en propofol, eventueel in combinatie met morfine bij pijn en dyspneu. Het gebruik van alleen morfine wordt ontraden omdat dit vaak leidt tot sufheid maar niet altijd tot verlies van bewustzijn. Ook kan morfine bijwerkingen geven zoals een delier (verwardheid) of myoclonieën (spiersamentrekkingen) (KNMG, 2009). In 2010 werd in 6% van de gevallen alleen morfine gebruikt (vooral door medisch specialisten), tegen 15% in 2005 (Van der Heide et al., 2012a). In 41% werd alleen benzodiazepinen gebruikt en in 49% benzodiazepinen in combinatie met morfine.

Kunstmatig toedienen van vocht of voeding is tussen 2005 en 2010 afgenomen van 34% naar 21%

De KNMG-richtlijn gaat ervan uit dat continu diep sederen alleen wordt toegepast als de dood naderend is en het toedienen van vocht medisch zinloos handelen is. Daarom wordt dit afgeraden (KNMG, 2009). In 2010 werd door 21% van de artsen die continue diepe sedatie toepaste, kunstmatig vocht of voeding toegediend. In 2005 was dit 34%. Van de huisartsen liet 98% dit na en van de specialisten ouderengeneeskunde 100%. 54% van de medisch specialisten diende wel vocht of voeding toe (Van der Heide et al., 2012a).

In de periode 2005-2011 werd gemiddeld 87,4% van de patiënten en 94,5% van de familie betrokken bij de besluitvorming rond palliatieve sedatie in de huisartspraktijk
In het overgrote deel van de gevallen van palliatieve sedatie in de huisartspraktijk werd de patiënt en de familie betrokken bij de besluitvorming rond palliatief sederen in de periode 2005-2011. Patiënten met kanker werden vaker betrokken bij de besluitvorming dan patiënten met andere aandoeningen; 90% bij mensen met kanker versus 75% bij mensen met cardiovasculaire aandoeningen en 57% bij mensen met COPD (Donker et al., 2014).

Het percentage gevallen van euthanasie met morfine of benzodiazepinen is tussen 2005 en 2010 afgenomen van respectievelijk 18% naar 17% en van 7% naar 2%
In de KNMG/KNMP richtlijn over de uitvoering van de euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt aanbevolen welke middelen, in welke dosering, in welke volgorde en op welke manier te gebruiken bij het uitvoeren van euthanasie (KNMG/KNMP, 2012). De patiënt wordt eerst in coma gebracht met thiopental (een barbituraat) of propofol (ander anestheticum). Is het coma diep genoeg voor de patiënt om de volgende fase niet bewust mee te maken, dan wordt een spierverslapper rocuronium, atracurium of cisatracurium gegeven waardoor verlamming optreedt. Het gebruik van middelen, zoals benzodiazepinen en opioïden (zoals morfine) als euthanaticum wordt ontraden, omdat deze niet altijd het gewenste effect van coma of overlijden hebben of het langere tijd kan duren voor het gewenste effect optreedt. In 2010 werd in 17% van de gevallen morfine (eventueel met andere middelen) zonder spierverslappers en barbituraten gebruikt (vooral door medisch specialisten), tegen 18% in 2005 (Van der Heide et al., 2012a). Bij 2% werd benzodiazepinen (eventueel met andere middelen) zonder spierverslappers, barbituraten en morfine gebruikt (vooral door specialisten ouderengeneeskunde) tegen 7% in 2005.

Volgens SCEN-artsen voldeed in 2012 bijna 16% van de aanvragen voor euthanasie (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen
Jaarlijks wordt SCEN-artsen via een vragenlijstonderzoek gevraagd of bij hun laatste euthanasie consultatie voldaan werd aan de zorgvuldigheidseisen. Dit was in de periode 2009-2012 bij gemiddeld zo'n 19% van de consultaties (nog) niet het geval (zie *tabel 7.3*). Er is wel een duidelijk dalende trend waarneembaar.

Op basis van de vragenlijsten uit 2006, 2008-2011 is onderzoek gedaan naar de voornaamste redenen waarom volgens de SCEN-artsen (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Er was geen sprake van uitzichtloos lijden (70%) noch van een weloverwogen verzoek (30%) en de behandelingsopties waren nog niet uitgeput (19%) (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2013). Het betrof vooral patiënten die als reden voor een euthanasieverzoek hadden gegeven het leven moe te zijn, niet tot last te willen zijn, en depressie.

Het percentage meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat volgens de regionale toetsingscommissies euthanasie niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen is al jaren minder dan 0,5%
De regionale toetsingscommissies euthanasie beoordelen of de meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding voldoen aan de zorgvuldigheidseisen als geformuleerd in de Wtl. Het

Tabel 7.3: Percentage consultaties dat volgens SCEN-artsen (nog [a]) niet voldeed aan de zorgvuldigheidseisen, 2009-2012 (Bron: KNMG, 2010-2013).

	Percentage consultaties dat (nog) niet voldeed aan zorgvuldigheidseisen
2009	24,9
2010	18,5
2011	16,5
2012	15,9

[a] Betreft patiënten van wie naar verwachting de symptoomlast in de toekomst zal toenemen

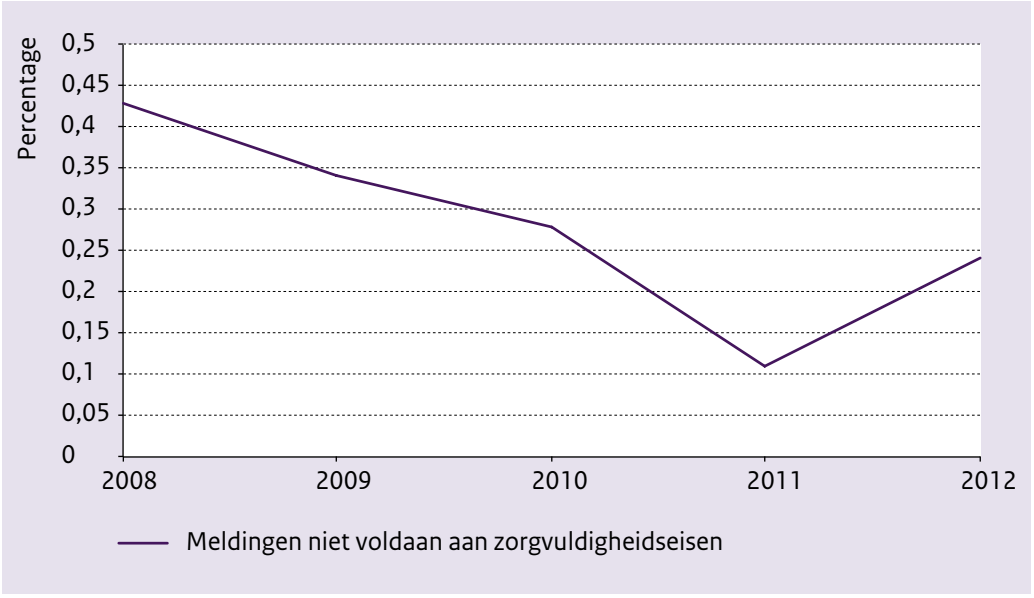
percentage meldingen dat niet voldoet aan deze eisen is al jaren minder dan 0,5% (zie *figuur 7.8*) (RTe, 2009-2013). Voor de hele periode 2008-2012 gaat het absoluut om 39 meldingen. Van deze 39 meldingen voldeden 18 meldingen niet aan de zorgvuldigheidseis ten aanzien van consultatie en 17 meldingen niet aan de zorgvuldigheidseis ten aanzien van medisch uitvoering. Redenen om de consultatie als onzorgvuldig te beoordelen waren onder meer het überhaupt nalaten een arts te consulteren of het consulteren van een arts die met of bij de patiënt bekend was en derhalve niet onafhankelijk. De medische uitvoering werd onzorgvuldige bevonden omdat bijvoorbeeld euthanatica waren gebruikt anders dan aanbevolen in de KNMG/KNMP-richtlijn of de diepte van het coma niet of onzorgvuldig was bepaald. Het komt voor dat een melding niet voldoet aan meerdere zorgvuldigheidseisen.

In de periode 2009-2012 voldeden ook vrijwel alle meldingen van euthanasie bij mensen met een psychiatrische stoornis of dementie aan de zorgvuldigheidseisen. In 2012 werden twee van de 42 meldingen betreffende mensen met dementie als onzorgvuldig beoordeeld.

De gemiddelde periode tussen het indienen van een melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding en de toetsing van de melding door een regionale toetsingscommissie euthanasie nam toe van 32 dagen in 2008 tot 127 dagen in 2012. Dit is meer dan de wettelijke termijn van maximaal 12 weken

Er is een wettelijk termijn tussen de ontvangst van de melding en de uitkomst van de toetsing door een regionale toetsingscommissie euthanasie. Die termijn bedraagt zes weken met een mogelijke verlenging van nog eens zes weken. Door het stijgend aantal meldingen wordt het steeds moeilijker om aan die termijn te voldoen. Meer personeel en een snellere beoordelingsprocedure bij minder gecompliceerde meldingen moeten de doorlooptijden terugbrengen. April 2012 ging de minister er vanuit dat uiterlijk in de eerste helft van 2013 de doorlooptijden weer teruggebracht zouden zijn tot de wettelijke termijn (VWS, 2012b). Vooralsnog neemt de gemiddelde doorlooptijd alleen maar toe: van 32 dagen in 2008 naar 111 dagen in 2011 en 127 dagen in 2012 (RTe, 2009-2013).

Figuur 7.8: Percentage meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij de regionale toetsingscommissies euthanasie dat niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, 2008-2012 (Bron: RTe, 2009-2013).



7.3.3 Kosten

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg wordt op veel verschillende plekken en door veel verschillende zorgverleners aan veel patiënten verleend. Aantallen en volumes zijn niet precies bekend. Het is dan ook niet mogelijk precies aan te geven wat de kosten van palliatieve zorg zijn. Om een indruk te krijgen van de bekostiging van palliatieve zorg zijn de diverse financieringsbronnen onder elkaar gezet. Daarnaast wordt en werd er door het ministerie van VWS subsidie verleend aan diverse instellingen met het doel de wetenschappelijke onderbouwing en de praktijk van palliatieve zorg te verbeteren.

Hoeveel geld er per jaar aan palliatieve zorg wordt besteed, is onduidelijk
Palliatieve zorg wordt gefinancierd vanuit onder andere de Zvw, de AWBZ, de Wmo en de Regeling palliatieve terminale zorg. Voor hospices wordt daarnaast een eigen bijdrage gevraagd en zijn donaties en sponsoring een belangrijke bron van inkomsten.

Zorgverzekeringswet
Palliatieve zorg verleend door de huisarts en in het ziekenhuis en de meeste geneesmiddelen vallen onder de Zvw en worden vergoed vanuit de basisverzekering. Huisartsen die palliatieve

zorg verlenen aan terminale patiënten thuis, in een wijkziekenboeg of hospice kunnen hiervoor een vergoeding claimen bij de zorgverzekeraar in het kader van Modernisering en Innovatie (M&I) (NZa, 2013e). Sinds 2012 zijn er voor ziekenhuizen zes DBC palliatieve zorgproducten waarmee zij een vergoeding bij de zorgverzekeraars kunnen claimen. Daarnaast zijn er voor 21 vormen van kanker zes DBC's voor ondersteunende/palliatieve zorg met tarieven voor de poortspecialist (NZa, 2013f).

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Palliatieve zorg verleend door de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen valt onder de AWBZ. Op enkele uitzonderingen na, zijn high care hospices extramurale voorzieningen waarvan de zorg onder de AWBZ valt maar de huisvesting niet. Een enkel bijna-thuis-huis krijgt via thuisorganisaties een bijdrage uit het AWBZ-tarief. Met de hervorming van de langdurige zorg komt per 1 januari 2015 de extramurale palliatief terminale zorg onder de nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw te vallen (VWS, 2013g). Volgens de AWBZ Marktscan van de NZa werd in 2012 €61,7 miljoen uitgegeven aan palliatieve terminale zorg met verblijf (VV-10-zorg).

Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Voor de palliatief-terminale fase kan voor bijvoorbeeld thuishulp, vervoer of woningaanpassingen een beroep gedaan worden op de Wmo. Het is onbekend hoe vaak dat wordt gedaan en hoeveel geld daarmee is gemoeid.

Eigen bijdragen
De meeste hospices vragen een eigen bijdrage. In 2011 varieerde deze van €7 tot €95 per dag (Palliactief, 2011). Afhankelijk van de polis worden de eigen bijdragen vergoed vanuit de aanvullende verzekering.

Regeling palliatieve terminale zorg
Middels de Regeling palliatieve terminale zorg worden de hospice huisvestingskosten en de vrijwillige palliatieve thuiszorg en mantelondersteuning door de overheid gefinancierd, als ook de netwerken palliatieve zorg. In deze regeling is vastgelegd welk subsidiebedrag deze vormen van zorg per patiënt maximaal ontvangen. Voor 2013 werd er een bedrag van €13.310.000 exploitatiekosten en €2.200.000 huisvestingskosten aan subsidie verleend. In 2012 ontvingen ongeveer 8750 personen via deze regeling palliatieve zorg, gemiddeld €1770 per persoon. (VWS, 2013h).

Subsidie voor onderzoek en opleiding
Vanaf 2013 stelt het ministerie van VWS jaarlijks circa €10 miljoen extra beschikbaar om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren (VWS, 2013h). Het IKNL ontvangt voor de periode 2013-2018 een instellingssubsidie van jaarlijks €6,4 miljoen om de primaire zorgvraag te ondersteunen door middel van consultatie en ontwikkeling van na- en bijscholing voor palliatieve zorg (VWS, 2013i). In het kader van de subsidieregelingen programma's palliatieve zorg wordt er voor de periode in 2013-2018 jaarlijks voor het ZonMw programma Kwaliteitsverbetering palliatieve zorg €7.642.000 en voor het Programma Kwaliteit palliatieve

zorg €2.547.000 beschikbaar gesteld (VWS, 2013i). Voor de uitvoering van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg met een looptijd van minimaal 6 jaar trekt het kabinet €8,5 miljoen uit (VWS, 2013g).

7.4 Conclusie

De laatste decennia is de belangstelling voor palliatieve zorg toegenomen. Er zijn drie ZonMw onderzoeksprogramma's palliatieve zorg opgezet en er is veel gedaan om het aanbod van palliatieve zorg en de kennis en expertise te vergroten. Het ministerie van VWS heeft daarbij steeds een vinger aan de pols gehouden om ontwikkelingen te kunnen volgen en eventueel bij te sturen.

In de loop der tijd hebben zich enkele verschuivingen voor gedaan. Onder palliatieve zorg wordt niet langer alleen terminale zorg verstaan, maar zorg die wanneer nodig begint wanneer duidelijk is dat de ziekte ongeneeslijk is en uiteindelijk tot de dood zal leiden. Palliatieve zorg omvat ook zorg voor de nabestaanden. Daarnaast wordt, mede op instigatie van het ministerie van VWS, palliatieve zorg gezien als generalistische zorg die door elke zorgprofessional verleend moet kunnen worden. Dit in tegenstelling tot veel andere Europese landen waar palliatieve zorg wordt gezien als specialistische zorg.

De afgelopen jaren is de aandacht vooral uitgegaan naar het vergroten van de kennis en uitbreiding van het aanbod van palliatieve zorg. Zo is in de laatste acht jaar het aantal thuiszorgorganisaties dat palliatieve zorg verleent bijna vertienvoudigd en het aantal hospice voorzieningen en vrijwilligersorganisaties met 30% toegenomen. Alle academische ziekenhuizen hebben inmiddels een palliatief expertise centrum en er zijn 80 kaderhuisartsen palliatieve zorg. Ter ondersteuning van de uitvoering van palliatieve zorg is er een landelijk netwerk van regionale consultatieteams. Er zijn ruim 50 richtlijnen en handreikingen voor palliatieve zorg door of met het IKNL ontwikkeld. Deze zijn bekend en worden ook geraadpleegd door het overgrote deel van de doelgroep. Er is echter nog niet zoveel bekend over de kwaliteit van palliatieve zorg. Er zijn indicatoren en een CQ-index palliatieve zorg ontwikkeld, maar metingen zijn nog schaars.

Toch is er wel wat bekend over de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de nabestaanden. Zo was meer dan 90% van de nabestaanden meestal of altijd tevreden over de uitleg en informatie die zij van zorgverleners kregen en ook over de gelegenheid die zij en hun naasten kregen om alleen te zijn als zij dat wilden. Aan nazorg werd minder aandacht besteed. Ongeveer 90% van de nabestaanden voelde zich gesteund door zorgverleners direct na het overlijden, maar meer dan de helft van de nabestaanden was niet gewezen op mogelijkheden voor nazorg en bij ruim 60% had geen afscheids- of evaluatiegesprek plaatsgevonden. De meeste mensen willen het liefst thuis sterven. Volgens de nabestaanden wilde 62% dat en overleed uiteindelijk maar 26% thuis.

Volgens het SFK is in de periode 2006-2013 het aantal mensen dat buiten het ziekenhuis palliatieve sedatie krijgt, bijna verdubbeld. Tegelijkertijd zien we, in lijn met de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie, dat het gebruik van morfine bij palliatieve sedatie afneemt even als het toedienen van vocht en voeding. Ook zien we dat bij het uitvoeren van euthanasie meer conform de KNMG/KNMP-richtlijn gehandeld wordt en het gebruik van morfine of benzodiazepinen afneemt.

Sinds de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding meer dan verdubbeld. Dit is mede een uiting van de toegenomen meldingsbereidheid van artsen. Bij de tweede evaluatie van de Wtl gaf 98% van 810 ondervraagde artsen aan levensbeëindigend handelen op verzoek altijd te hebben gemeld sinds de invoering van de wet. Door het grotere aantal meldingen is de belasting van de SCEN-artsen en de regionale toetsingscommissies euthanasie ook toegenomen. Ondanks meer personeel en een versnelde procedure bij geen-vragenoproepende meldingen, is de tijd die de commissies erover doen om de melding te toetsen toegenomen tot gemiddeld 127 dagen. De wettelijke termijn is 12 weken.

De financiering van de palliatieve zorg valt onder diverse wetten en regelingen en is daarmee zeer gefragmenteerd.

In de toekomst komt meer informatie over de kwaliteit van palliatieve zorg beschikbaar. Zo evalueert het NIVEL in het kader van het ZonMw Verbeterprogramma palliatieve zorg momenteel de effectiviteit van veelbelovende projecten (‘Goede Voorbeelden’). Ook zal de implementatie en het effect van de Zorgmodule palliatieve zorg op de kwaliteit van palliatieve zorg gemonitord en geëvalueerd worden. Bij deze evaluaties wordt gebruik gemaakt van recent ontwikkelde indicatoren en CQ-index.

8
Zorguitgaven en doelmatigheid

Kernbevindingen

- De groei van de totale zorguitgaven was in de jaren 2011-2013 historisch gezien laag met sterke variatie tussen sectoren
- Sinds 2003 wordt de uitgavengroei voornamelijk bepaald door volumegroei alhoewel in 2012 sprake lijkt van een sterker prijseffect. De volumegroei was het meest dominant in de ggz
- Sinds de economische recessie is in veel landen een knik in de stijging van de zorguitgaven zichtbaar. Nederland heeft internationaal gezien gemiddelde uitgaven voor curatieve zorg en hoge uitgaven voor langdurige zorg
- Het aandeel van de zorg in het bbp is in 2013 verder gestegen naar 14,1%
- In 2012 werd ruim 21% van de totale overheidsuitgaven besteed aan zorg
- De collectieve zorguitgaven per werkende Nederlander zijn internationaal gezien bovengemiddeld
- Tussen 1990 en 2012 hadden de meeste westerse landen een minder sterke uitgavengroei en/of een sterkere groei in levensverwachting dan Nederland. Na 2008 is het beeld voor Nederland gunstiger
- Tussen 2001 en 2009 hadden de meeste westerse landen een minder sterke uitgavengroei maar ook een minder sterke daling in vermijdbare sterfte in vergelijking met Nederland
- Administratieve lasten zitten op een gemiddeld niveau in Nederland vanuit internationaal perspectief. In Nederland is het aandeel overhead in ziekenhuizen relatief hoog
- De productiviteit in de ziekenhuiszorg is in het afgelopen decennium toegenomen alhoewel er onvoldoende zicht is op de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) van de extra geleverde zorg

- De ligduur in Nederlandse ziekenhuizen blijft dalen. Variatie tussen ziekenhuizen blijft en duidt op ruimte voor verbetering
- De doelmatigheid van extramuraal geneesmiddelengebruik is sinds 2008 verbeterd
- De productiviteit in de ggz is toegenomen maar inzicht in de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) van de extra geleverde zorg ontbreekt
- De productiviteit in de VVT-sector is over de tijd licht gedaald, maar inzicht in de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) van geleverde zorg ontbreekt
- In vergelijking met andere westerse landen lijkt de hoeveelheid geleverde zorg in Nederland gemiddeld of beneden gemiddeld voor de meeste indicatoren
- Variatie in verwijsgedrag tussen huisartspraktijken en de vermijdbare ziekenhuisopnamen duiden op substitutiemogelijkheden. In de ggz gaat groei in de eerste lijn nog niet samen met afname van zorggebruik in de tweede lijn

8.1 Achtergrond

De hoogte van de zorguitgaven vormt een belangrijk thema in debatten over de gezondheidszorg. Dit heeft verschillende redenen. Zo wordt de zorg voor een belangrijk deel collectief gefinancierd. De overheid maakt keuzes in de verdeling van het totale overheidsbudget over de verschillende sectoren, zoals onderwijs, zorg en sociale zekerheid. Daarnaast beïnvloedt de hoogte van de zorgpremies de koopkracht van huishoudens. Dit heeft effect op het arbeidsaanbod omdat hogere premies werken onaantrekkelijker maken (Schut, 2011).

De discussie over de hoogte van de zorguitgaven gaat ook over solidariteit: tussen gezond en zorgbehoevend en tussen mensen met een hoog en mensen met een laag inkomen. Wanneer de zorguitgaven harder stijgen dan het nationaal inkomen wordt een groter beroep gedaan op de solidariteit tussen deze groepen. Tot slot is het gewenst dat de zorgeuro's doelmatig worden besteed. Wanneer de uitgaven aan zorg voldoende opleveren in termen van gezondheidswinst kan verdere stijging van de zorguitgaven toch wenselijk worden geacht.

Het beheersen van de zorguitgaven is een belangrijk onderdeel van het huidige overheidsbeleid. De forse stijging van de zorguitgaven zet de solidariteit, de basis van een goed functionerend stelsel, onder druk. Zeker tegen de achtergrond van de aanhoudende economische crisis en de verslechterende toestand van de overheidsfinanciën (VWS, 2013i).

8.2 Indicatoren voor zorguitgaven en doelmatigheid

In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling van de zorguitgaven vanuit macroperspectief. We bekijken ook de verdeling van de uitgaven over verschillende zorgsectoren: waar groeien de zorguitgaven harder? En heeft dit te maken met een prijs- of een volumeontwikkeling? Vervolgens vergelijken we de uitgaventrends met die in het buitenland. De betaalbaarheid van de zorg op macroniveau brengen we in kaart door de zorguitgaven te relateren aan het bruto binnenlands product (bbp), de totale overheidsuitgaven en de werkgelegenheid.

Vervolgens beschrijven we de doelmatigheid van de zorg. Doelmatigheid (of efficiëntie) wordt vaak omschreven als de relatie tussen ingezette middelen en de opbrengsten die met de ingezette middelen worden behaald. Dit geeft de relatie weer tussen wat de zorg kost en wat deze opbrengt. Essentiële elementen voor het beoordelen van doelmatigheid zijn: de prestaties op de doelen van het zorgsysteem, de waarden van deze doelen en de middelen die hiervoor worden ingezet. Het verbeteren van de gezondheid is de bestaansreden van het zorgstelsel en een essentieel doel van de gezondheidszorg (zie *hoofdstuk 1*). Op macroniveau analyseren we trends in de gezondheid van de populatie in relatie tot de zorguitgaven. Daarnaast wordt op mesoniveau de doelmatigheid van verschillende zorgsectoren bestudeerd. In veel gevallen is nog altijd onvoldoende zicht op de daadwerkelijk bereikte gezondheidswinst op sectorniveau en wordt voornamelijk gekeken naar de hoeveelheid geleverde zorg. Dit vormt een belangrijke beperking voor het doen van uitspraken over doelmatigheid op mesoniveau.

In de analyses op mesoniveau staan twee perspectieven centraal: de gemiddelde ontwikkeling in een sector en (voor zover mogelijk) verschillen tussen instellingen en regio's. Dit laatste perspectief kan inzicht geven in het verbeterpotentieel. Vervolgens gaan we in op het thema substitutie. Mensen op de juiste plek in het zorgsysteem behandelen en bijvoorbeeld niet onnodig in het ziekenhuis laten opnemen, is een veelgenoemde manier om de efficiëntie van de zorg te verbeteren.

Definities van zorguitgaven

Er bestaan verschillende definities van de zorguitgaven die in dit hoofdstuk naar voren komen. Veel gebruikt zijn de Zorgrekeningen (ZR) van het CBS. Het CBS berekent de totale uitgaven voor ongeveer 80 actoren in de zorg, die bij elkaar opgeteld de totale zorguitgaven vormen. Deze actoren beslaan een breed veld van gezondheids- en welzijnszorg. In de ZR worden alle uitgaven aan zorg meegenomen, ongeacht de financieringsbron. Dit betreft dus zowel het collectief gefinancierde deel (inclusief het verplicht eigen risico en verplichte eigen betalingen voor langdurige zorg), de aanvullend verzekerde zorg als de zorg die mensen zelf betalen.

In sommige gevallen wordt een selectie van de ZR gekozen. Zo berekende het CPB in het rapport Toekomst voor de Zorg de totale zorguitgaven op basis van het ZR-totaal minus uitgaven aan kinderopvang, jeugdzorg, internaten, sociaal-cultureel werk en overige welzijnszorg (De Jong & Van der Horst, 2013). Het CPB beschouwde deze sectoren niet als zorg. De overige sectoren uit de ZR werden volledig geïncludeerd, dus inclusief publiek en privaat gefinancierde zorg. Deze CPB-definitie omvatte zo 89% van de totale ZR-uitgaven (zie *tabel 8.1*). Voor macro-economische analyses en ramingen neemt het CPB overigens alleen de collectief gefinancierde zorguitgaven mee (CPB, 2013). De keuze voor een bepaalde selectie hangt dus samen met de onderzoeksvraag.

Om inzicht te krijgen in de collectieve betaalbaarheid van de zorg en de druk van de zorg op de overheidsfinanciën worden alleen de totale collectieve zorguitgaven bestudeerd. Dit zijn de uitgaven gefinancierd uit belastingen en premies. Hierbij gaat het voornamelijk om het zogenaamde Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ bestaat uit alle uitgaven die op basis van

Tabel 8.1: Uitgaven aan zorg volgens verschillende definities (in miljoen € en als % van de ZR), 2011 (Bron: RIVM, 2013b).[a]

Hoofdgroep (CBS actoren)	ZR (CBS)	CPB [b]		BKZ (VWS)		SHA (OECD)	
	(€ mln)	(€ mln)	(% ZR)	(€ mln)	(% ZR)	(€ mln)	(% ZR)
Gezondheidszorg (volgens CBS)							
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	22.671	22.671	100	20.439	90	20.004	88
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	5.665	5.665	100	5.295	93	5.059	89
Huisartsenpraktijken	2.708	2.708	100	2.602	96	2.698	100
Tandartsenpraktijken	2.733	2.733	100	717	26	2.723	100
Paramedische en verloskundigenpraktijken	1.931	1.931	100	895	46	1.931	100
Gemeentelijke gezondheidsdiensten	772	772	100	77	10	772	100
ARBO en reïntegratie-diensten	1.189	1.189	100	0	0	689	58
Leveranciers genees-middelen	6.366	6.366	100	4.950	78	6.342	100
Leveranciers van therapeutische middelen	3.080	3.080	100	1.343	44	2.922	95
Verstrekkers van onder-steunende diensten	1.996	1.996	100	975	49	1.490	75
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	2.741	2.741	100	1.407	51	2.739	100
Welzijnszorg (volgens CBS)							
Verstrekkers van ouderenzorg	16.396	16.396	100	16.252	99	12.198	74
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	8.309	8.309	100	7.473	90	4.017	48
Verstrekkers van kinderopvang	4.336	0	0	0	0	0	0
Instellingen voor jeugdzorg	1915	0	0	38	2	30	2

Tabel 8.1: vervolg

Hoofdgroep (CBS actoren)	ZR (CBS)	CPB [b]		BKZ (VWS)		SHA (OECD)	
	(€ mln)	(€ mln)	(% ZR)	(€ mln)	(% ZR)	(€ mln)	(% ZR)
Internaten	481	0	0	0	0	0	0
Sociaal-cultureel werk	1.118	0	0	0	0	0	0
Overige verstrekkers van welzijnszorg	1.778	0	0	361	20	347	20
Beleids- en beheersorganisaties	3.195	3.195	100	239	7	2.796	88
Totaal	89.381	79.753	89	63.062	71	66.757	75

[a] Het BKZ bevat nog € 747 miljoen (in 2011) aan zorguitgaven die niet in de ZR zijn opgenomen maar wel in het BKZ. Dit gaat om € 188 miljoen voor ziekenhuizen, € 255 miljoen voor ggz, € 139 miljoen voor ouderenzorg en € 114 miljoen voor gehandicaptenzorg
[b] De Jong & van der Horst, 2013

een wettelijke aanspraak dan wel een subsidie op grond van de Zvw of de AWBZ worden gemaakt (VWS, 2013i). De AWBZ en Zvw vormen samen meer dan 95% van het totale BKZ. Het restant bestaat uit uitgaven in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de zorguitgaven in Caribisch Nederland en bepaalde uitgaven aan opleidingen. De BKZ-definitie is dus minder ruim dan de ZR-definitie omdat alle privaat gefinancierde zorg (zoals aanvullende verzekering) buiten beschouwing blijft. Daarnaast wordt een aantal collectief gefinancierde actoren in het BKZ niet tot zorg gerekend. Dit geldt voor onder andere Arbodiensten, GGD'en en kinderopvang. *Tabel 8.1* laat zien dat het BKZ 71% van de totale ZR-uitgaven bedraagt.

Voor het meten van de financiële toegankelijkheid en de doelmatigheid van de zorg is ook inzicht in uitgaven aan niet collectief-gefinancierde zorg nodig. Gezondheidszorg is in deze Zorgbalans ook niet gedefinieerd op basis van de manier van financieren (zie *hoofdstuk 1*). Vandaar dat we in dit rapport grotendeels aansluiten bij de definitie die het CPB heeft gebruikt in het rapport Toekomst voor de Zorg. Hierin is geen selectie gemaakt op basis van financiering en de welzijnssectoren die worden uitgesloten zijn ook voor de Zorgbalans niet relevant. Daarnaast is het voor trendanalyses van zorguitgaven van belang dat definities ongevoelig zijn voor wijzigingen in het basispakket. Dit maakt de BKZ-definitie ook minder bruikbaar.

Voor internationale vergelijkingen wordt gebruik gemaakt van de internationaal gangbare definities van zorg en zorguitgaven volgens het System of Health Accounts (SHA) van de OECD (OECD et al., 2011). De OECD streeft met de SHA naar internationale vergelijkbaarheid van data en resultaten, door gebruik te maken van gestandaardiseerde methoden en definities. Het

belangrijkste verschil tussen het SHA en de ZR is dat een aantal voorzieningen niet meetelt als zorg in de SHA. Het gaat hierbij om een deel van de ouderenzorg (onder andere huishoudelijke verzorging), de gehandicaptenzorg en overige vormen van welzijnszorg. De totale zorguitgaven volgens de SHA is gelijk aan 75% van de totale zorguitgaven volgens de ZR (zie *tabel 8.1*).

Indicatoren
Zorguitgaven
- Totale uitgaven aan de gezondheidszorg op macroniveau en per sector
- Determinanten van de groei in zorguitgaven in termen van prijs en volume
- Totale uitgaven aan de gezondheidszorg internationaal volgens System of Health Accounts
- Percentage van het bruto binnenlands product dat wordt besteed aan gezondheidszorg
- Percentage van de totale collectieve uitgaven dat wordt besteed aan gezondheidszorg
- Collectieve zorguitgaven per werkende internationaal volgens System of Health Accounts

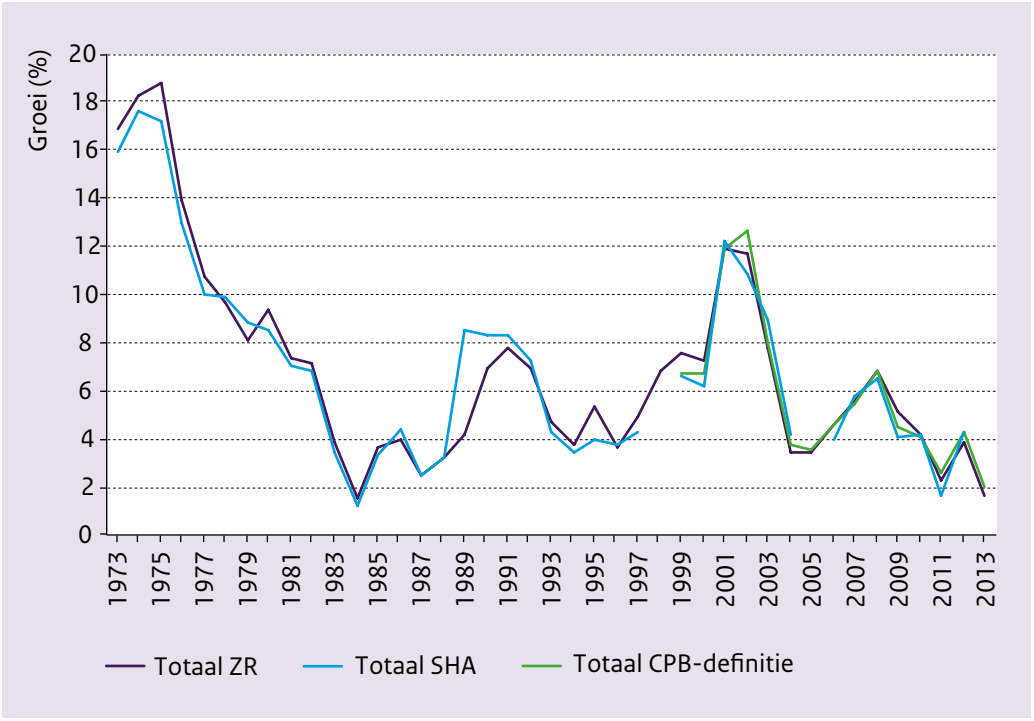
Doelmatigheid
- Zorguitgaven ten opzichte van de levensverwachting in Nederland en internationaal
- Zorguitgaven ten opzichte van vermijdbare sterfte in Nederland en internationaal
- Administratieve lasten in de gezondheidszorg in Nederland en internationaal
- Productiviteit van de ziekenhuiszorg
- Gemiddelde ligduur in ziekenhuizen in Nederland en internationaal
- Doelmatigheid in het voorschrijven en gebruik van extramurale geneesmiddelen
- Productiviteit in de geestelijke gezondheidszorg
- Productiviteit in de verpleging verzorging en thuiszorg
- Variatie in zorggebruik tussen landen
- Substitutie van zorg en vermijden van onnodige dure zorg

8.3 Stand van zaken - zorguitgaven

De groei van de totale zorguitgaven was in de jaren 2011-2013 historisch gezien laag met sterke variatie tussen sectoren
Tussen 2000 en 2013 stegen de totale uitgaven aan zorg volgens de CPB-definitie (zie *tabel 8.1*) van €41 miljard naar €85 miljard (CBS Statline, 2014f). Dit is gelijk aan een gemiddelde stijging van ruim 5,5% per jaar. In de periode 2011-2013 was de groei van de totale zorguitgaven met 2,5% (2011), 4,3% (2012) en 2% (2013) historisch gezien laag (zie *figuur 8.1*). Voor het beeld van de trend in de totale zorguitgaven maakt het overigens niet veel uit welke definitie van de zorguitgaven wordt gehanteerd (zie *figuur 8.1*). De uitgavengroei kan op verschillende manieren ontrafeld worden. We bekijken de trends voor de verschillende zorgsectoren en vervolgens de prijs- en volumetrends.

Figuur 8.2 toont voor de periode 2000-2013 de verdeling van de totale zorguitgaven over de verschillende zorgsectoren. De ziekenhuiszorg (€24,8 miljard in 2013) en de ouderenzorg (€18,2 miljard in 2013) zijn over alle jaren het meest omvangrijk. De uitgaven voor andere sectoren liggen een stuk lager: huisartsenzorg €2,7 miljard, ggz €5,9 miljard, verstrekkers van

Figuur 8.1: Jaarlijkse groei van de totale zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen, CPB en SHA, (%), 1973-2013 (Bronnen: CBS Statline, 2014f; OECD, 2013e).[a]

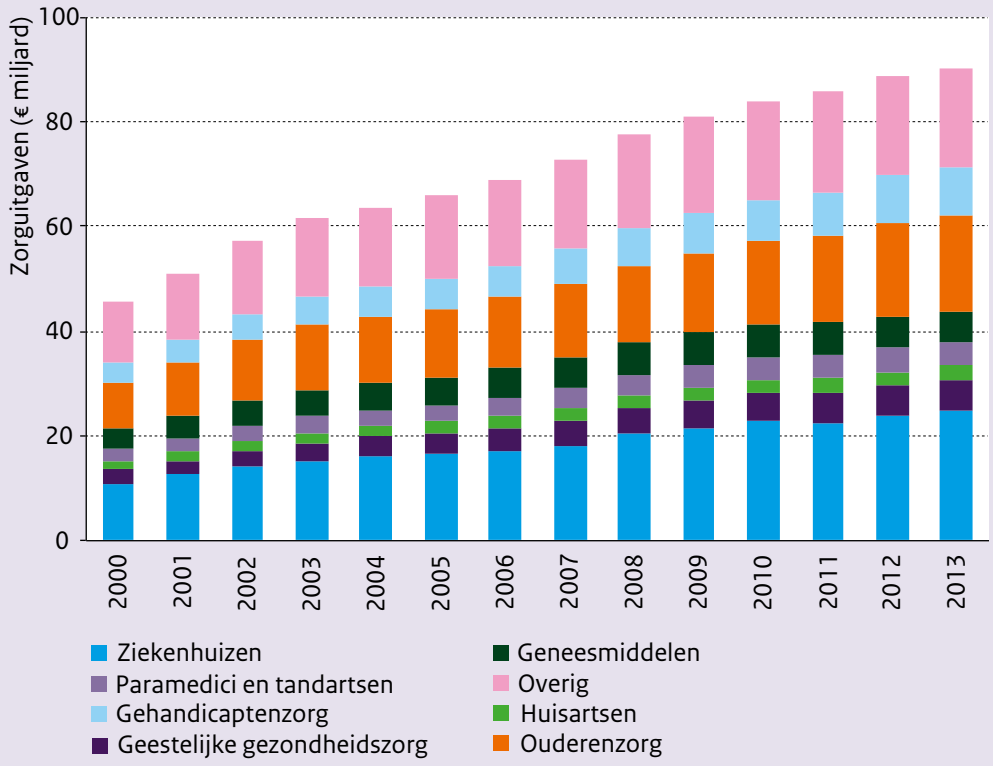


[a] De CPB-reeks kan vanwege data-beschikbaarheid worden gemaakt vanaf 1998. In de SHA-reeks zitten twee gaten (1998 en 2005) omdat in die jaren vanwege een definitiewijziging geen betrouwbaar groeicijfer beschikbaar is
2012 en 2013 zijn voorlopige cijfers

geneesmiddelen €5,6 miljard en gehandicaptenzorg €9,4 miljard. Ook de trends zijn verschillend. De lage groei van de totale zorguitgaven tussen 2011 en 2013 was niet in alle sectoren zichtbaar. Zo valt in 2012 op dat de uitgaven aan gehandicaptenzorg (+11,4%) en ouderenzorg (+8,0%) meer dan gemiddeld zijn toegenomen, terwijl de uitgaven aan huisartsen (-2,4%) en geneesmiddelen (-8,1%) zijn gedaald ten opzichte van 2011.

In 2013 zet de daling van de geneesmiddelenuitgaven voort (-4,1%) maar is ook de uitgavenstijging in de gehandicaptenzorg (0,7%) en ouderenzorg (2,4%) sterk afgenomen. De uitgavenontwikkeling in de langdurige zorg in 2012 en 2013 is beïnvloed door overheidsbeleid. In eerste instantie (2012) groeiden de uitgaven sterk door tariefverhogingen om de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren. Daarnaast waren er in 2012 verhoudingsgewijs meer indicaties voor zwaardere zorg (de patiëntcategorie met een hoger tarief) (CBS, 2013; CPB,

Figuur 8.2: Uitgaven per zorgsector (in miljard euro), 2000-2013 (Bron: CBS Statline, 2014f).[a]



De categorie 'Overig' omvat GGD-en, ARBO-diensten, therapeutische middelen, ondersteunende diensten en beleids- en beheersorganisaties

[a] 2012 en 2013 zijn voorlopige cijfers

2013). De exacte verklaring voor deze laatste verschuiving is nog onbekend. In 2013 zijn de tarieven vervolgens gereduceerd om de uitgavengroei terug te dringen (CBS, 2014).

Over een iets langere periode bekeken (vanaf 2000) veranderde het aandeel van de zorgsectoren in de totale zorguitgaven in beperkte mate. Een aantal sectoren nam tussen 2000 en 2013 een groter deel van de totale uitgaven in beslag. Dit geldt voor de ziekenhuiszorg (van 26,6% naar 29,3%), de ggz (van 6,2% naar 6,9%) en de gehandicaptenzorg (van 9,4% naar 11,0%). Het aandeel van de totale zorguitgaven dat aan geneesmiddelen werd uitgegeven daalde substantieel: van 9,7% naar 6,6%.

De geleverde zorg wordt vanuit verschillende bronnen gefinancierd, waarvan de AWBZ en de Zvw de meest omvangrijke zijn (gezamenlijk ruim €67 miljard in 2013). De AWBZ en de Zvw

vormen ook de belangrijkste onderdelen (ruim 95%) van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) (zie *paragraaf 8.2*). Tussen 2002 en 2012 was in vrijwel alle jaren sprake van overschrijdingen van het BKZ (Algemene Rekenkamer, 2013b). De jaarlijkse overschrijding varieerde tussen de 1 en 4% van het totale budget. Alleen in 2007 bleven de uitgaven binnen het begrote kader. Naast het BKZ wordt er ook zorg gefinancierd vanuit particuliere verzekeringen, eigen betalingen (onder andere vrijwillig eigen risico) en algemene middelen (overheid).

Sinds 2003 wordt de uitgavengroei voornamelijk bepaald door volumegroei alhoewel in 2012 sprake lijkt van een sterker prijseffect. De volumegroei was het meest dominant in de ggz

De stijging van de totale zorguitgaven kan worden gesplitst in een prijs- en een volumecomponent om onderscheid te maken tussen reële groei (hoeveelheid geleverde zorg) en prijsontwikkeling. *Tabel 8.2* geeft de trend in zowel prijs als volume weer voor de totale zorguitgaven waarbij de volumecomponent is gesplitst in demografie (met name vergrijzing) en overig volume. Voor 2012 en 2013 waren deze gesplitste gegevens nog niet beschikbaar.

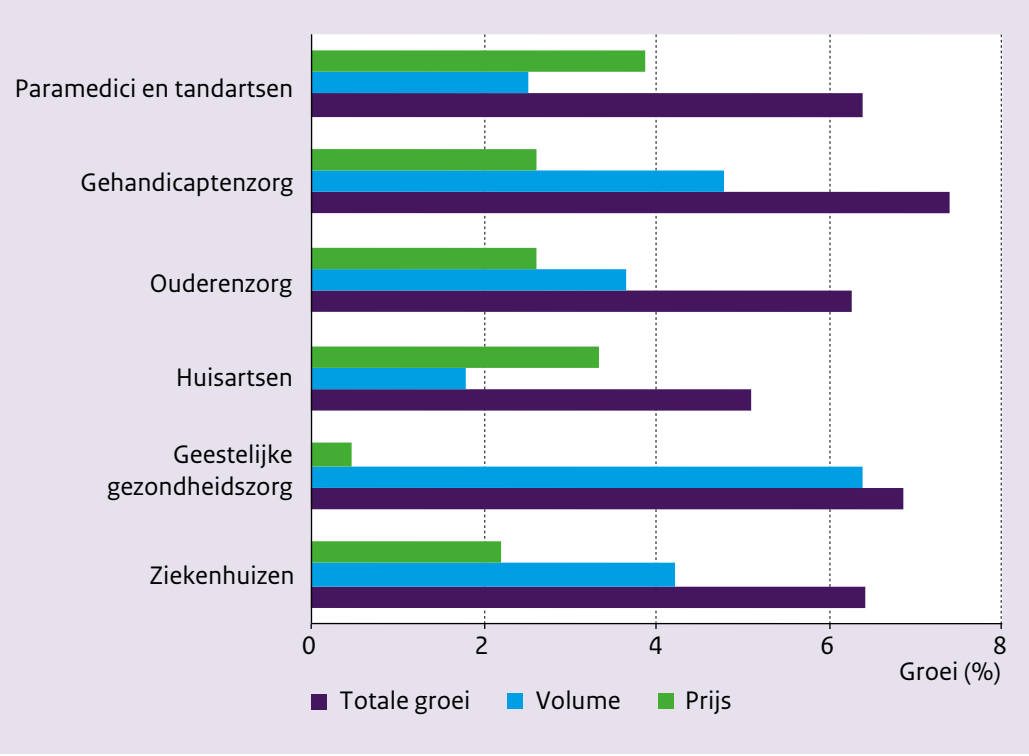
In de periode 1999-2003 was de uitgavengroei hoog in vergelijking met latere periodes en ook in vergelijking met de historische ontwikkeling. Sinds medio jaren 70 van de vorige eeuw was de groei niet zo hoog geweest (zie *figuur 8.1*). In deze periode was er sprake van een sterk prijseffect zoals *tabel 8.2* laat zien. In latere jaren was de prijsverandering minder groot terwijl de hoeveelheid geleverde zorg bleef groeien (gemiddeld 3 à 4%). De voorlopige cijfers over 2012 laten een iets ander beeld zien: de uitgavenstijging van ruim 4% bestond uit 1% volumegroei en 3% prijsontwikkeling.

Tabel 8.2 laat zien dat over de jaren heen de invloed van demografische veranderingen redelijk constant was (rond 1%). In de periode 2007-2011 nam het effect van demografie enigszins toe. De overige volumegroei is gerelateerd aan een mix van factoren, waaronder veranderingen in epidemiologie en technologie.

Tabel 8.2: Gemiddelde groei van de zorguitgaven gesplitst in prijs en volume (%), volgens Zorgrekeningen, 1999-2011 (Bron: Slobbe et al., 2011).

	Totaal	Prijs	Volume		
			Totaal	Demografie	Overig volume
Totaal zorg					
1999-2003	9,7	5,7	4,0	1,1	2,9
2003-2005	3,9	0,0	3,9	1,0	2,9
2005-2007	5,0	1,9	3,1	1,0	2,0
2007-2011	4,4	0,3	4,1	1,4	2,6

Figuur 8.3: Sectorspecifieke gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei, 1999-2012 (Bron: CBS Statline, 2014f).



Op sectorniveau zien we een gevarieerd beeld wat betreft de prijs- en volumeontwikkeling tussen 1999 en 2012 (zie *figuur 8.3*). Vooral in de ggz was het volume-effect in deze periode dominant. In de ggz is er sprake geweest van een aanzienlijke toename in het aantal contacten en het aantal behandelingen (Niaounakis, 2013). Deze stijging lijkt voor een belangrijk deel toe te wijzen aan een verbeterde toegankelijkheid. De prevalentie van psychische aandoeningen is namelijk niet toegenomen (Trimbos-instituut, 2010). Gegevens in huisartsenregistraties tonen ook aan dat het aantal geregistreerde psychische stoornissen sterk is toegenomen (Bijenhof et al., 2012).

Ook in de ziekenhuiszorg en de gehandicaptenzorg was het volume-effect groter dan het prijseffect. Zo is bekend dat het aantal ziekenhuisopnames (zowel klinische opnames als dagopnames) en het aantal behandelde patiënten sterk is gegroeid het afgelopen decennium. Overigens is deze groei in de ziekenhuiszorg in 2012 gestagneerd (DHD, 2014; Vandermeulen, 2014). In de ouderenzorg was het verschil tussen prijs en volume minder sterk. Alleen in de huisartsenzorg en bij paramedici en tandartsen was het beeld tegenovergesteld: een groter prijseffect dan volume-effect.

De impact van demografie op volume- en uitgavenontwikkelingen varieert ook tussen sectoren (Slobbe et al., 2011). Zo kennen de ggz, gehandicaptenzorg, tandartsen en paramedici een jongere patiëntenpopulatie dan bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg. Niettemin was de volumegroei in de ggz en gehandicaptenzorg het hoogst in het afgelopen decennium. Dit bevestigt dat buiten demografische veranderingen ook andere factoren een sterke invloed hebben op de volumegroei.

Sinds de economische recessie is in veel landen een knik in de stijging van de zorguitgaven zichtbaar. Nederland heeft internationaal gezien gemiddelde uitgaven voor curatieve zorg en hoge uitgaven voor langdurige zorg

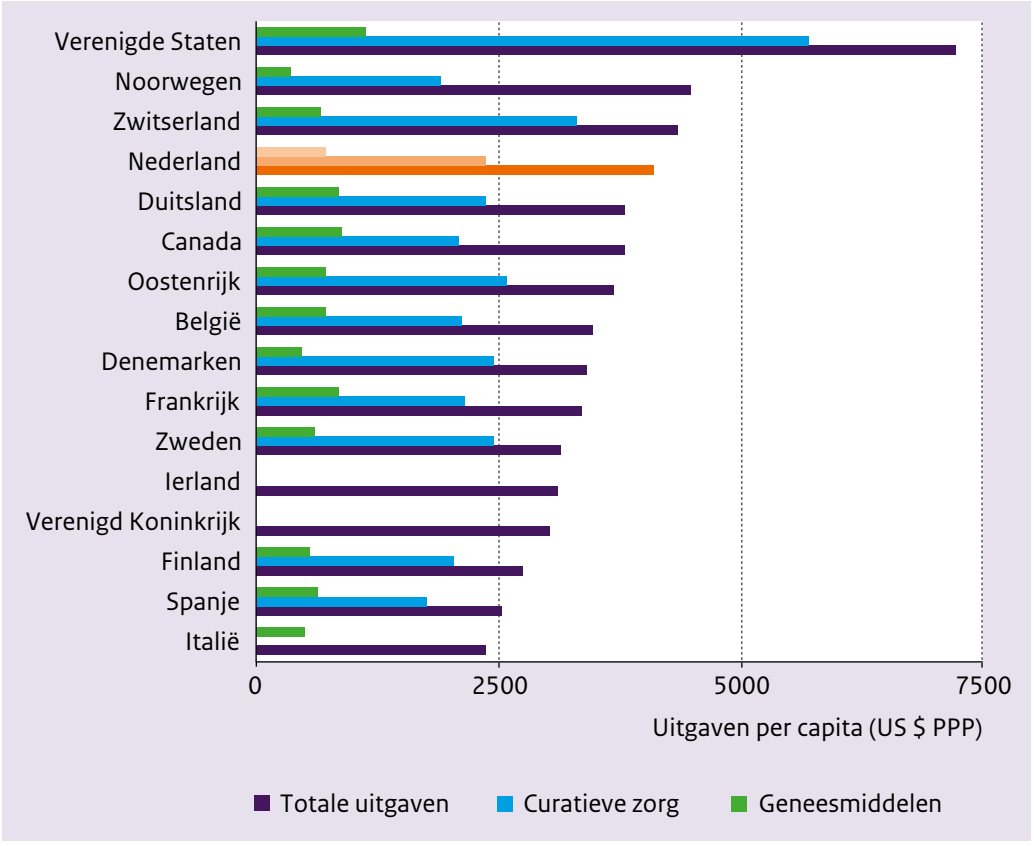
De totale zorguitgaven per hoofd van de bevolking waren voor Nederland in 2011 bovengemiddeld in vergelijking met vijftien andere westerse hoge inkomenslanden (zie *figuur 8.4*). De zorguitgaven waren alleen hoger in Zwitserland, Noorwegen en de Verenigde Staten. Er is wel een verschil tussen de verschillende typen zorg. Voor de curatieve zorg (inclusief revalidatie) en geneesmiddelen zijn de Nederlandse uitgaven van gemiddeld niveau. Het verschil zit voornamelijk in de relatief hoge uitgaven aan langdurige zorg in Nederland. Deze liggen op een vergelijkbaar hoog niveau als in Denemarken en Zwitserland en iets onder Noorwegen. Hierbij moet worden opgemerkt dat internationale vergelijkingen voor langdurige zorg met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd vanwege het gebruik van verschillende definities van langdurige zorg (OECD, 2012). Het gaat hier om uitgaven voor de langdurige gezondheidszorg en niet zoals in *hoofdstuk 6* ook om uitgaven voor de langdurige sociale zorg. Om die reden wijken de conclusies hier iets af van die in *hoofdstuk 6*.

Voor deze internationale vergelijking wordt een andere definitie van zorguitgaven gehanteerd dan in de *figuren 8.1, 8.2, 8.3* en *tabel 8.2*. Zo wordt een belangrijk deel van de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg niet meegenomen in de internationale cijfers. Zie *paragraaf 8.2* voor een uitleg over de definities.

De internationale cijfers laten zien dat net als Nederland ook andere westerse landen de laatste jaren een lage uitgavengroei hadden (OECD, 2013a). Voor de 16 westerse landen in *figuur 8.4* bedroeg de groei van de totale uitgaven gemiddeld 4 tot 9% per jaar in de periode 2001-2009. In 2010 en 2011 was dat 2,1 en 2,5%. Gecorrigeerd voor bevolkingsomvang en prijs-/koopkrachtverschillen bedroeg de gemiddelde groei 2 tot 5% in 2001-2009 en 0,0 en 0,4% in 2010 en 2011 (zie *tabel 8.3*). Deze landen hadden de laatste jaren allemaal te maken met de economische crisis, een daling in het nationaal inkomen en een toenemende druk op de overheidsfinanciën. Dit bevestigt het bekende verband tussen de zorguitgaven en welvaart op macroniveau (Getzen, 2006).

Er zijn ook verschillen tussen de landen (zie *tabel 8.3*). In landen als Denemarken, Ierland en Italië was er sprake van een daling in de zorguitgaven, terwijl Duitsland, Finland en de Verenigde Staten in alle jaren een groei realiseerden. Deze verschillen hebben soms te maken met de mate waarin de crisis de economische groei van landen heeft beïnvloed. Zo beleefde Ierland een grote daling in het nationaal inkomen in 2008 en 2009 (-6% en -5%). Hierna werd in 2010 en 2011 flink bezuinigd op de zorg. Toch blijkt uit een recente internationale studie in 27

Figuur 8.4: Zorguitgaven internationaal, totaal, curatieve zorg en geneesmiddelen volgens System of Health Accounts [a] (in US$ PPP per capita), 2011 (Bron: OECD, 2013e).



[a] In de drie genoemde System of Health Accounts categorieën zitten de volgende uitgaven:
1) Totale uitgaven: "HC.1-HC.9 Total current health expenditure";
2) Geneesmiddelen: "HC.5 Medical goods" (HC5.1 Geneesmiddelen die buiten instellingen en praktijken worden gebruikt. Geneesmiddelen op voorschrift, zelfzorggeneesmiddelen, overige medische verbruiksartikelen (bijv. verband) & HC 5.2 Hulpmiddelen voor zicht (zoals brillen), gehoorapparaten, orthopedische hulpmiddelen (zoals speciaal schoeisel), medisch-technische apparaten (zoals rolstoelen), overige duurzame medische goederen (bijv. bloeddrukmeters);
3) Curatieve zorg: "HC.1 & HC.2 Curative and rehabilitative care" (HC.1 Geneeskundige zorg: Het leveren van medische en paramedische diensten die bedoeld zijn voor genezing, lichamelijk en geestelijk, van een patiënt & HC.2 Revalidatiezorg: Het leveren van medische en paramedische diensten die bedoeld zijn om de lichamelijke en geestelijke functies van een patiënt te verbeteren na curatieve zorg).

Tabel 8.3: Jaarlijkse groei zorguitgaven, totaal nominaal en per capita US$ PPP, volgens System of Health Accounts (%), 2008-2012 (Bron: OECD, 2013e).[a]

	Totaal nominaal					Per capita US$ PPP				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Oostenrijk	5,3	3,5	2,6	2,8	-	3,1	1,6	0,6	0,2	-
België	7,3	5,1	3,6	4,0	-	4,3	3,1	0,4	0,7	-
Canada	6,9	5,9	5,5	4,5	3,7	1,5	6,7	1,3	0,2	1,2
Denemarken	5,7	7,3	2,2	-0,2	-	0,8	6,0	-2,3	-1,2	-
Finland	6,8	2,1	2,2	6,4	4,3	3,2	0,1	1,3	2,7	1,0
Frankrijk	3,9	4,0	2,4	2,7	1,4	0,8	2,8	0,8	0,8	-0,5
Duitsland	4,0	5,2	3,5	2,1	-	3,4	4,3	2,7	1,8	-
Ierland	9,6	0,4	-9,7	-4,0	-	11,5	4,5	-8,9	-5,3	-
Italië	6,1	0,9	1,8	-0,3	-1,1	2,7	-1,7	0,9	-2,0	0,0
NEDERLAND	6,5	4,0	4,1	1,6	4,3	3,9	3,4	2,5	-0,3	3,1
Noorwegen	9,7	6,2	4,7	6,5	6,9	3,8	2,4	-0,7	2,5	-4,6
Spanje	9,0	4,4	0,3	-1,4	-	4,9	3,5	-0,5	0,3	-
Zweden	5,6	4,4	1,7	4,4	-	1,6	1,4	0,0	2,5	-
Zwitserland	5,8	4,4	2,5	3,4	-	1,7	3,5	0,8	2,1	-
Verenigd Koninkrijk	6,2	8,3	2,1	2,8	-	2,4	6,2	-1,4	-0,2	-
Verenigde Staten	4,6	4,5	4,1	3,9	-	1,3	2,7	1,8	1,0	-
Gemiddeld	6,4	4,4	2,1	2,5		3,2	3,2	0,0	0,4	

[a] Totale uitgaven: "HC.1-HC.9 Total current health expenditure"
De kolom 'totaal nominaal' is gebaseerd op de totale zorguitgaven in nationale munteenheid. In de kolom 'per capita US$ PPP' zijn de uitgaven gecorrigeerd voor de bevolkingsomvang en prijs-/koopkrachtverschillen

EU-landen dat er geen verband bestaat tussen de omvang van de economische recessie op landniveau en de omvang van bezuinigingen in de zorg (Reeves et al., 2014). De terugval in belastinginkomsten, de afhankelijkheid van leningen van internationale instituten (het Internationaal Monetair Fonds) en beleidsbeslissingen lijken belangrijkere verklarende variabelen voor de verandering in de totale zorguitgaven.

Naast verschillen tussen landen in de terugval van de economische groei en de noodzaak tot bezuinigingen, zijn er ook verschillende beleidskeuzes gemaakt (Mladovsky et al., 2012). Het is niet altijd duidelijk in hoeverre beleidskeuzes een vervolg waren op eerder ingezet beleid of nieuw beleid in antwoord op de economische crisis. In veel landen werd gekozen voor het verhogen van eigen betalingen voor zorggebruikers. In een aantal landen werden de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg verhoogd (Frankrijk, Ierland), in andere landen werd dit gedaan voor ambulante zorg (bijvoorbeeld Italië). In Nederland werden bijvoorbeeld eigen betalingen voor geestelijke gezondheidszorg verhoogd.

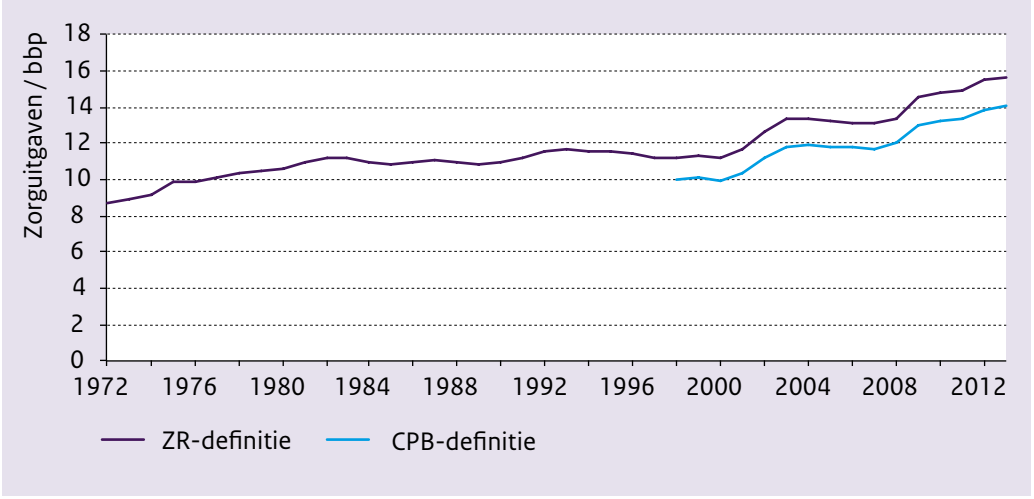
In sommige landen werden de salarissen van werknemers in de zorg verlaagd, bevroren of stegen minder snel (Frankrijk, Denemarken, Ierland, Engeland). In vrijwel geen enkel land werd de inhoud van het basispakket verkleind. Er werd eerder beleid voortgezet om de prijzen van geneesmiddelen te reduceren. Op termijn zal blijken in welke mate bovenstaande beleidskeuzes ook van invloed zijn op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg.

Internationaal gezien was een daling in de uitgavengroei zichtbaar in verschillende zorgsectoren: zowel in de curatieve en langdurige zorg als voor geneesmiddelen en preventie (Morgan & Astolfi, 2013; OECD, 2013a). De uitgaven aan preventie daalden (procentueel) het sterkst in 2010 en 2011 internationaal, terwijl deze in 2008 en 2009 nog het sterkst stegen. Ook de uitgaven aan geneesmiddelen namen in 2011 internationaal af. Aangezien deze in 2008 en 2009 ook al een relatief beperkte groei kende, lijkt dit een voortzetting dan wel versterking van eerder beleid.

Het aandeel van de zorg in het bbp is in 2013 gestegen naar 14,1%
De betaalbaarheid van de zorg hangt zowel samen met de hoogte van de zorguitgaven als met de hoeveelheid beschikbare middelen. In tijden van economische groei is meer ruimte voor uitgavengroei dan in tijden van recessie. Toch is het aandeel van de gezondheidszorg in het nationaal inkomen over de jaren heen voortdurend toegenomen. Zo bedroeg het aandeel van de zorg (volgens de CPB-definitie in *tabel 8.1*) in het bruto binnenlands product (bbp) 10,1% in 1998 en 14,1% in 2013 (zie *figuur 8.5*). De tijdreeks kan voor de CPB-definitie worden gemaakt vanaf 1998. Voor een completer beeld is in *figuur 8.5* ook een langere trend volgens de ZR-definitie toegevoegd. Het belangrijkste verschil tussen de twee lijnen is het niveau van de zorguitgaven. Het verloop over de tijd is vrijwel hetzelfde (voor uitleg over het niveauverschil zie *paragraaf 8.2*). De historische trend toont in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw een beperkte stijging van de zorguitgaven als percentage van het bbp. Sinds 2001 is het aandeel van de zorg aanzienlijk gestegen. Dit heeft enerzijds te maken met een sterke groei in zorguitgaven en anderzijds met de terugvallende economische groei in een aantal jaren, zoals in 2009 en 2012.

Hoewel het aandeel van de zorg in het bbp aanzienlijk is gegroeid, betekent dit niet automatisch dat er geen ruimte was voor groei in andere sectoren. Zolang die ruimte er nog is geeft dit een indicatie dat uitgaven aan zorg nog niet ten koste gaan van andere bestedingen en dat de zorg nog betaalbaar is (los van de manier van financieren en de betaalbaarheid op

Figuur 8.5: Aandeel zorguitgaven in bruto binnenlands product volgens CPB-definitie en ZR-definitie (%), 1972-2013 (Bron: CBS Statline, 2014f).[a]



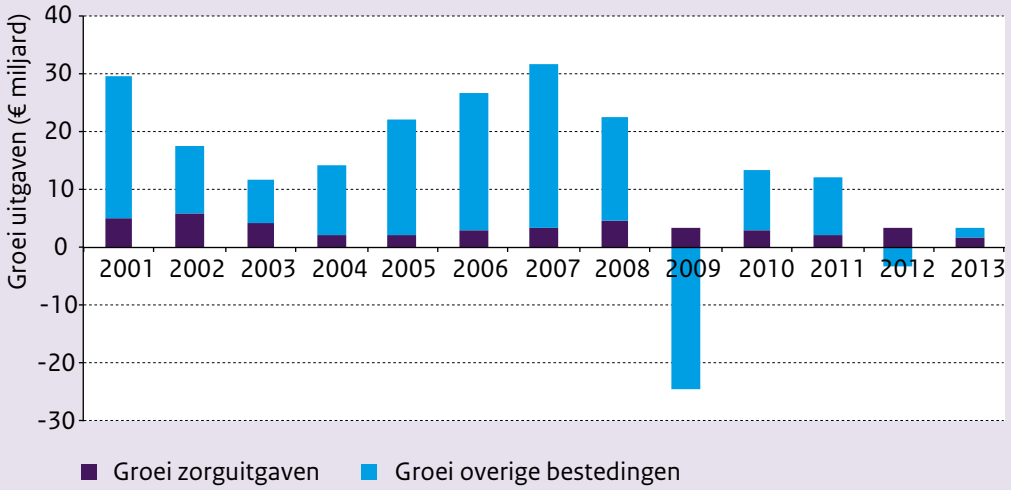
[a] 2011 en 2012 zijn voorlopige cijfers

het niveau van huishoudens) (Chernew et al., 2009)[1]. *Figuur 8.6* geeft de absolute groei van de zorguitgaven (volgens de CPB-definitie) weer tussen 2001 en 2013. Deze bedroeg €1,5 tot €6 miljard per jaar. De figuur toont ook de ruimte aan die er jaarlijks was voor de groei in overige consumptie (uitgaven aan andere producten en diensten). In de meeste jaren nam de zorg tussen de 10 en 50% van de totale inkomensgroei in beslag. De jaren 2009 en 2012 vertonen een afwijkend beeld omdat in 2009 het nationaal inkomen daalde en in 2012 nauwelijks steeg.

Internationaal gezien is het aandeel van de zorguitgaven in het nationaal inkomen in Nederland relatief hoog. Dit niveau is vergelijkbaar met dat van Frankrijk, Zwitserland en Duitsland (zie *figuur 8.7*). Zoals uitgelegd in *paragraaf 8.2* wordt voor deze internationale vergelijking een andere definitie van zorguitgaven gehanteerd. Deze is beperkter dan de nationale definitie(s). In vrijwel alle in *figuur 8.7* getoonde landen nam de groei van het bbp af in 2008 en vertoonde deze zelfs krimp in 2009 als gevolg van de economische crisis. Dit leidde in de meeste landen (waaronder Nederland) niet direct tot een besparing op de zorguitgaven.

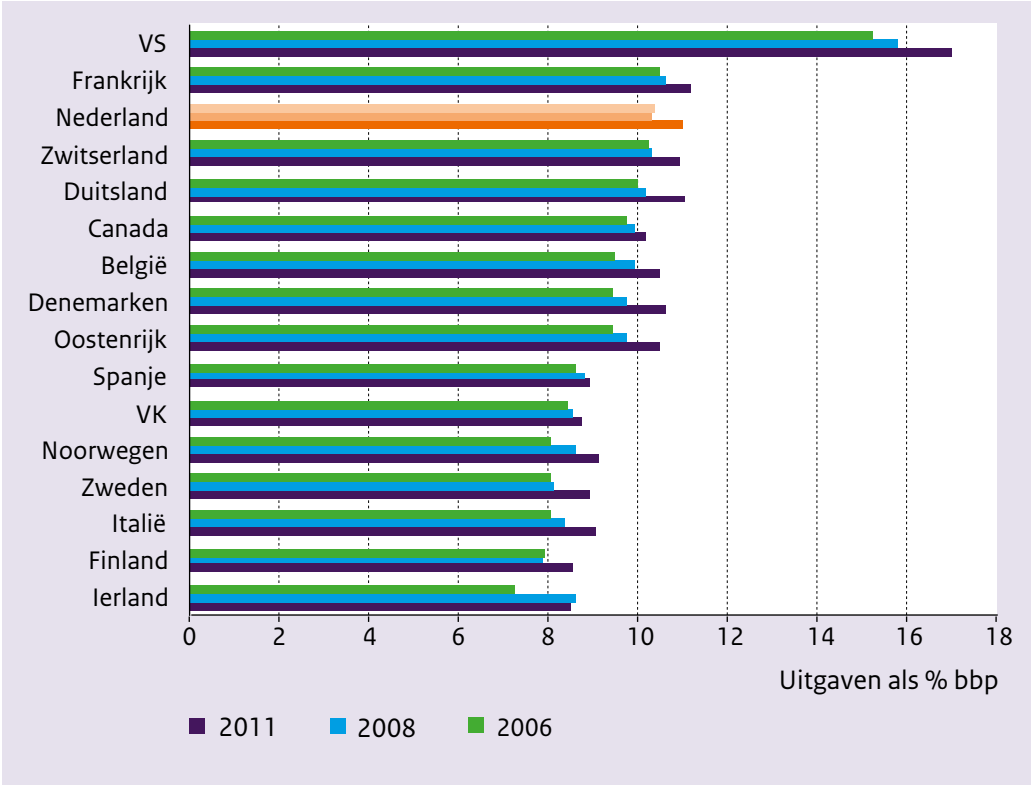
[1] Chernew en collega's (2009) definieerden betaalbaarheid als volgt: "... Medicare Technical Review panel employed the second approach to defining affordability—that there would never be a downward trend in non-health spending—and we adopt this definition."

Figuur 8.6: Verdeling van de absolute bbp-groei in zorguitgaven, volgens CPB-definitie, en overige bestedingen (in miljarden euro's), 2001-2013 (Bron: CBS Statline, 2014f).



Hierdoor steeg het percentage van het bbp uitgegeven aan zorg sterk in 2009. In 2012 was in verschillende landen uit de figuur (zoals Italië, Nederland en Spanje) wederom sprake van een beperkte groei of krimp van het nationaal inkomen. Aangezien er voor de meeste landen nog geen cijfers zijn over de zorguitgaven in 2012 kan de ratio zorguitgaven/bbp nog niet worden weergegeven voor dat jaar.

Figuur 8.7: Zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product volgens System of Health Accounts, 2006, 2008, 2011 (Bron: OECD, 2013e).[a]



[a] Totale uitgaven: "HC.1-HC.9 Total current health expenditure"

In 2012 werd ruim 21% van de totale overheidsuitgaven besteed aan zorg

Wanneer de collectieve zorguitgaven sterk stijgen, kan dit betekenen dat de uitgaven aan andere publieke middelen, zoals defensie en onderwijs in het gedrang komen (gegeven een grens aan de totale overheidsuitgaven en de totale collectieve lasten). *Tabel 8.4* geeft het aandeel van de verschillende collectieve sectoren weer in de totale overheidsuitgaven tussen 2000 en 2012. Het aandeel van de zorg in de totale collectieve uitgaven is in de loop der jaren toegenomen van 9% in 1980 (niet in tabel) tot ruim 13% in 2000 en tot meer dan 21% in 2012. In de jaren voor 2000 werd deze stijging voornamelijk gecompenseerd door een daling van de uitgaven aan sociale zekerheid (CPB, 2013). Tussen 2000 en 2012 daalden onder andere het aandeel van de uitgaven aan defensie en de rentelasten.

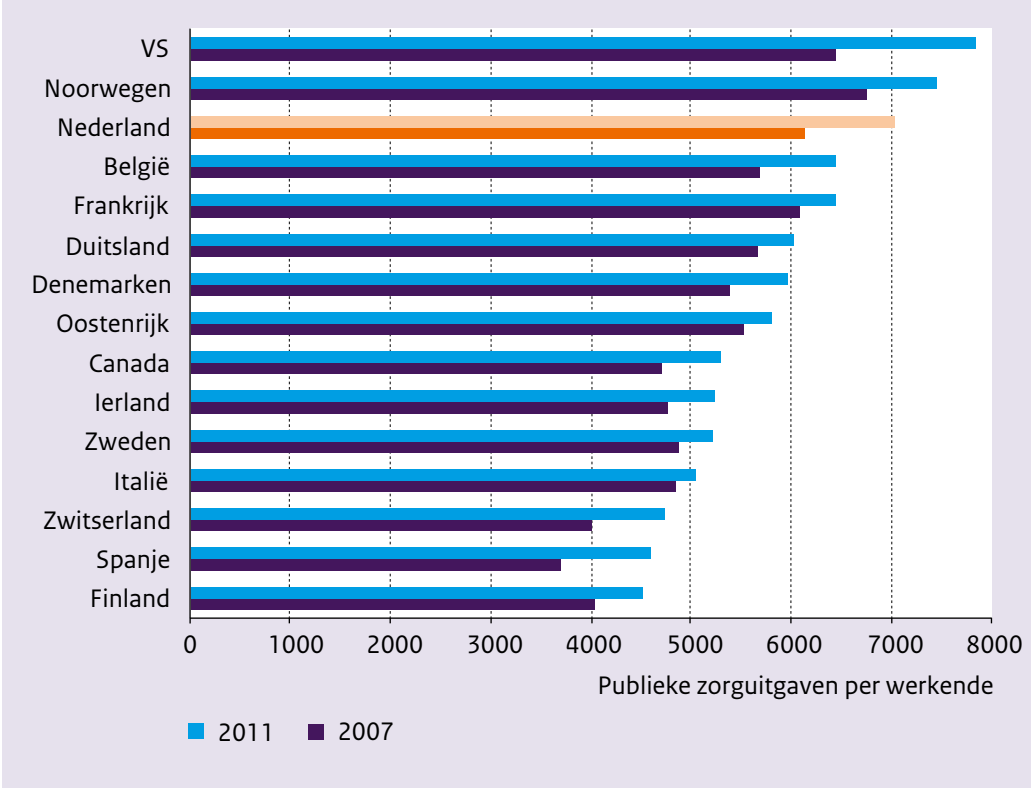
Tabel 8.4: Verdeling totale collectieve uitgaven, 2000-2012 (Bron: CPB, 2013).

	2000	2004	2008	2012
Zorg	13,3	15,6	19,0	21,4
Openbaar bestuur	22,9	23,2	22,5	21,0
Veiligheid	2,9	3,9	3,9	3,8
Defensie	2,9	2,8	2,4	2,2
Infrastructuur	3,6	3,7	3,7	3,4
Onderwijs	10,7	11,1	11,0	10,7
Sociale zekerheid	24,9	24,9	24,0	25,8
Overdrachten aan bedrijven	5,1	4,6	3,5	3,6
Internationale samenwerking	5,3	4,8	5,0	4,2
Rente	8,2	5,4	4,8	3,6

De collectieve zorguitgaven per werkende zijn internationaal gezien bovengemiddeld
De zorguitgaven worden voor een groot deel gefinancierd uit inkomen uit arbeid. De premies voor het collectief gefinancierde deel van de zorg, zoals de inkomensafhankelijke AWBZ-premie en de inkomensafhankelijke Zvw-premie, worden geheven op inkomen uit arbeid. Dit geldt niet direct voor de nominale Zvw-premie die voor iedereen verplicht is, maar wel indirect. Mensen met lagere inkomens krijgen de zorgpremie namelijk (gedeeltelijk) gecompenseerd uit algemene middelen via de zorgtoeslag. De hoogte van de collectieve zorguitgaven is zo van invloed op de kosten van arbeid. Hogere zorgpremies en belastingen maken arbeid duurder en werken minder aantrekkelijk. De betaalbaarheid van de zorg hangt dus ook af van het aantal werkenden dat de collectieve zorglasten moet dragen. Daarom drukken we de collectieve uitgaven aan zorg hier uit ten opzichte van het aantal werkenden.

Aangezien we de zorguitgaven internationaal vergelijken wordt de internationale definitie van zorguitgaven van de OECD gebruikt (zie *paragraaf 8.2*). *Figuur 8.8* laat zien dat de collectieve zorguitgaven per werkende in Nederland, in vergelijking met een selectie van westerse OECD-landen, in 2007 en 2011 bovengemiddeld waren. In beide jaren hadden alleen Noorwegen en de Verenigde Staten hogere publieke zorguitgaven per werkende. Deze landen scoren hoog ondanks een relatief hoge (Nederland en Noorwegen) en gemiddelde (Verenigde Staten) arbeidsparticipatie. Dit betekent dat de totale collectieve zorguitgaven in deze landen op een hoog niveau liggen.

Figuur 8.8: Publieke zorguitgaven volgens System of Health Accounts per werkende (in miljoenen euro's), 2007 en 2011 (Bron: OECD, 2013e).[a]



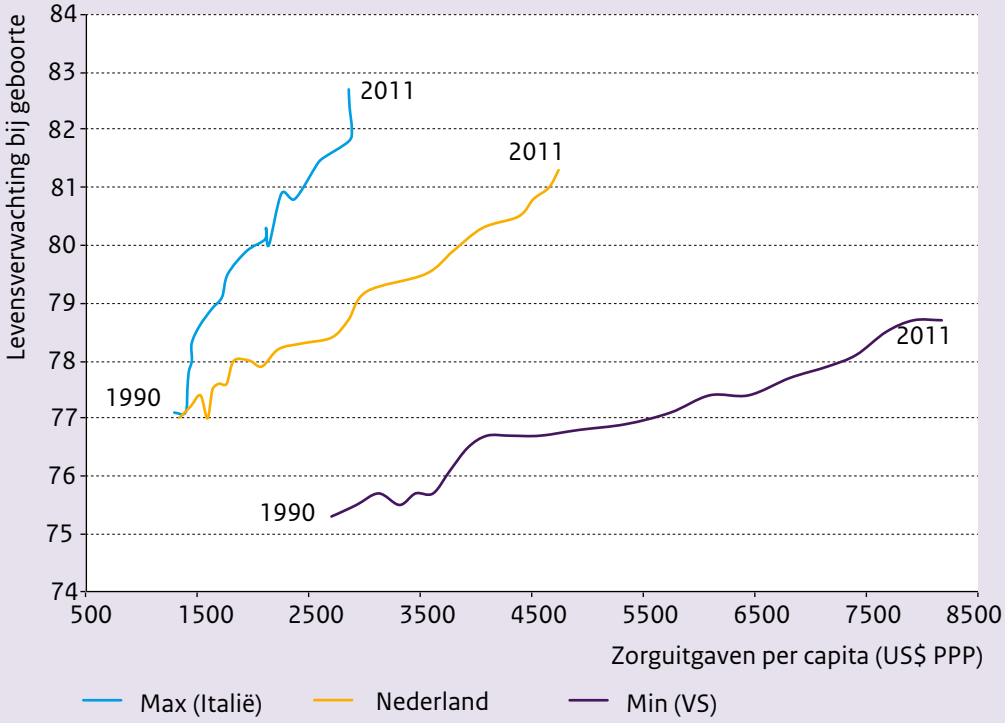
[a] Aantal werkenden volgens OECD definitie "total civilian employment", weergegeven in aantal personen, dus ongecorrigeerd voor internationale verschillen in het aantal uren per werkende.

8.4 Stand van zaken - doelmatigheid

Tussen 1990 en 2012 hadden de meeste westerse landen een minder sterke uitgavengroei en/of een sterkere groei in levensverwachting. Na 2008 is het resultaat voor Nederland gunstiger

Gezondheidszorg is in deze Zorgbalans gedefinieerd als 'het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin'. Het verbeteren van de gezondheid is dus een van de centrale doelen van de gezondheidszorg. De doelmatigheid (relatie tussen wat de zorg kost en wat deze opbrengt) van het zorgstelsel wordt zodoende bepaald door de ontwikkeling in de gezondheid van de populatie.

Figuur 8.9: Levensverwachting bij geboorte en zorguitgaven per inwoner (in US$ PPP), 1990-2011 (Bron: OECD, 2013e; databewerking RIVM).[a]



[a] Max en min zijn gebaseerd op een selectie van 16 landen: België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten, Zweden, Zwitserland

Levensverwachting bij geboorte is een veel gebruikte maat voor de gezondheid van de populatie. Tussen 1990 en 2012 nam de levensverwachting in Nederland toe van 73,8 tot 79,1 jaar voor mannen en van 80,1 tot 82,8 jaar voor vrouwen. In *figuur 8.9* is de levensverwachting bij geboorte, voor mannen en vrouwen gecombineerd, afgezet tegen de zorguitgaven per hoofd van de bevolking voor de periode 1990-2011. Deze relatie is ook voor 15 andere hoge-inkomens landen bepaald (zie voetnoot *figuur 8.9*) waarvan er 3 in de figuur worden getoond. Een steilere lijn betekent meer gezondheidswinst en minder uitgavenstijging, ofwel een gunstige ontwikkeling in doelmatigheid. Zo ging in de Verenigde Staten in deze periode een aanzienlijke stijging in zorguitgaven gepaard met een beperkte toename van de gezondheid van de populatie. Daarmee heeft de VS de minst gunstige trend van de bestudeerde landen. In vergelijking met Nederland hebben de meeste landen een beter resultaat door een sterkere

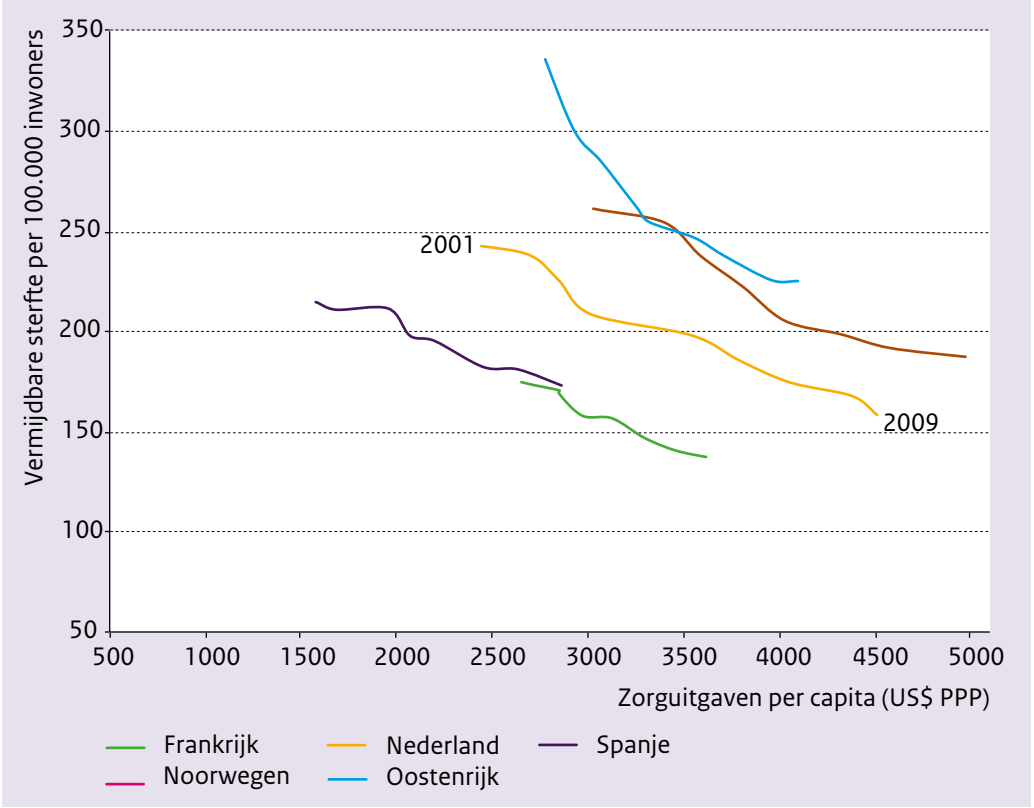
groei in de levensverwachting (absoluut en relatief) en een minder sterke groei in zorguitgaven (absoluut en relatief). In recentere jaren (2008-2011) is het resultaat voor Nederland gunstiger.

De trend in levensverwachting wordt ook beïnvloed door andere factoren zoals veranderingen in demografie, leefstijl of sociaaleconomische factoren. *Figuur 8.9* moet dan ook vooral worden gezien als een doelmatigheidsindicator. Toch hebben verschillende (internationale) studies, waarin voor zover mogelijk rekening is gehouden met dergelijke factoren, als conclusie dat de zorg bij heeft gedragen aan de stijging van de levensverwachting (zie ook *hoofdstuk 9*) (Nolte et al., 2009).

Tussen 2001 en 2009 hadden de meeste westerse landen een minder sterke uitgavengroei maar ook een minder sterke daling in vermijdbare sterfte in vergelijking met Nederland
Vermijdbare sterfte gaat over de sterfte aan ziekten die binnen de huidige stand van de zorg en de wetenschap behandeld kunnen worden. De gezondheidszorg kan de sterfte aan deze ziekten over de tijd substantieel verminderen (Nolte & McKee, 2004). Zie *paragraaf 9.3* voor een uitwerking van deze indicator.

Figuur 8.10 is vergelijkbaar met *figuur 8.9*, alleen is hier vermijdbare sterfte per 100.000 inwoners als uitkomstmaat gebruikt. De figuur is gebaseerd op gegevens van 15 hoge inkomenslanden tussen 2001 en 2009. Alleen Nederland en het land met de hoogste en laagste vermijdbare sterfte worden in de figuur getoond. Frankrijk en Spanje realiseren in vrijwel alle jaren een lagere vermijdbare sterfte met lagere zorguitgaven. Over de tijd is de vermijdbare sterfte in Nederland relatief sterk gedaald ten opzichte van de overige landen. Tegelijk zijn de zorguitgaven ook iets sterker dan gemiddeld toegenomen. De ontwikkeling over de tijd vertoont in de verschillende landen een vergelijkbaar patroon.

Figuur 8.10: Vermijdbare sterfte per 100.000 inwoners en zorguitgaven per inwoner (in US$ PPP), 2001-2009 (Bron: Plug et al., 2011; databewerking RIVM). [a]

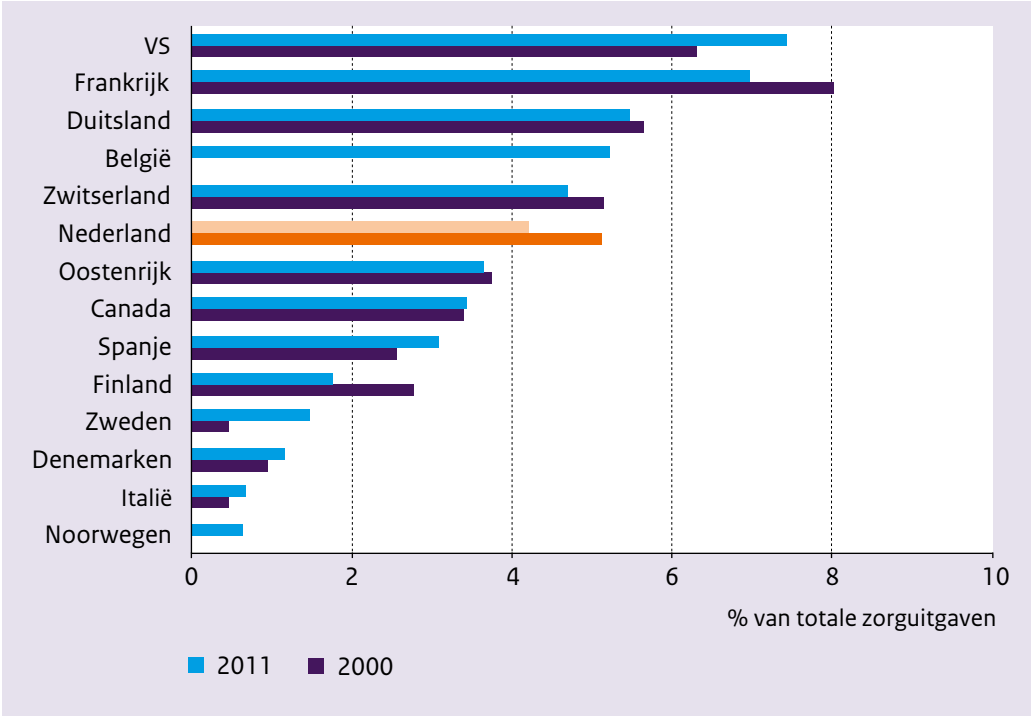


[a] Max en min zijn gebaseerd op een selectie van 15 landen: België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Zwitserland

Administratieve lasten zitten op een gemiddeld niveau in Nederland vanuit internationaal perspectief. In Nederland is het aandeel overhead in ziekenhuizen relatief hoog

In onderzoek naar de doelmatigheid van de zorg, en meer specifiek de mate van verspilling, kijkt men vaak naar de hoogte van de administratieve lasten (Bentley et al., 2008). Deze lasten komen niet direct ten goede aan het primaire proces in de zorg en dus aan de patiënt. Uiteraard behoren administratieve lasten wel tot de normale bedrijfsvoering. Hoe hoog of laag de administratieve lasten idealiter moeten zijn, is dan ook niet eenvoudig vast te stellen. De variatie tussen landen en binnen landen (tussen jaren en tussen sectoren) biedt hiervoor enige aanknopingspunten.

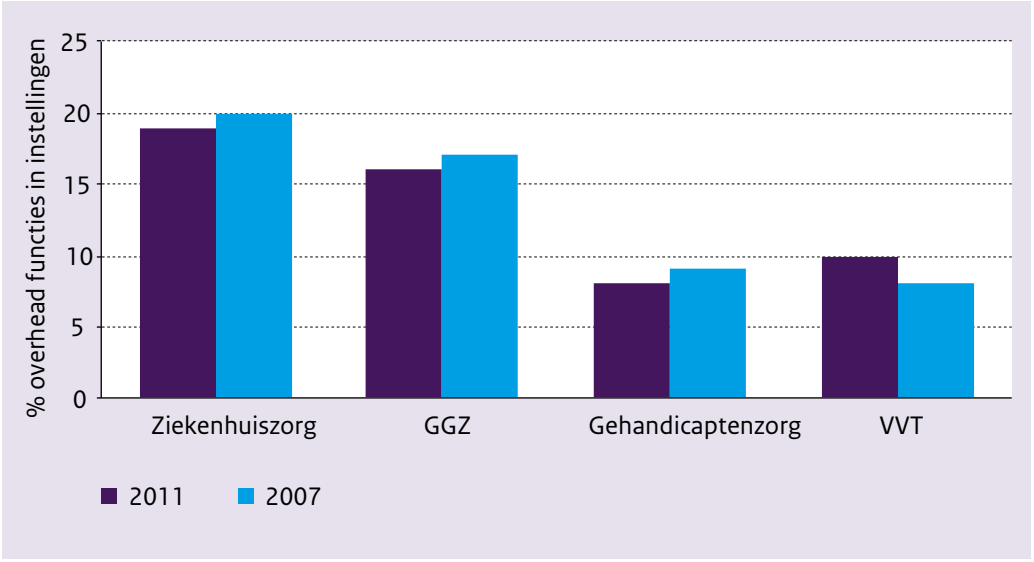
Figuur 8.11: Uitgaven aan 'health administration and insurance' als percentage van de totale zorguitgaven, 2000 en 2011 (Bron: OECD, 2013e; databewerking RIVM).



Figuur 8.11 toont het aandeel van de totale zorguitgaven dat uitgegeven wordt aan 'health administration and health insurance'. Dit zijn de uitvoeringskosten van de overheid en van zorgverzekeraars voor activiteiten gerelateerd aan de financiering van de zorg (planning, management, inning van gelden, behandelen van vorderingen en declaraties). Nederland is zowel in 2000 als in 2011 een middenmoter als het gaat om deze uitvoeringskosten. In de Scandinavische landen en Italië is het aandeel van deze uitvoeringskosten relatief laag terwijl de VS en Frankrijk hoog scoren. Zoals eerder beschreven is er geen duidelijk verband met het type zorgsysteem aangezien zowel zorgsystemen met private basisverzekering (Duitsland, Nederland en Zwitserland) als met publieke basisverzekering (Frankrijk, België) hoog scoren (Joumard et al., 2010).

Figuur 8.12 toont het deel van het personeel dat werd ingezet in overheadfuncties (niet-patiëntgebonden functies) in Nederlandse zorginstellingen als indicator voor de administratieve lasten. In de ziekenhuizen was het aandeel overheadfuncties (in voltijdbanen) relatief hoog, in de gehandicaptenzorg en VVT relatief laag. Alleen in de VVT nam het aandeel overhead af tussen 2007 en 2011, in de overige sectoren nam het enigszins toe.

Figuur 8.12: Aandeel overhead in personeel totaal (in voltijdbanen), 2007 en 2011 (Bron: CBS Statline, 2013d).

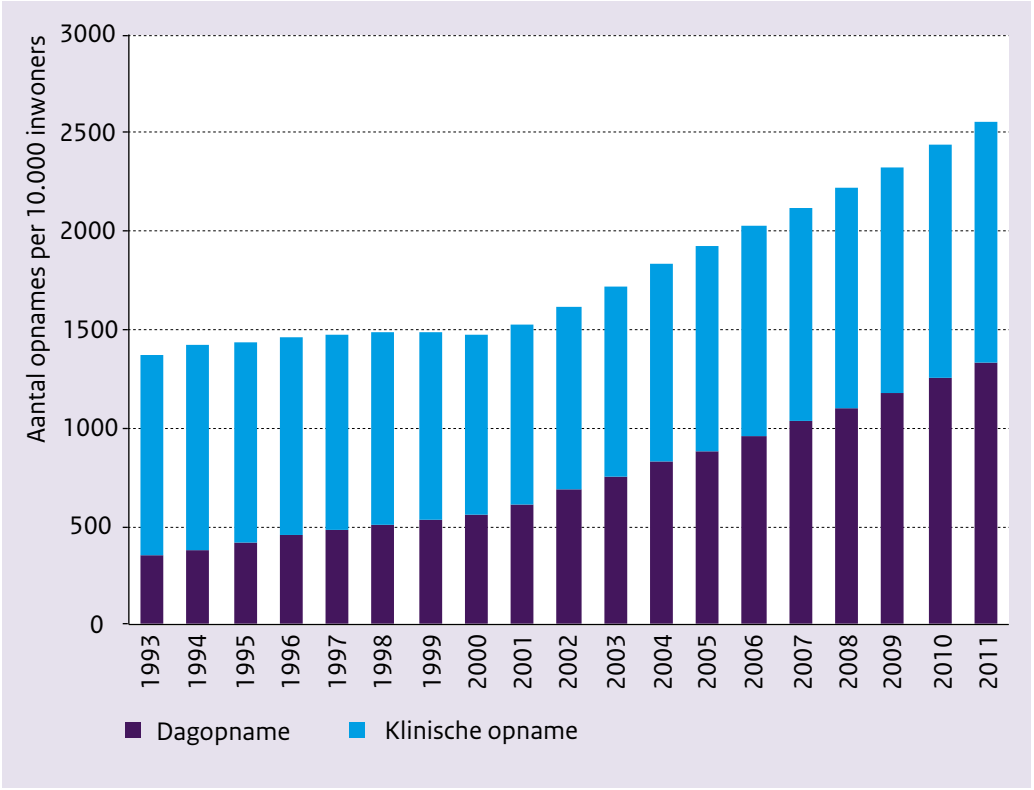


De productiviteit in de ziekenhuiszorg is in het afgelopen decennium toegenomen alhoewel er onvoldoende zicht is op de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) van de extra geleverde zorg

In de ziekenhuiszorg is sinds 2001 een substantiële stijging in het aantal opnames zichtbaar (CBS Statline, 2014g). Vooral het aantal dagopnames is sterk toegenomen. *Figuur 8.13* laat ook zien dat een steeds groter deel van alle ziekenhuisopnames wordt uitgevoerd in dagopname. Eerder onderzoek toonde dat de productiviteit in de ziekenhuiszorg tussen 2003 en 2009 groeide met 2,3% per jaar (IPSE Studies, 2011). Met andere woorden: in 2009 kon hetzelfde aantal opnames worden gerealiseerd tegen lagere kosten dan in 2003. Uit dit onderzoek bleek ook dat deze trend vooral verklaard werd door een autonome groei (algemene technologische ontwikkeling) in alle ziekenhuizen. Overigens werd geen rekening gehouden met trends in de kwaliteit van zorg. Hierdoor is niet duidelijk of de extra productie zich ook vertaald heeft in extra gezondheidswinst.

De schaal van de Nederlandse ziekenhuizen heeft een lichte negatieve invloed op de productiviteit. Vanuit doelmatigheidsperspectief werken namelijk vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen op een schaal die enigszins groter is dan optimaal. Dit betekent dat bij een groei van de schaal/productie de kosten meer dan evenredig toenemen. De meeste ziekenhuizen zitten in de buurt van het best presterende ziekenhuis. De variatie tussen ziekenhuizen in doelmatigheid is dus beperkt (IPSE Studies, 2011).

Figuur 8.13: Verdeling opnames ziekenhuizen over dagopname en klinische opname, 1993-2011 (Bron: CBS Statline, 2014g).

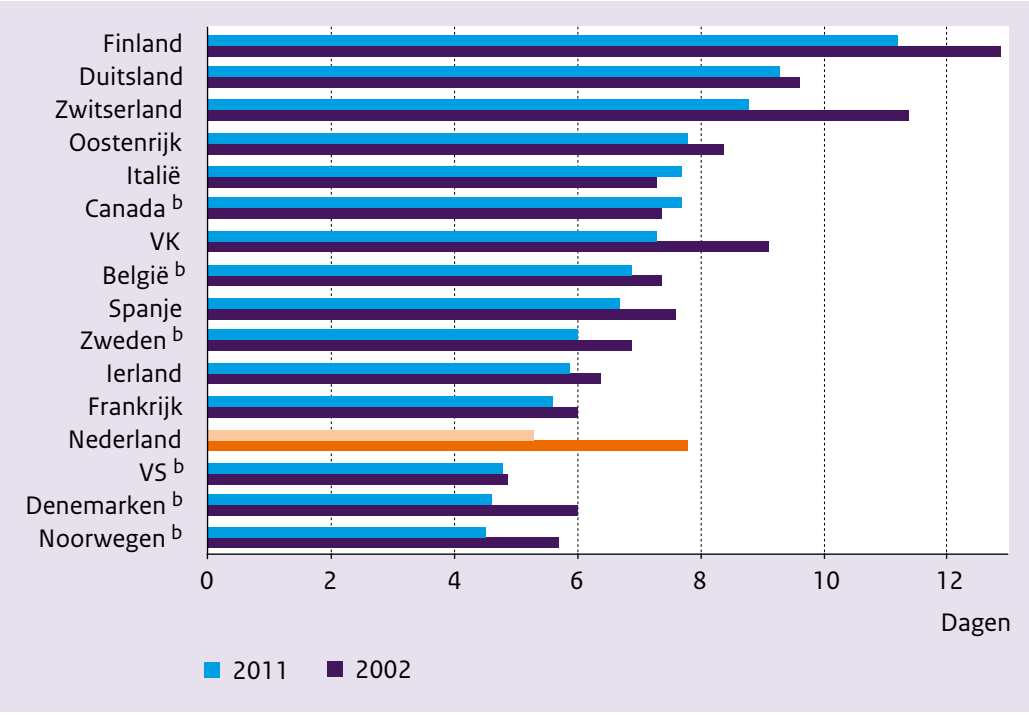


In 2012 lijkt er een verandering op te treden, in ieder geval wat betreft de groei van het aantal opnames (DHD, 2014; NVZ, 2013; Vandermeulen, 2014). Het aantal dagopnames steeg minder snel dan de jaren ervoor en het aantal klinische opnames en eerste polikliniekbezoeken (EPB) daalde licht. Dit is overigens niet voor alle type specialismen hetzelfde. Zo nam het aantal EPB's in 2012 nog sterk toe voor cardiologie (+6,1%) maar daalde het voor anesthesiologie (-6,7%). De krimp in klinische opnames was in kleine ziekenhuizen groter dan in grote ziekenhuizen (NVZ, 2013). Of deze trendbreuk in de productie van ziekenhuizen ook heeft geleid tot een verandering in productiviteit zal afhangen van de veranderingen in ingezette middelen (kosten).

De ligduur in Nederlandse ziekenhuizen blijft dalen. Variatie tussen ziekenhuizen blijft en duidt op ruimte voor verbetering

Een veelgebruikte indicator voor de efficiëntie van de ziekenhuiszorg is de gemiddelde ligduur van een ziekenhuisopname. De gemiddelde ligduur in ziekenhuizen daalt al jaren, zowel in Nederland als internationaal. Deze daling wordt veroorzaakt door de introductie van nieuwe

Figuur 8.14: Gemiddelde ligduur van een ziekenhuisopname, 2002 en 2011 (Bron: OECD, 2013e). [a]



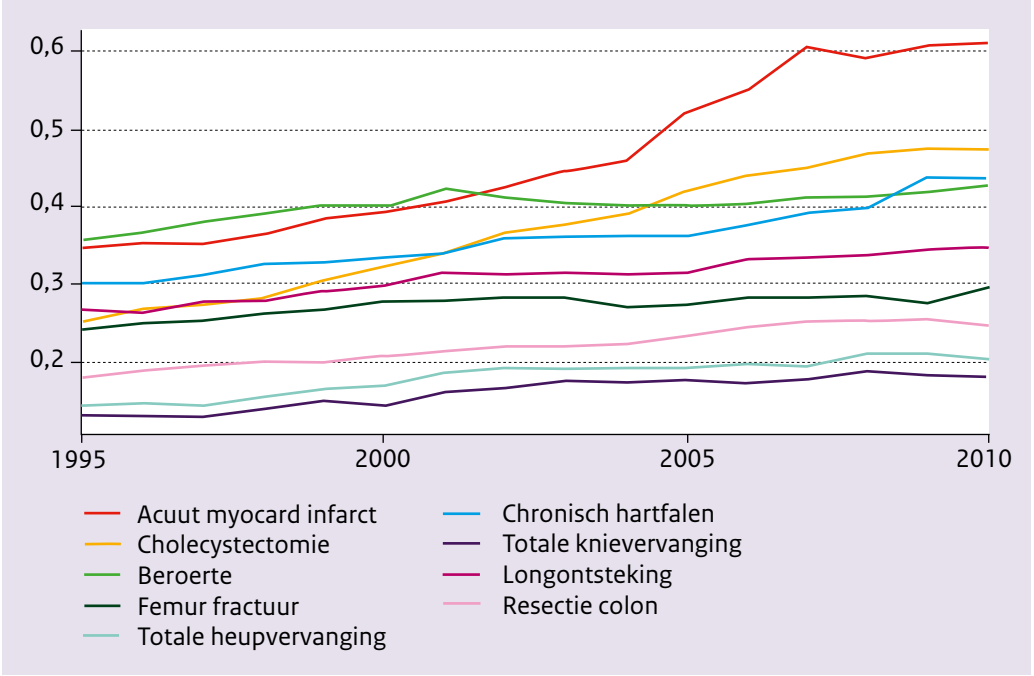
[a] De verschillen tussen landen moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien de verschillen in definities en zorgfuncties die zijn geïncludeerd (de Nederlandse data bevatten in tegenstelling tot een aantal andere landen alleen curatieve zorg)
[b] 2010 in plaats van 2011

behandelingen, zoals minimaal-invasieve-chirurgie, en het stroomlijnen van zorgprocessen via klinische zorgpaden. Een kortere ligduur betekent, bij vergelijkbare intensiteit van de zorg, lagere kosten per opname. De ligduur in Nederlandse ziekenhuizen nam tussen 2002 en 2011 af van gemiddeld 7,8 naar 5,3 dagen. Daarmee komt Nederland steeds dichter bij de landen met de kortste ligduur (Noorwegen, Denemarken en de VS) (zie *figuur 8.14*).

In een recent onderzoek is de variatie in ligduur in Nederlandse ziekenhuizen uitgebreid onderzocht voor negen patiëntcategorieën[2] (Van de Vijsel et al., submitted). De mate waarin de ligduur varieert tussen opnames en de verandering daarin over de tijd geven een indicatie van de ruimte voor verbetering. Voor de afzonderlijk onderzochte patiëntengroepen is er een

[2] 5 diagnoses: acuut myocard infarct (1), beroerte (3), dijbeenfractuur (4), chronisch hartfalen (6), longontsteking (8); en 4 behandelingen: verwijderen galblaas (2), vervanging heup (5), vervanging knie (7), partiële verwijdering dikke darm (9).

Figuur 8.15: Variatiecoëfficiënt ligduur, gecorrigeerd voor patiëntkenmerken, 1995-2010 (Bron: LMR, databewerking RIVM; Van de Vijsel et al., submitted).[a]



[a] Variatiecoëfficient=standaard deviatie/gemiddelde
Patiëntkenmerken leeftijd, geslacht, comorbiditeit, opnamereden, SES (op regioniveau), etniciteit

aanzienlijke variatie in ligduur. Zo was de ligduur van 25% van de opnames voor een acuut myocard infarct (AMI) korter dan of gelijk aan 2 dagen, terwijl ook 25% een ligduur had van langer dan 8 dagen. Slechts een zeer beperkt deel van de variatie in ligduur (voor 6 van de 9 groepen tussen 0 en 10%) was toe te schrijven aan kenmerken van de patiënt zoals leeftijd, geslacht, comorbiditeit en sociaaleconomische status. Ook blijkt het deel van de verschillen dat is toe te schrijven aan het ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen, zeer beperkt.[3]

Uit het onderzoek blijkt verder dat, ondanks dat de ligduur gemiddeld genomen daalt, de relatieve variatie (ten opzichte van het gemiddelde) in ligduur niet kleiner is geworden. *Figuur 8.15* laat die variatie zien tussen 1995 en 2010 voor de negen groepen. Voor de meeste patiëntengroepen is de variatie stabiel of neemt toe.

[3] Dit kan worden uitgedrukt in een intraclasscorrelatie (ICC). Als de ICC 0% is heeft het ziekenhuis geen enkele invloed, 100% zou betekenen dat de ligduur volledig afhankelijk is van het ziekenhuis (wat uiteraard onmogelijk is). Voor 5 categorieën was de ICC lager dan 7% in alle jaren, voor 2 categorieën tussen de 5% en 15% en voor 2 categorieën tussen de 14% en 26%.

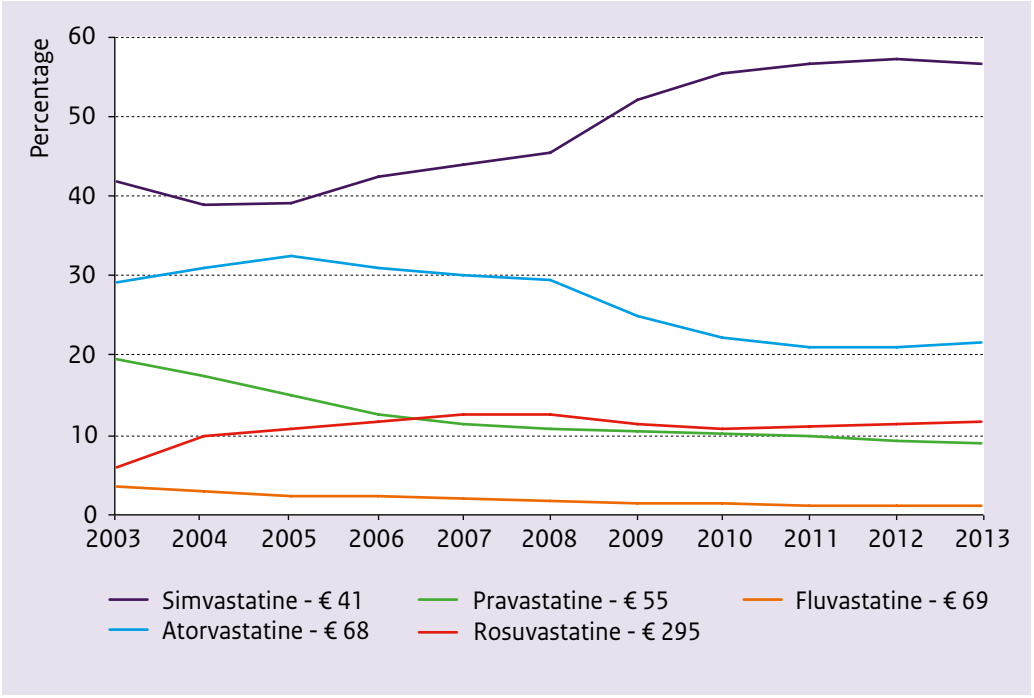
De verschillen tussen individuele ziekenhuizen waren vaak niet significant. Dit betekent dat vergelijkingen van de gemiddelde ligduur op ziekenhuisniveau met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Ziekenhuizen met een relatief lange ligduur voor diagnose A hadden niet per se een langere ligduur voor diagnose B. Dit duidt erop dat ziekenhuisbreed beleid op het gebied van ligduur veelal ontbreekt of beperkte invloed heeft.

De ontwikkeling van de variatie suggereert dat er nog ruimte is voor verdere verkorting van de ligduur. De vraag is nog in hoeverre deze kan dalen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. Tot op heden geven verschillende studies hier geen indicatie voor (Clarke, 2002; Borghans, 2012).

De doelmatigheid van extramuraal geneesmiddelengebruik is sinds 2008 verbeterd
Sinds 2008 is de groei van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen lager dan voor andere vormen van zorg. Tussen 2008 en 2011 bedroeg de jaarlijkse nominale groei 0 tot 2%, terwijl de uitgaven in 2012 en 2013 zelfs daalden met respectievelijk 8,1 en 4,7% (CBS Statline, 2014f). Deze ontwikkeling is vooral het resultaat van prijsdalingen aangezien de hoeveelheid gebruikte geneesmiddelen nog altijd toeneemt. Gemeten in hoeveelheden DDD's lag het gebruik in 2012 ruim 30% hoger dan in 2004 (CVZ, 2013b). De overheid bepaalt via de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) dat de prijs van een geneesmiddel niet hoger mag liggen dan de gemiddelde prijs in de ons omringende landen (België, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië). Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars houdt in dat, indien twee geneesmiddelen met een verschillende prijs een vergelijkbare werking (effectiviteit) hebben en door dezelfde doelgroep kunnen worden gebruikt, de zorgverzekeraar het goedkoopste middel vergoedt vanuit de basisverzekering. Dit kan bijvoorbeeld gelden voor een generiek middel ten opzichte van een patentmiddel. De zorgverzekeraars hebben sinds 2004 een sterke rol gekregen in de keuze voor een geneesmiddel. Voorheen werd dit vooral bepaald door de apotheker. De Wgp en het preferentiebeleid hebben doelmatigheidswinst opgeleverd aangezien de kosten per gebruiker zijn gedaald (met gelijke effectiviteit). Bijna twee derde van de opbrengst uit prijsdalingen kan volgens het CVZ worden toegewezen aan de Wgp. Het geneesmiddelengebruik (volume) in 2012 zou met de prijzen van 2004 ruim €3 miljard meer hebben gekost (CVZ, 2013b).

In het preferentiebeleid betreft de goedkopere variant vaak een generiek middel. Dit is een middel dat dezelfde stof(fen) bevat als het originele merkgeneesmiddel. Generieke middelen komen tegen een lagere prijs op de markt nadat het octrooi op het merkgeneesmiddel is verlopen. Het aandeel van generieke geneesmiddelen in het totale geneesmiddelengebruik is aanzienlijk toegenomen, gemeten in DDD's van 43% in 2004 tot 65% in 2012 (CVZ, 2013b). *Figuur 8.16* en *figuur 8.17* tonen de verdeling van gebruikers over verschillende merk- en generieke middelen voor twee veelgebruikte geneesmiddelengroepen: statines en protonpompremmers. Het aantal gebruikers bedroeg voor beide groepen bijna 2 miljoen in 2013 met totale kosten van bijna €150 miljoen voor statines en bijna €110 miljoen voor protonpompremmers. De figuren laten zien dat het aandeel van de goedkoopste generieke middelen, simvastatine en omeprazol, toeneemt. Dit is vanuit doelmatigheidsperspectief een gunstige ontwikkeling. Er treedt na 2010 wel een stabilisatie op. Dit geldt ook voor het

Figuur 8.16: Gebruikers per type statine als % van alle gebruikers van statines, weergegeven prijs is per 2013 (Bron: Zorginstituut Nederland, 2014b).

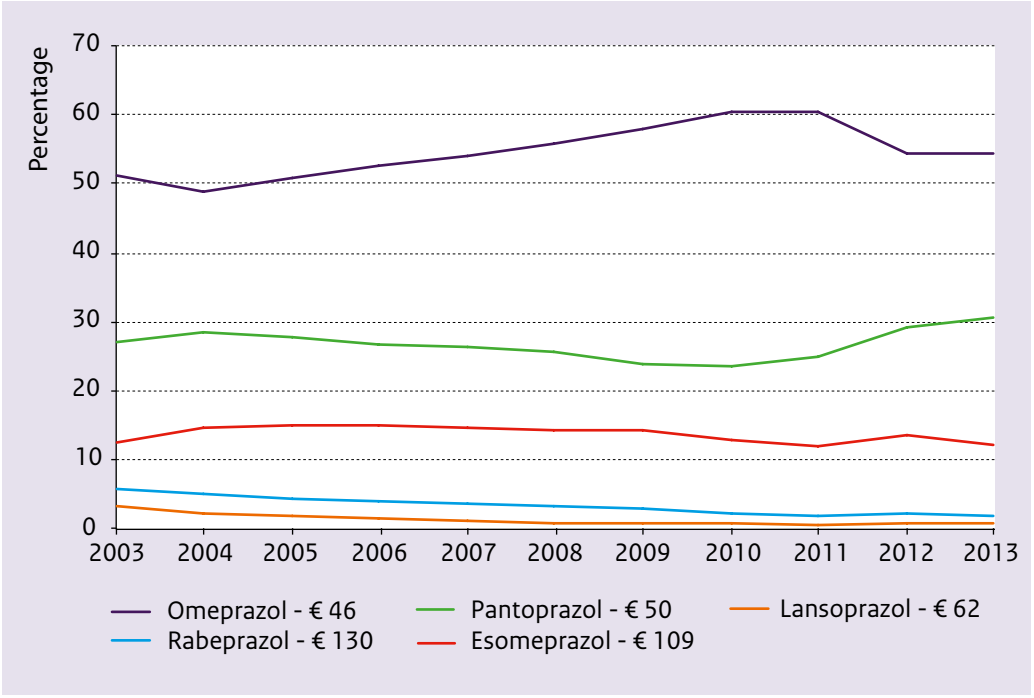


percentage simvastatine en omeprazol dat wordt voorgeschreven aan nieuwe gebruikers (CVZ, 2013b).

In een rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) over het voorschrijfgedrag van huisartsen werden een aantal voorbeelden nader geanalyseerd (IVM, 2013a). Op basis van NHG-standaarden benoemt het IVM binnen een aantal geneesmiddelengroepen (antidepressiva, statines, ACE-remmers, protonpompremmers, AII-antagonisten) zogenaamde voorkeursmiddelen. Dit zijn middelen binnen een bepaalde geneesmiddelengroep met betere effectiviteit en een gelijke/lagere prijs of met een gelijke effectiviteit en lagere prijs. Het IVM toont aan dat er sprake is van aanzienlijke spreiding[4] tussen huisartspraktijken in de mate waarin voorkeursgeneesmiddelen worden voorgeschreven. Hier is dus nog doelmatigheidswinst te halen. Het IVM vindt een variatie in het gebruik/voorschrijven van voorkeursmiddelen van 20-89% voor antidepressiva, van 23-100% voor ACE-remmers, van 82-100% voor protonpompremmers en van 6-100% voor AII-antagonisten (IVM, 2013a).

[4] Spreiding is gebaseerd op de 10-percentielscore en de 90-percentielscore.

Figuur 8.17: Gebruikers per type protonpompremmer als % van alle gebruikers van protonpompremmers, weergegeven prijs is per 2013 (Bron: Zorginstituut Nederland, 2014b).



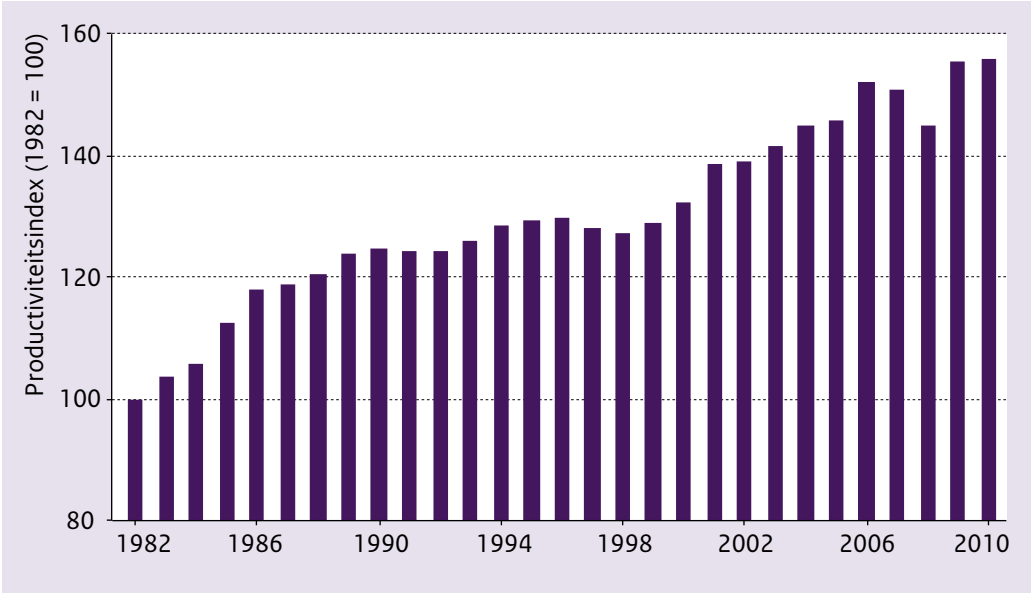
Eerder onderzoek heeft aangetoond dat verschillende factoren het voorschrijfgedrag van huisartsen beïnvloeden. Deze factoren kunnen zijn: medische opleiding, preferenties en gewoonten van artsen, de farmaceutische industrie, de mondigheid van de patiënt, en overheid en zorgverzekeraars (Haaijer-Ruskamp & Denig, 2001).

De productiviteit in de ggz is toegenomen maar inzicht in de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) van de extra geleverde zorg ontbreekt

De productiviteit in de geestelijke gezondheidszorg is in de periode 1982-2010 toegenomen (zie *figuur 8.18*). Vooral tussen 1982-1987 (gemiddeld 4,1% per jaar) en 2000-2010 (gemiddeld 1,5% per jaar) was deze productiviteitsstijging zichtbaar (Niaounakis, 2013).

De productie van de ggz is in deze studie gemeten aan de hand van het aantal ambulante contacten, het aantal deeltijdbehandelingen, het aantal verpleegdagen en het aantal dagen beschermd wonen. Op basis van recente tarieven is een gewicht bepaald voor de relatieve zorgzwaarte van deze categorieën. Vooral het aantal ambulante contacten is sterk toegenomen (8,1% per jaar). Ook het aantal dagen beschermd wonen steeg in deze periode. Daar staat een lichte afname in het aantal klinische verpleegdagen tegenover. Tot 2004 was er een stijging in het aantal deeltijdbehandelingen zichtbaar, gevolgd door een daling tot 2010.

Figuur 8.18: Ontwikkeling productiviteit ggz (indexcijfer, 1982=100), 1982-2010 (Bron: Niaounakis, 2013).



De kosten van de ggz stegen van ruim €1 miljard in 1982 tot ruim €5 miljard in 2011 (gemiddeld 5,6% per jaar). Hoewel er dus een flinke groei was in de ingezette middelen groeide de productie harder.

Volgens de onderzoekers hangt de productiviteitsontwikkeling onder andere samen met het strikte budgetbeleid in de jaren '80 van de vorige eeuw waardoor de kosten beperkt stegen. Het extramuraliseringsbeleid heeft er verder voor gezorgd dat de hoeveelheid extramurale zorg sterk is toegenomen. Vanwege gebrek aan informatie is er in deze studie geen rekening gehouden met de kwaliteit van de ggz-zorg en met de verandering over de tijd in de zorgzwaarte van patiënten in de verschillende productgroepen. Daarmee is onduidelijk in welke mate de extra geleverde zorg ook extra gezondheidswinst heeft opgeleverd.

De productiviteit in de VVT-sector is over de tijd licht gedaald, maar inzicht in de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) van geleverde zorg ontbreekt

In de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) is over een lange periode (1970-2010) een lichte daling in productiviteit gemeten (Dumaij, 2011). Uit dit onderzoek blijkt dat er weinig verschil in productiviteit was tussen verschillende periodes. Hierbij werd onderscheid gemaakt in de periode van instellingsfinanciering (1972-1996), de periode van instellingsfinanciering plus kwaliteitsbeleid (1997-2003) en de periode van functiegerichte financiering (2004-2010). De eerste periode kende een productiviteitsdaling van 0,6% per jaar en de tweede en derde periode een daling van 2% per jaar.

De ontwikkeling in productiviteit valt in verschillende onderdelen uiteen. Het aantal verpleegdagen en het aantal uren extramurale zorg nam in deze periode met gemiddeld 2% per jaar toe, terwijl het aantal verzorgdagen daalde met gemiddeld 1% per jaar. Tegelijk zijn de kosten van de VVT-sector met gemiddeld ruim 5% per jaar toegenomen. De personeelskosten vormen het grootste aandeel in de kosten(groei) van de VVT-sector.

In dit onderzoek kon helaas geen rekening worden gehouden met trends in kwaliteit van zorg. In *hoofdstuk 6* van deze Zorgbalans is beschreven hoe de prevalentie van decubitus en ondervoeding in het afgelopen decennium zijn gedaald terwijl het percentage valincidenten weinig veranderde. De eerste twee ontwikkelingen zijn een indicatie voor kwaliteitsverbetering in (onderdelen van) de VVT-sectoren en die de licht negatieve productiviteitsdaling kunnen compenseren. Ook een toename in zorgzwaarte van cliënten in de VVT-sector zou de trend voor een gedeelte kunnen verklaren.

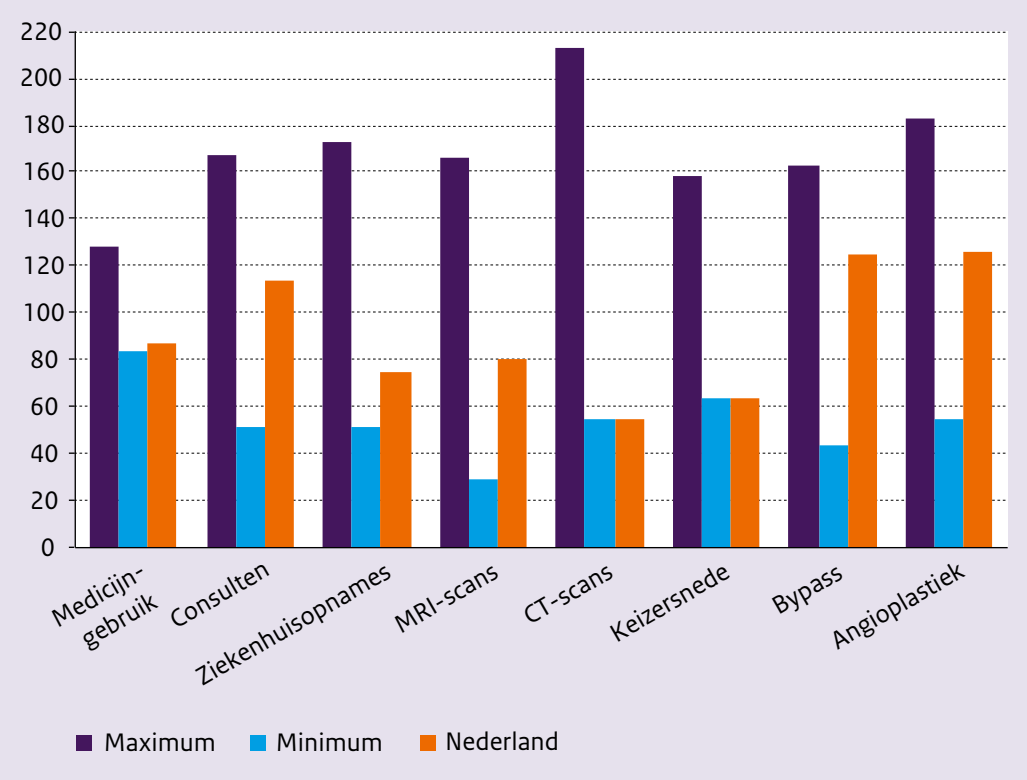
In vergelijking met andere westerse landen lijkt de hoeveelheid geleverde zorg in Nederland gemiddeld of beneden gemiddeld voor de meeste indicatoren

In onderzoek naar de doelmatigheid van zorgsystemen wordt steeds vaker gekeken naar variatie in zorggebruik tussen landen en tussen regio's of zorgaanbieders binnen landen. Een grote mate van variatie en vooral variatie die niet kan worden verklaard door verschillen in zorgbehoefte is een aanwijzing voor inefficiënte zorg. Deze kan worden veroorzaakt door over- en/of onderbehandeling.

In *figuur 8.19* wordt de variatie tussen 16 OECD-landen in 2011 gepresenteerd voor een aantal vormen van zorggebruik. De figuur toont, naast Nederland, alleen het land met de hoogste en laagste score. Het zorggebruik ligt in Nederland op een aantal gebieden op een beneden gemiddeld niveau. Dit geldt bijvoorbeeld voor medicijngebruik waarbij antibiotica, hoge-bloeddrukmedicatie, cholesterolverlagers, antidiabetica en antidepressiva zijn meegeteld. Alleen het gebruik van antidiabetica is in Nederland bovengemiddeld. Ook het aantal ziekenhuisopnames (minimaal 1 overnachting) per inwoner is laag in Nederland. Alleen in Canada en Spanje is dit aantal nog lager. In Duitsland en Oostenrijk ligt het aantal ziekenhuisopnames een stuk hoger dan in Nederland en dan in de meeste andere landen (indexcijfers 173 en 151).

Cijfers over het gebruik van bepaalde behandelingen of technologieën in het ziekenhuis geven een meer wisselend beeld. Het aantal CT-scans per inwoner is in Nederland het laagst van de 16 landen en het aantal MRI-scans beneden gemiddeld. Er is geen norm voor deze indicatoren maar de discussie gaat vooral over het bevorderen van gepast gebruik (en dus het voorkomen van onnodig gebruik) van deze technologieën (Baker et al., 2008; OECD, 2013a). Het aantal keizersneden als percentage van het totaal aantal bevallingen is in Nederland het laagst van de 16 landen. In Finland en Zweden is het percentage net iets hoger. Dit percentage is in de afgelopen decennia internationaal sterk toegenomen. De discussie spitst zich hierbij toe op de vraag of de percentages niet te hoog worden en of de behandeling mogelijk teveel wordt toegepast bij weinig-risicovolle geboortes (McPherson et al., 2013). De verschillen tussen

Figuur 8.19: Zorggebruik in verschillende categorieën voor 16 OECD-landen (gemiddelde gelijk aan 100 – figuur toont maximum, minimum en indexcijfer Nederland), 2011 (Bron: OECD, 2013b; databewerking RIVM).[a]



[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten

landen lijken voor een belangrijk deel gerelateerd aan verschillen in cultuur en preferenties betreffende geboortezorg.

Een aantal behandelingen geeft een ander beeld. Zo is het aantal bypass- en angioplastiek-behandelingen per 100.000 inwoners in Nederland hoger dan gemiddeld. Er blijkt geen relatie te bestaan tussen het aantal behandelingen en de incidentie van hartziekten (gemeten op basis van sterfte) (OECD, 2013a). Tegelijk is het aantal uitgevoerde blindedarmoperaties per 100.000 inwoners laag in Nederland. In de meeste landen is sprake van een dalende trend. De variatie tussen landen is voor deze procedure kleiner dan voor andere genoemde behandelingen.

We kunnen concluderen dat de variatie tussen landen niet altijd hetzelfde patroon laat zien en verschilt tussen aandoeningen of typen behandeling.

Variatie in verwijsgedrag tussen huisartspraktijken en de vermijdbare ziekenhuisopnames duiden op substitutiemogelijkheden. In de ggz gaat groei in de eerste lijn nog niet samen met afname van zorggebruik in de tweede lijn

Substitutie van zorg wordt gezien als een van de manieren om de doelmatigheid van het zorgsysteem te verbeteren. Substitutie houdt in dat de zorg op een andere plek wordt geleverd tegen lagere kosten en minimaal gelijke kwaliteit. Veelal gaat het dan om substitutie van de duurdere tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn.

In een recent rapport heeft het NIVEL op een rij gezet op welke gebieden nog winst te behalen valt door middel van substitutie (NIVEL, 2013c). Op basis van de literatuur wordt geconcludeerd dat dit vooral geldt voor de chronische zorg, de lichte ggz-zorg, kleine chirurgische ingrepen en dermatologie.

Daarnaast is de variatie in verwijsgedrag (naar de tweede lijn) van huisartsen onderzocht. Dit kan een indicatie geven voor het verbeterpotentieel. In de periode 2006-2010 varieerde het percentage patiënten dat wordt doorverwezen naar een medisch specialist van ruim 9% tot meer dan 25% tussen huisartspraktijken. Deze variatie is niet beperkt tot bepaalde specialismen maar is in de volle breedte van de tweedelijnszorg zichtbaar. Slechts een beperkt deel (0 tot 10%) van de variatie kan worden verklaard door de patiëntkenmerken leeftijd, geslacht en het aantal chronische aandoeningen. De variatie geeft een indicatie dat er nog zorg van tweede lijn naar de eerste lijn verplaatst zou kunnen worden.

Het verwijsgedrag was niet geassocieerd met verschillende praktijk- en omgevingskenmerken. Dit zijn bijvoorbeeld afstand tot een ziekenhuis of ZBC of de aanwezigheid van een praktijkondersteuner in de eerste lijn. Ook een hoger aantal uitgevoerde M&I-verrichtingen[5] in de huisartspraktijk lijkt niet te leiden tot minder verwijzingen. Twee organisatorische kenmerken blijken gerelateerd te zijn aan het verwijsgedrag: praktijken die de richtlijnen met betrekking tot verwijzen vaker volgen verwijzen iets minder vaak door naar de tweede lijn en huisartsen in solopraktijken verwijzen iets vaker dan huisartsen in duopraktijken (NIVEL, 2013c).

Naast het verwijsgedrag laat ook de indicator vermijdbare ziekenhuisopnames zien dat doelmatigheidsverbetering via substitutie mogelijk is (zie *hoofdstuk* 5 voor uitgebreide uitleg). Astma, COPD, hartfalen en diabetes mellitus zijn veel voorkomende chronische ziekten die over het algemeen goed behandeld kunnen worden in de eerste lijn of eventueel poliklinisch in de tweede lijn. Ziekenhuisopnames voor deze diagnoses zouden voorkomen moeten kunnen

[5] M&I staat voor Modernisatie en Innovatie. Dit zijn verrichtingen die zoveel mogelijk in de eerste lijn zouden moeten worden opgevangen, zoals diagnostische metingen voor astma en voor gehoorklachten, longfunctiemetingen, diabetesbegeleiding en kleine chirurgische ingrepen. Er is een aparte betaaltitel ingevoerd voor deze verrichtingen om substitutie te stimuleren.

worden. Voor astma, COPD en hartfalen is het aantal ziekenhuisopnames per 100.000 inwoners relatief laag in Nederland. Er is nog een aantal landen die beter scoren. Voor chronische complicaties van diabetes scoort Nederland matig en lijkt verbetering mogelijk.

Ook de ggz-sector streeft al een aantal jaren naar substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Recent onderzoek toont aan dat de substantiële toename in extramurale ggz-zorg (nog) niet heeft geleid tot een daling in de hoeveelheid zorg in ggz-instellingen. De resultaten tonen een sterkere samenwerking binnen de eerste lijn, tussen huisartsen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, en tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog. Deze versterking heeft echter nog geen effect op de mate waarin wordt doorverwezen naar de tweede lijn. Er is tot nu toe geen sprake van substitutie van duurdere instellingszorg naar goedkopere ambulante zorg (Bijenhof et al., 2012).

8.5 Conclusie

In de afgelopen decennia zijn de zorguitgaven sterk gegroeid en vormen een steeds groter deel van het nationaal inkomen en de totale overheidsuitgaven. De economische recessie heeft voor extra druk op de overheidsfinanciën en dus ook op de zorguitgaven gezorgd. Zowel nationaal als internationaal is hierop gereageerd en zien we sinds 2009-2010 dat de uitgavengroei afremt. Ook in Nederland was de uitgavengroei in de laatste jaren (tussen 2011 en 2013) historisch gezien laag.

Ieder land gaat hier, afhankelijk van de inrichting van het zorgsysteem en de beleidsvoorkeuren, anders mee om. De inhoud en omvang van het basispakket wordt nauwelijks aangepast. Wel worden eigen betalingen voor bepaalde zorgvoorzieningen verhoogd. Dit is ook in Nederland gebeurd. Zo zijn eigen betalingen voor ggz-zorg verhoogd. In recente hoofdlijnenakkoorden (medio 2013) is de noodzaak tot het ombuigen van de uitgavengroei bevestigd en zijn afspraken gemaakt tussen overheid en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In deze akkoorden is afgesproken dat de uitgavengroei wordt beperkt in de ziekenhuiszorg (reële groei tot 2% in 2013, 1,5% in 2014 en 1% in 2015-2017), de huisartsenzorg (maximale groei van 2,5% in 2014-2017) en in de ggz (maximale groei van 1,5% in 2014 en 1% in 2015-2017). Deze groeipercentages liggen substantieel lager dan de gemiddelde groei in het afgelopen decennium. De partijen geven hiermee aan dat het beheersbaar maken van de zorguitgaven een gezamenlijke verantwoordelijkheid is.

Het beheersen van de zorguitgaven is een complex vraagstuk. Dat blijkt ook uit de jaarlijkse overschrijdingen van het BKZ. Idealiter wordt de winst gehaald uit efficiëntieverbetering waarbij uitgavenbeheersing niet ten koste gaat van de kwaliteit of toegankelijkheid van de zorg. We zien dat op verschillende terreinen doelmatigheidsverbetering is gerealiseerd. Zo is in de geneesmiddelensector door prijsreductie aanzienlijke winst behaald en is in de

ziekenhuiszorg en de ggz meer zorg geleverd per geïnvesteerde euro. Of deze extra zorg ook meer gezondheid heeft opgeleverd is onduidelijk.

Verbeteringen in doelmatigheid leveren echter niet per se uitgavenbeheersing op. Dit is in de ziekenhuiszorg en ggz te zien geweest. Door volumegroei kan efficiëntere zorg samengaan met verdere uitgavengroei. Internationaal gezien zijn de uitgaven voor langdurige zorg in Nederland relatief hoog. In de ouderenzorg is echter bewust geïnvesteerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dit geldt ook voor de gehandicaptenzorg (die in de internationale cijfers niet meetelt). Dit geeft aan dat trends in zorguitgaven niet los kunnen worden geanalyseerd van trends in kwaliteit, iets wat helaas nog niet voor alle sectoren mogelijk blijkt.

9
Zorg en gezondheid

9.1 Achtergrond

De gezondheidszorg is in de Zorgbalans als volgt gedefinieerd: 'het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin' (zie *hoofdstuk 1*). Met andere woorden: het verbeteren van de gezondheid is het ultieme doel van de gezondheidszorg.

In de jaren '70 van de vorige eeuw ontstond er discussie over de bijdrage van de gezondheidszorg aan de ontwikkeling van de volksgezondheid. Verschillende onderzoekers zoals McKeown en Cochrane stelden dat de gezondheidszorg een zeer beperkte bijdrage had geleverd aan de gezondheid van de bevolking (McKeown, 1976; Cochrane et al., 1978). Zo toonden sterftetrends voor infectieziekten in Engeland en Wales tussen 1850 en 1970 volgens hen aan dat de grootste daling in sterfte al voor de introductie van belangrijke medische innovaties (antibiotica) optrad. Verbeteringen in sociaaleconomische omstandigheden en voeding werden een grotere rol toebedeeld. Deze publicaties zorgden voor veel discussie over de toegevoegde waarde van de gezondheidszorg.

In latere studies werden de bevindingen van McKeown en Cochrane in twijfel getrokken. Zo deed Mackenbach een vergelijkbare analyse voor Nederland voor onder andere sterfte aan infectieziekten en perinatale sterfte tussen 1875 en 1970 (Mackenbach, 1996). Hij vond een

positieve relatie tussen de introductie van nieuwe behandelingen (in chirurgie, anesthesie, geboortezorg) en de daling in ziektespecifieke sterfte en schatte dat 18,5% van de sterftedaling was toe te wijzen aan de gezondheidszorg. Nolte en McKee vonden later dat de sterfte aan tuberculose sneller daalde na de introductie van chemotherapie en vaccinaties eind jaren '40 en midden jaren '50 (Nolte & McKee, 2004). Een ander tegenargument is dat McKeown een periode beschreef waarin er relatief weinig ontwikkelingen waren in de gezondheidszorg. Verschillende belangrijke innovaties werden geïntroduceerd vanaf de jaren '60, zoals nieuwe behandelingen/medicatie (onder andere bètablokkers) gericht op veelvoorkomende gezondheidsproblemen als hypertensie, hart- en vaatziekten en ziekten van de ademhalingswegen (Colgrove, 2002; Nolte et al., 2009). Ook wordt gesteld dat veranderingen in de organisatie van de zorg en in het toepassen van evidence-based medicine in de afgelopen decennia een bijdrage hebben geleverd aan verbeteringen in gezondheid (Nolte et al., 2009).

9.2 Indicatoren voor zorg en gezondheid

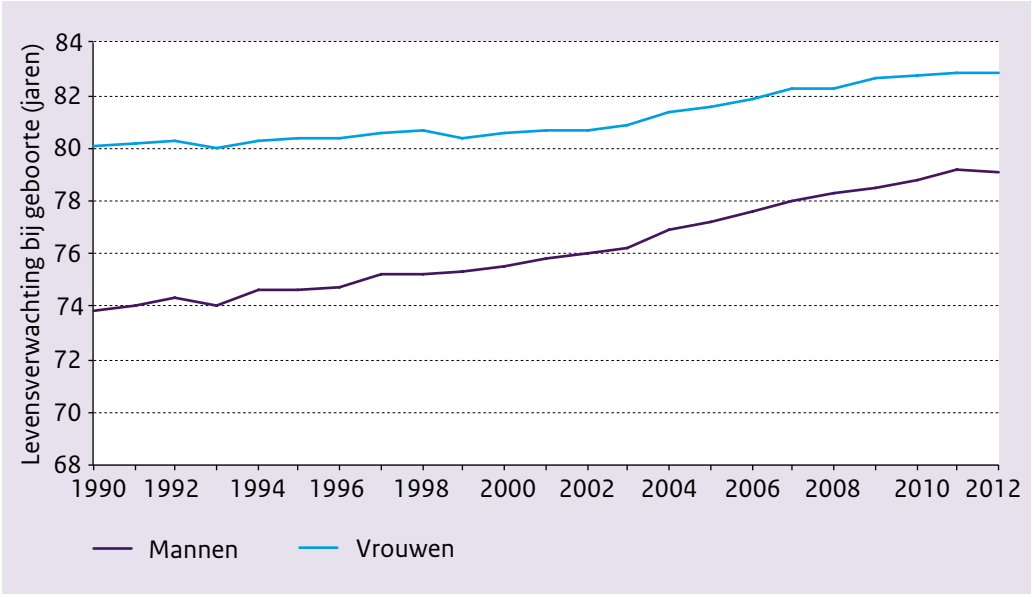
In dit hoofdstuk staat de relatie tussen gezondheidszorg en volksgezondheid centraal. Het voornaamste doel is om meer inzicht te krijgen in de bijdrage die de gezondheidszorg levert aan verbeteringen in de gezondheid van de populatie. Gezien de complexiteit van dit vraagstuk is het doel niet om de bijdrage van de zorg in één getal samen te vatten zoals in het hierboven genoemde voorbeeld van Mackenbach. We proberen vooral meer handvatten te geven voor een betere interpretatie van de relatie tussen zorg en gezondheid.

Het hoofdstuk bestaat uit vier delen. Als eerste worden de belangrijkste trends in volksgezondheid samengevat op basis van indicatoren zoals de (gezonde) levensverwachting. Vervolgens worden sterftetrends (nationaal en internationaal) voor een aantal diagnosegroepen weergegeven. Aangezien veranderingen in de zorg veelal betrekking hebben op specifieke diagnoses, kunnen dergelijke analyses extra inzicht opleveren over de bijdrage van de gezondheidszorg aan de volksgezondheid. De diagnoses zijn onder andere geselecteerd op basis van eerdere studies over vermijdbare sterfte. Hieronder verstaan we sterfte aan ziekten die binnen de huidige stand van de zorg en de wetenschap behandeld kunnen worden.

Vervolgens kijken we naar de relatie tussen een aantal gezondheidsindicatoren en zorguitgaven over de tijd en tussen landen. Tot slot worden de verschillende kwaliteitsindicatoren uit de *hoofdstukken 2* tot en met *7* samengevat waarin gezondheid direct wordt gemeten, zoals de 30-dagensterfte na opname voor een acuut myocardinfarct.

- Levensverwachting en gezonde levensverwachting bij geboorte
- Sterfte aan ziektes die binnen de huidige stand van de zorg en de wetenschap behandeld kunnen worden
- Totale sterfte aan coronaire hartziekten, kankers en zuigelingensterfte
- Relatie tussen zorguitgaven en levensverwachting
- Kwaliteitsindicatoren met gezondheidsuitkomsten samengevat

Figuur 9.1: Levensverwachting bij geboorte voor mannen en vrouwen in Nederland, 1990-2012 (Bron: CBS Statline, 2013a).



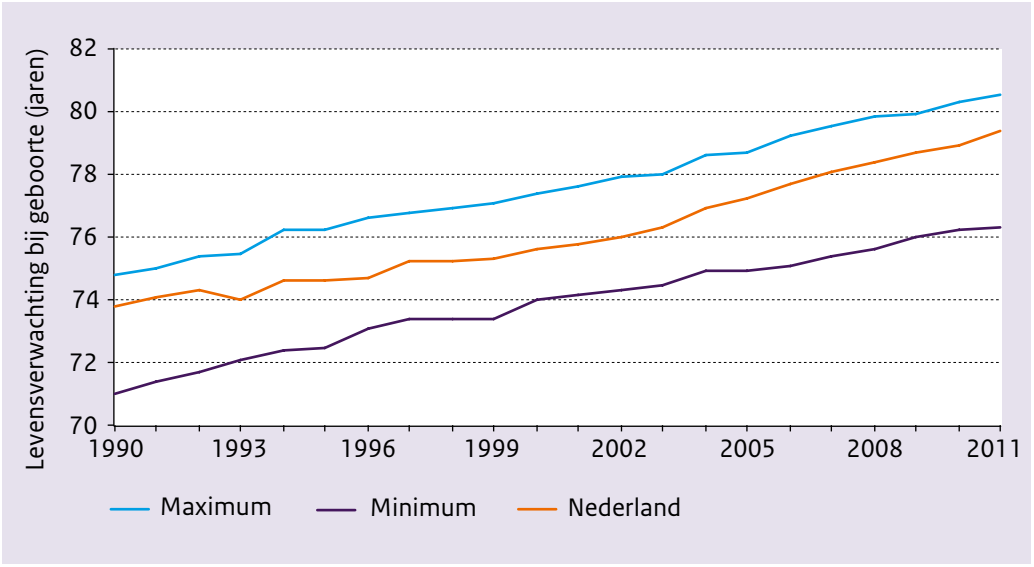
9.3 Trends in (gezonde) levensverwachting

Tussen 1990 en 2012 nam de levensverwachting bij geboorte toe: voor mannen van 73,8 tot 79,1 jaar (een toename van 5,3 jaar) en voor vrouwen van 80,1 tot 82,8 jaar (een toename van 2,7 jaar). Opvallend in deze trends is de sterke stijging van de levensverwachting na 2000, zeker voor mannen. Sinds 2010 is de groei van de levensverwachting voor vrouwen beperkt en in 2012 daalde de levensverwachting voor mannen licht. De stijging van de levensverwachting na 2000 hangt sterk samen met de substantiële sterftedaling onder mensen boven de 65 jaar (RIVM, 2014a).

De levensverwachting van Nederlandse mannen komt in vergelijking met 15 andere hoge-inkomenslanden (zie onderschrift *figuur 9.2*) beter uit dan die van Nederlandse vrouwen. *Figuur 9.2* (mannen) en *figuur 9.3* (vrouwen) tonen de minimum en maximum levensverwachting voor deze 15 landen plus die van Nederland. De levensverwachting van Nederlandse mannen is één van de hoogste. Dit was in 1990 al zo en is sindsdien niet veranderd. Van de 16 landen die zijn bestudeerd voor *figuur 9.2* hadden alleen Zwitserland (+1,1 jaar), Italië (+0,7 jaar) en Zweden (+0,5 jaar) een hogere levensverwachting voor mannen in 2011.

De levensverwachting van Nederlandse vrouwen was tot medio jaren '90 bovengemiddeld ten opzichte van andere westerse hoge-inkomenslanden. Sindsdien scoort Nederland beneden

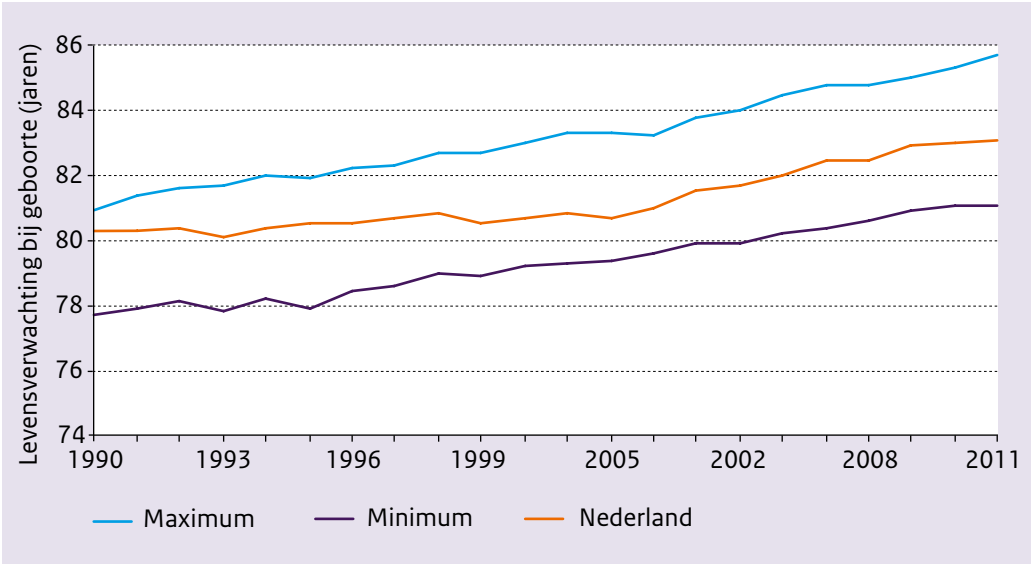
Figuur 9.2: Levensverwachting mannen bij geboorte in 16 landen [a], 1990-2011 (Bron: OECD, 2013c).



[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten

gemiddeld. Vooral tussen 1990 en 2002 bleef de stijging van de levensverwachting voor Nederlandse vrouwen achter. Van de 15 andere landen in *figuur 9.3* hadden 11 landen een hogere levensverwachting dan Nederland in 2011, met als hoogste Frankrijk (+2,6 jaar), Spanje (+2,3 jaar) en Italië (+2,2 jaar). In 1990 was het verschil nog +0,6 jaar met Frankrijk, +0,3 jaar met Spanje en was er geen verschil met Italië.

Figuur 9.3: Levensverwachting vrouwen bij geboorte in 16 landen [a], 1990-2011 (Bron: OECD, 2013e).

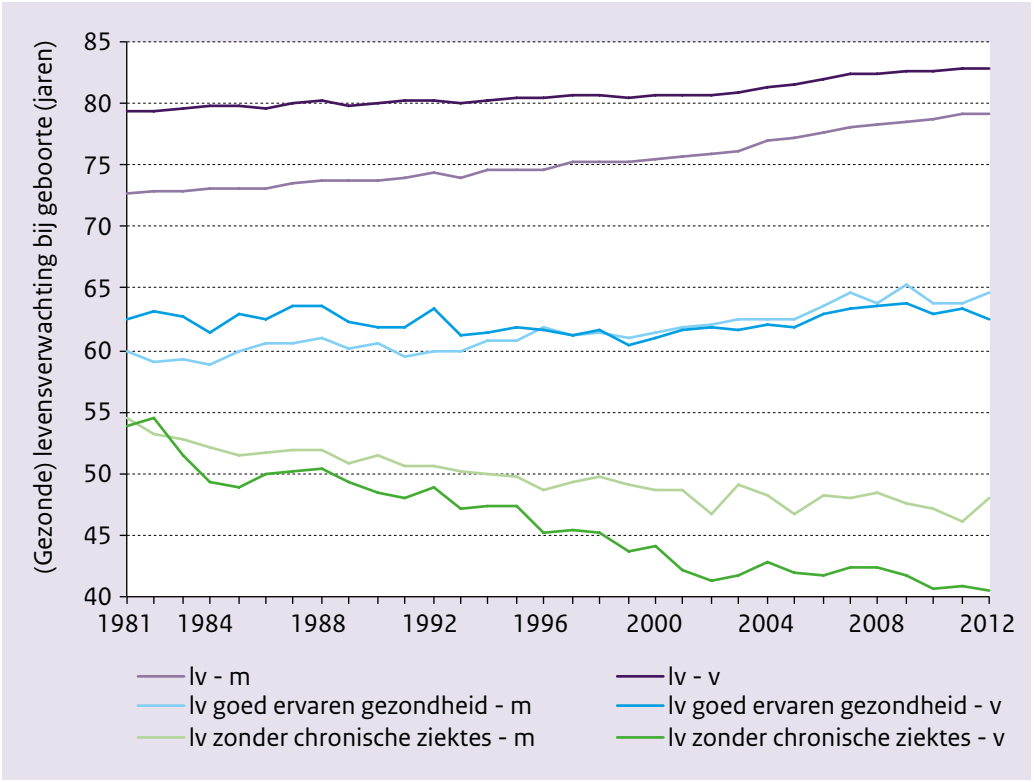


[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten

Figuur 9.4 en *figuur 9.5* tonen een aantal trends in gezonde levensverwachting waarin naast het aantal verwachte levensjaren ook rekening wordt gehouden met de gezondheidsstatus waarin de levensjaren worden doorgebracht. De gezondheidsstatus is gemeten op basis van ervaren gezondheid, prevalentie van chronische ziekten, lichamelijke beperkingen en geestelijke gezondheid. *Figuur 9.4* laat zien dat de levensverwachting zonder chronische ziekten daalde in de afgelopen drie decennia. Mannen hadden minder chronische aandoeningen en een minder snelle daling in de levensverwachting zonder chronische ziekten dan vrouwen.

Tegelijk steeg de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid voor mannen en vrouwen, zoals *figuur 9.4* laat zien. Een mogelijke verklaring voor de ogenschijnlijk tegenstrijdige trend ten opzichte van de levensverwachting zonder chronische ziekte is een verandering van de impact van chronische ziekten op beperkingen en ervaren gezondheid. Mogelijk zijn mensen, mede door betere zorg en ondersteuning, beter in staat om met een chronische ziekte om te gaan. Tegelijk is het ook zo dat een actievere opsporing (ook op jongere leeftijd) van en een groter bewustzijn over chronische aandoeningen, de stijgende trend in het vóórkomen van chronische ziekten hebben beïnvloed (RIVM, 2014). *Figuur 9.5* toont dat ook de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid zijn toegenomen over de tijd.

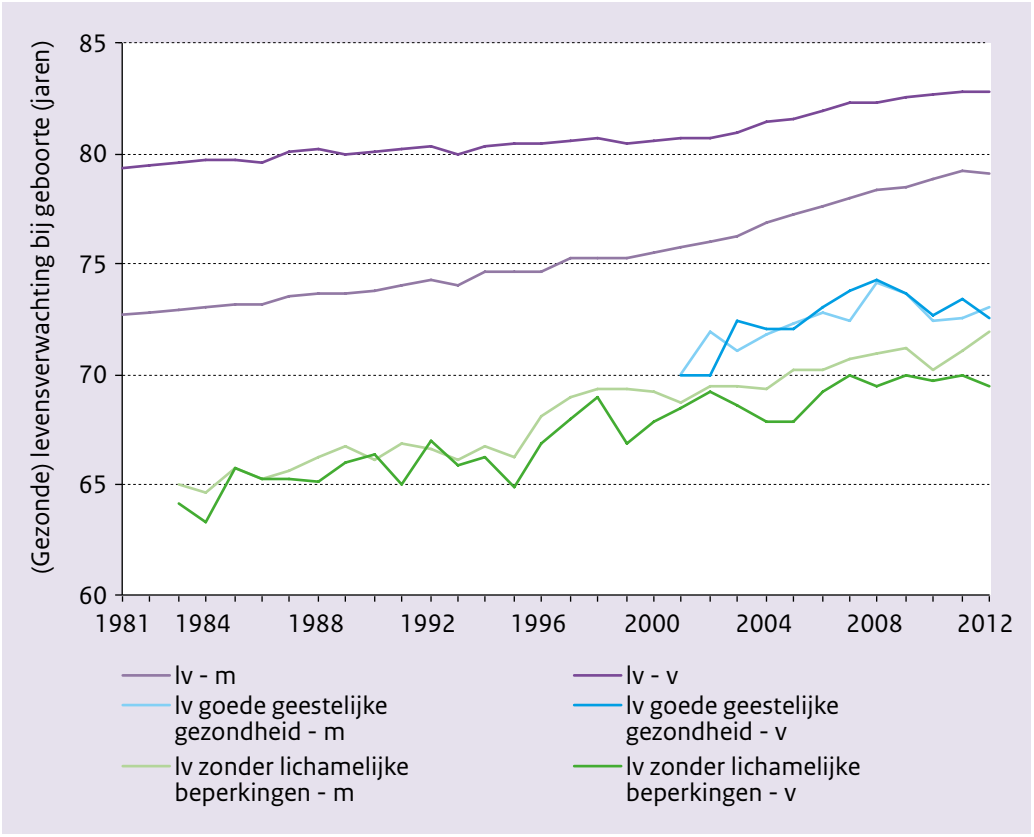
Figuur 9.4: Levensverwachting in als (zeer) goed ervaren gezondheid en levensverwachting zonder chronische ziekten[1] voor mannen en vrouwen in Nederland, 1981-2012 (Bron: CBS Statline, 2013e).



lv = levensverwachting

[1] Gezondheidsstatus is gebaseerd op gegevens uit de CBS Gezondheidsenquête onder een steekproef van de Nederlandse bevolking. Als (zeer) goed ervaren gezondheid: antwoord goed of zeer goed voor "Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Zonder chronische ziekte: in de afgelopen 12 maanden geen van de volgende aandoeningen gehad: astma, hartafwijking, beroerte, hoge bloeddruk, maag-darm stoornissen, suikerziekte, rugaandoening, reumatische-/gewrichtsaandoeningen, migraine, of kanker.

Figuur 9.5: Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en levensverwachting in goede geestelijke gezondheid[2] voor mannen en vrouwen in Nederland, 1981-2012 (Bron: CBS Statline, 2013e).



lv = levensverwachting

[2] Zonder lichamelijke beperkingen: geen beperkingen op 7 items: gesprek volgen in groep, gesprek voeren, kleine letters in krant lezen, iemand op afstand herkennen, een volle boodschappentas kunnen dragen, iets van de grond oppakken, 400 meter lopen zonder stilstaan. In goede geestelijke gezondheid gebaseerd op vragen: voelde u zich erg zenuwachtig, zat u zo in de put dat niets u kon opvrolijken, voelde u zich kalm en rustig, voelde u zich neerslachtig en somber, voelde u zich gelukkig?

9.4 Vermijdbare sterfte

Vermijdbare sterfte gaat over sterfte aan ziekten die binnen de huidige stand van de zorg en de wetenschap behandeld kunnen worden. Dit concept werd eind jaren '70 van de vorige eeuw geïntroduceerd door Rutstein, die hiervoor de term 'unnecessary untimely deaths' hanteerde (Rutstein et al., 1976). Vervolgens werd het concept onder andere gebruikt in de 'European Community Atlas of Avoidable Death' als maat voor de kwaliteit van zorgsystemen (Holland, 1988). In de lijst van vermijdbare doodsoorzaken kwamen onder andere voor; tuberculose, astma, influenza, moedersterfte en baarmoederhalskanker. Verschillende internationale studies hebben aangetoond dat de vermijdbare sterfte sinds 1980 sneller is gedaald dan alle overige sterfte. Deze daling had een substantieel aandeel in de stijging van de levensverwachting (Nolte & McKee, 2008; Nolte & McKee, 2004).

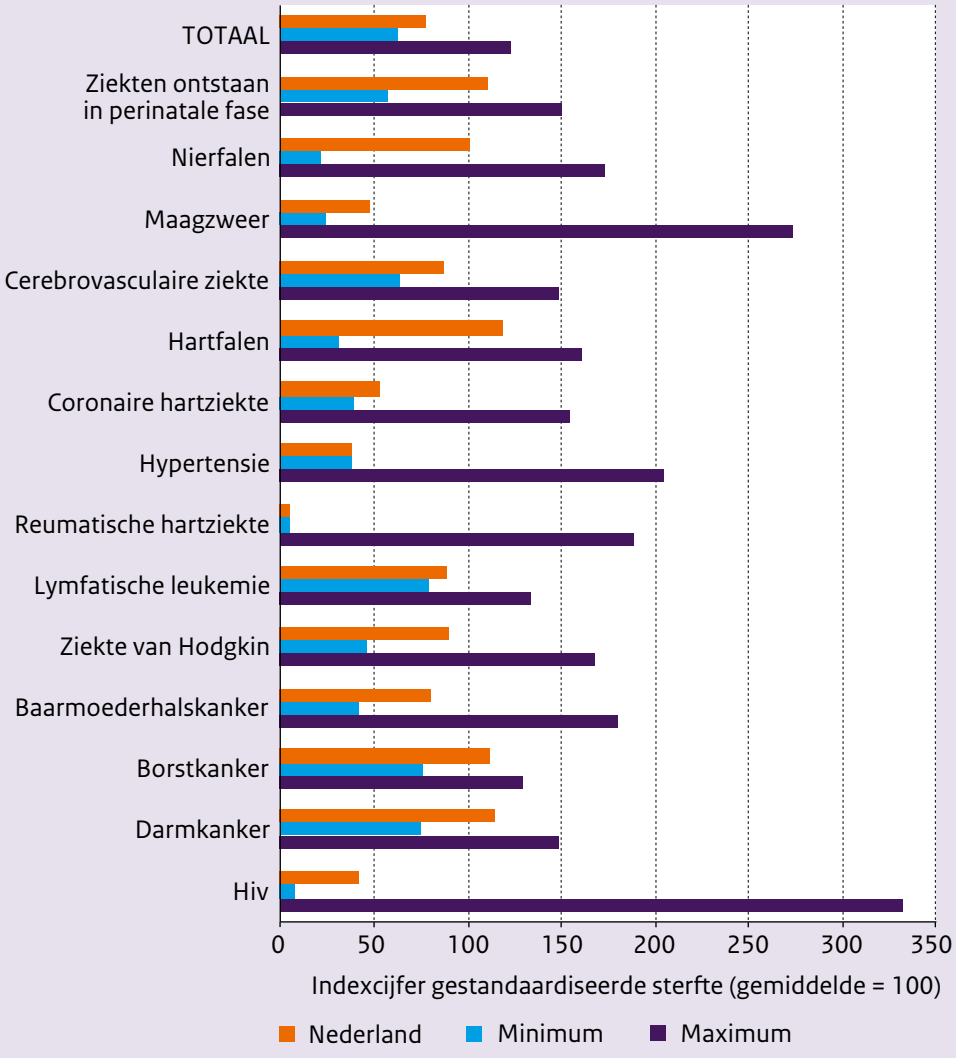
Recent is in een Europees project opnieuw onderzoek gedaan naar vermijdbare sterfte (Plug et al., 2011). In dit project is een lijst van vermijdbare doodsoorzaken opgesteld op basis van wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van medische behandelingen die sinds 1970 geïmplementeerd zijn. Er zijn alleen doodsoorzaken geselecteerd met voldoende aantallen voor betrouwbare analyse, een substantiële daling in sterfte en geen stijgende incidentie sinds 1970. Ook moest er geen sprake zijn van een gecombineerd effect van velerlei oorzaken. Op basis van deze criteria werd een lijst diagnoses samengesteld (zie *tabel 9.1*). In de tabel staan ook de interventies waarvoor één of meer studies hebben aangetoond dat deze bijdragen aan sterftedaling. Het gaat bijvoorbeeld om screeningsprogramma's bij baarmoederhalskanker en bètablokkers bij coronaire hartziekten.

In tegenstelling tot het volgen van algemene sterftetrends, kan voor deze specifieke doodsoorzaken met meer zekerheid worden gesteld dat de zorg een rol speelt in het terugdringen van sterfte. Internationale verschillen kunnen daarmee een betere indicatie geven van verschillen in de prestaties van zorgsystemen tussen landen. *Figuur 9.6* (vrouwen) en *figuur 9.7* (mannen) tonen voor bovengenoemde doodsoorzaken de gestandaardiseerde sterfte voor Nederland in vergelijking met 13 andere hoge-inkomenslanden (zie voetnoot voor selectie van landen). De grafiek is gebaseerd op indexcijfers waarbij het gemiddelde van alle landen gelijk is aan 100. Voor zowel vrouwen als mannen is de totale gestandaardiseerde sterfte (dus voor alle aandoeningen tezamen) in Nederland lager dan het gemiddelde van alle landen. Alleen Frankrijk heeft voor mannen en vrouwen een lagere sterfte. De landen met de hoogste totale vermijdbare sterfte zijn Duitsland en Verenigd Koninkrijk bij vrouwen (beide ongeveer 20% boven het gemiddelde) en Finland en Duitsland bij mannen (25% en 15% boven het gemiddelde). Overigens is de gestandaardiseerde sterfte niet voor alle diagnoses beneden gemiddeld in Nederland. Bij vrouwen is de sterfte aan darmkanker, borstkanker, hartfalen en perinatale aandoeningen hoger dan het gemiddelde van de getoonde landen. Bij Nederlandse mannen is de sterfte relatief hoog voor darmkanker, teelbalkanker, hartfalen en perinatale aandoeningen.

Tabel 9.1: Geselecteerde vermijdbare doodsoorzaken plus bijbehorende interventies (Bron: Plug et al., 2011).

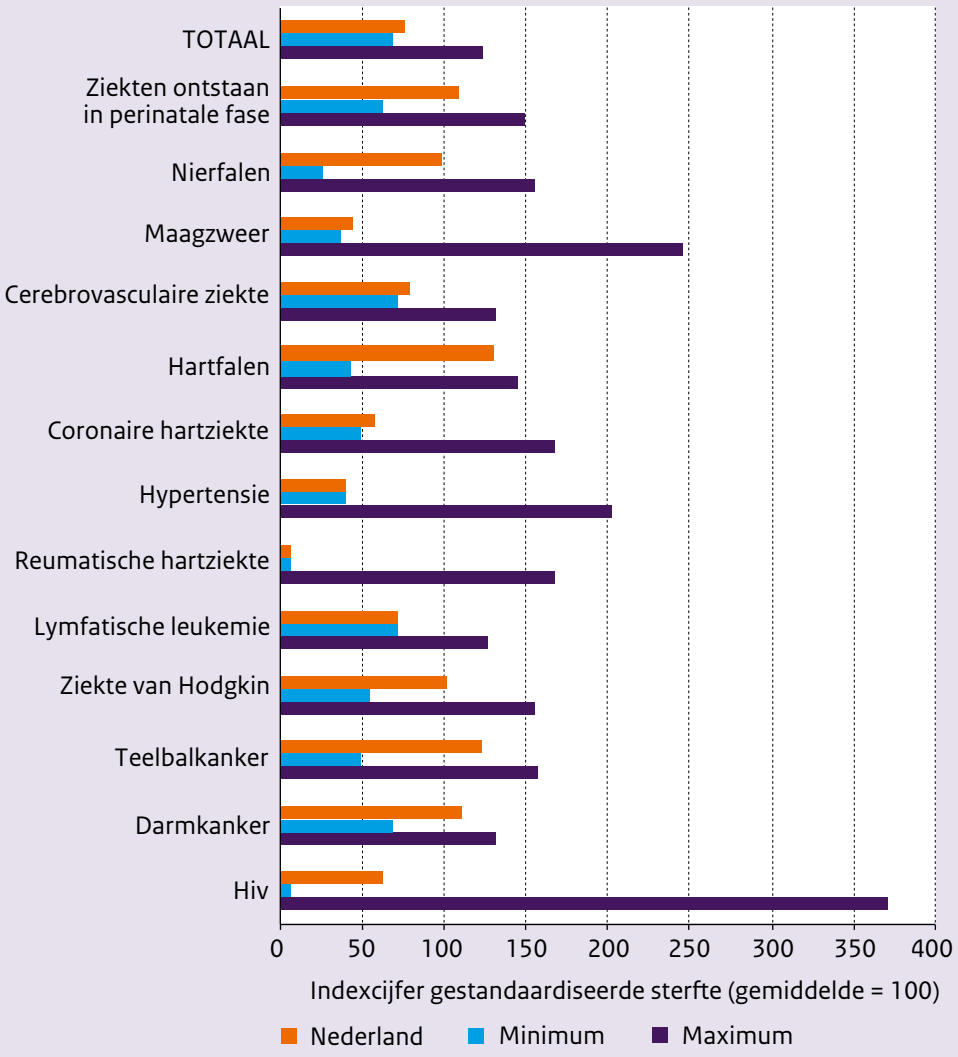
Diagnosecode (ICD9)	Omschrijving	Behandeling
042-044	Hiv	Behandeling met antiretrovirale medicatie
153-154	Darmkanker	Combinatie van specifieke behandeling en beter management van het ziekteproces door screening
174	Borstkanker	Screening en chemotherapie
180	Baarmoeder-halskanker	Screening
186	Teelbalkanker	Vooruitgang in chirurgie en adjuvante behandeling (cisplatin)
201	Ziekte van Hodgkin	Gecombineerde chemotherapie
204-205	Lymfatische leukemie	Verbeterde behandeling en beter management van het ziekteproces en complicaties voor leukemiepatiënten < 45 jaar
390-398	Reumatische hartziekte	Gecombineerde behandeling; antibiotica en geavanceerde chirurgische technieken
401-404	Hypertensie	Antihypertensie medicatie
410-414	Coronaire hartziekte	Combinatie van specifieke behandelingen (in coronary care units) en beter management van het ziekteproces (bètablokkers)
428-429	Hartfalen	Combinatie van specifieke behandelingen (ACE-remmers) en beter management van het ziekteproces
430-438	Cerebrovasculaire ziekte	Behandeling van hypertensie
531,532	Maagzweer	H2-blokkers
584,585,586	Nierfalen	Niertransplantatie en dialyse
745-746	Aangeboren hartziekte	Verbeterde chirurgische technieken, zoals 'deep hypothermia' en 'circulatory arrest' (DHCA)
760-779	Ziekten ontstaan in perinatale fase	Verschillende innovaties zoals speciale units in ziekenhuizen voor pasgeborenen

Figuur 9.6: Gestandaardiseerde sterfte per 100.000 voor 14 doodsoorzaken (indexcijfer gemiddelde = 100) vrouwen, 2009 of meest recente jaar (Bron: Plug et al., 2011; databewerking RIVM) [a].



[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Denemarken, Finland, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk

Figuur 9.7: Gestandaardiseerde sterfte per 100.000 voor 13 doodsoorzaken (indexcijfer gemiddelde = 100) mannen, 2009 of meest recente jaar (Bron: Plug et al., 2011; databewerking RIVM) [a].



[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Denemarken, Finland, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk

Voor beroerte, borstkanker en darmkanker zijn ook cijfers bekend over de 5-jaarsoverleving na diagnose (zie *hoofdstuk 4* en *hoofdstuk 5*). De 5-jaarsoverleving bij borstkanker en darmkanker bevestigt bovenstaand beeld, namelijk dat er verschillende landen zijn met betere uitkomsten dan Nederland. Voor borstkanker is de totale sterfte, net als de 5-jaarsoverleving, lager voor Scandinavische landen, Frankrijk en Italië (zie *hoofdstuk 5*). Wat betreft darmkanker was de gestandaardiseerde sterfte alleen in Noorwegen en Denemarken hoger dan in Nederland (van de in *figuur 9.6* en *9.7* geïncludeerde landen). Bij de 5-jaarsoverleving voor darmkanker zien we overigens dat Noorwegen een vergelijkbaar resultaat heeft met Nederland (OECD, 2013a). Voor borstkanker is het beeld omgekeerd. Daar heeft Noorwegen een vergelijkbare 5-jaarsoverleving maar een lagere totale sterfte dan Nederland. In *hoofdstuk 2* wordt de (gemiddeld hoge) perinatale sterfte uitgebreider beschreven.

Plug en collega's (Plug et al., 2011) hebben ook gekeken naar de correlatie tussen het moment van introductie van een nieuwe behandeling en de sterftetrend. Voor een viertal doodsoorzaken werd een significante correlatie gevonden. Voor beroerte, coronaire hartziekten, hiv en darmkanker vond men een snellere sterftedaling na de introductie van een nieuwe behandeling. Dat er bij de andere aandoeningen geen correlatie werd gevonden kan ook te maken hebben met vertraging in de implementatie van nieuwe behandelingen en variatie in de kwaliteit van de uitvoering. Vanwege een gebrek aan studies is er nog weinig te vinden in de literatuur over het effect van nieuwe behandelingen op populatieniveau.

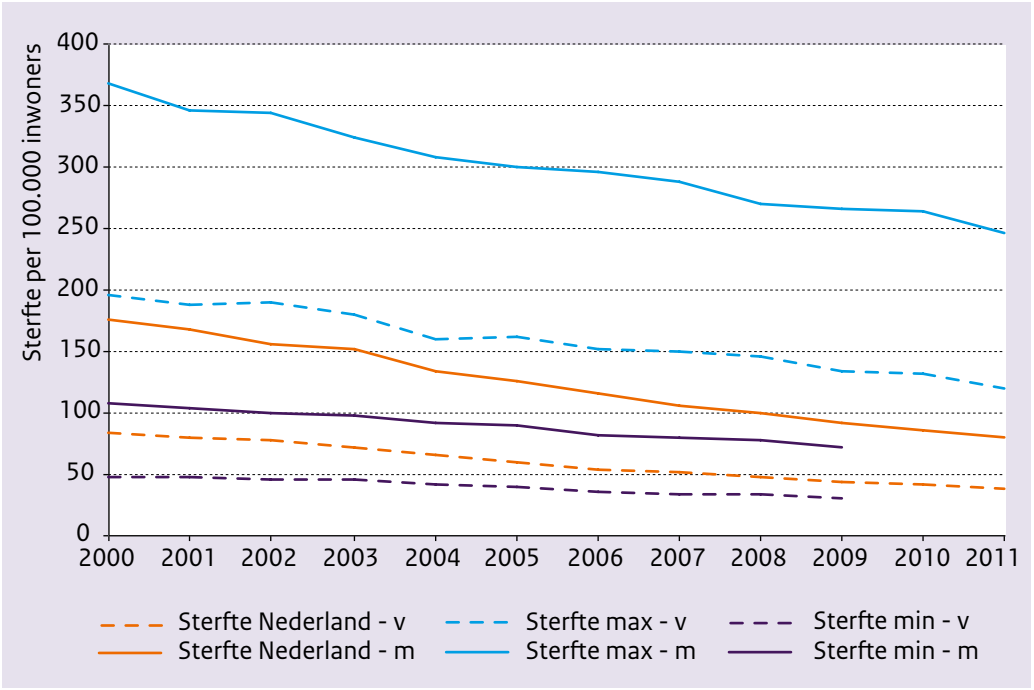
Naast de invloed van de kwaliteit van zorg op de sterftecijfers kunnen ook verschillen in registreren en coderen de verschillen in de sterfte hebben beïnvloed.

9.5 Trends in mortaliteit voor coronaire hartziekten, kankers en zuigelingensterfte

In *figuur 9.8* tot en met *figuur 9.10* worden de sterftetrends weergegeven voor drie diagnosegroepen: coronaire hartziekten, kankers en kindersterfte. Deze drie groepen zijn gekozen omdat er relatief veel onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van de zorg (specifieke behandelingen) binnen deze groepen. De variatie in sterfte(trends) kan dan eerder iets kan zeggen over de kwaliteit van het zorgsysteem dan wanneer wordt gekeken naar totale sterfte.

Coronaire hartziekten zijn internationaal één van de meest voorkomende doodsoorzaken, zo ook in Nederland (RIVM, 2014a). In de afgelopen decennia is de sterfte aan coronaire hartziekten aanzienlijk gedaald. Tussen 1990 en 2011 is deze sterfte in de OECD-landen met ongeveer 40% gedaald; in Nederland zelfs met bijna 70% (OECD, 2013a). *Figuur 9.8* laat zien dat de sterfte in Nederland, in vergelijking met 15 andere westerse hoge-inkomenslanden, de afgelopen jaren steeds dichter in de buurt komt van het land met de laagste sterfte (Frankrijk). De sterftedaling wordt verklaard door leefstijltrends, met name het gedaalde aantal rokers, verbeteringen in chirurgische behandeling (bypassoperatie en angioplastiek) en medicatiegebruik voor hartziekten (Nolte et al., 2009; OECD, 2013a). Uit internationale studies

Figuur 9.8: Gestandaardiseerd sterfte voor coronaire hartziekten mannen (m) en vrouwen (v) (minimum, maximum en Nederland), 2000-2011 (Bron: OECD, 2013e) [a].

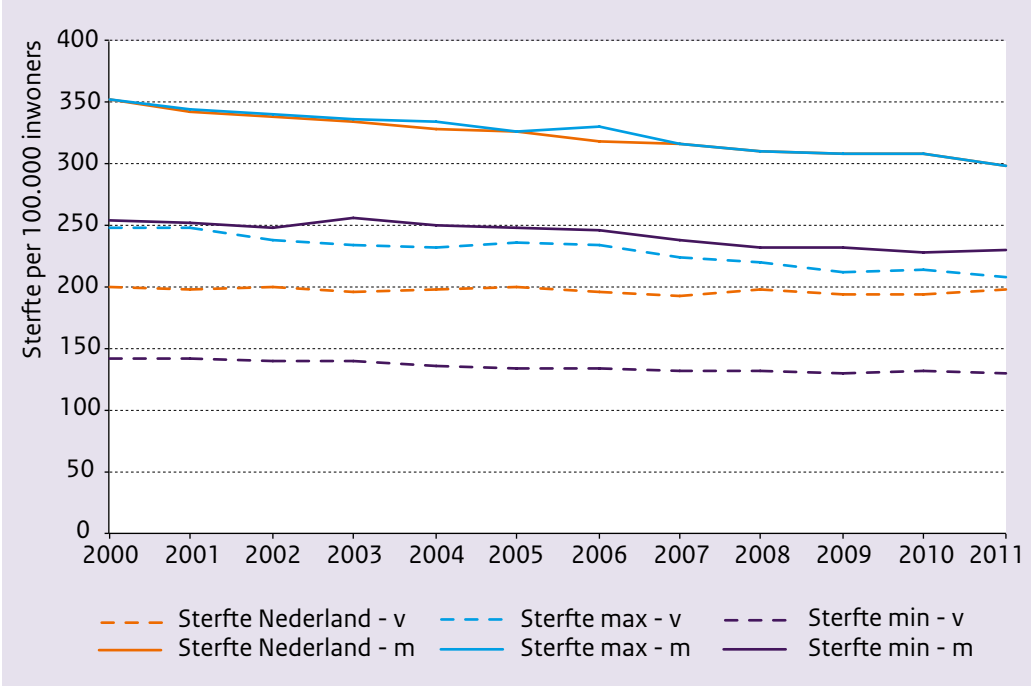


[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten

komen schattingen naar voren van een bijdrage van 40 tot 50% van de zorg aan de daling in sterfte aan coronaire hartziekten (Nolte et al., 2009).

Voor coronaire hartziekten wordt vaak ook gekeken naar de 30-dagensterfte na ziekenhuisopname als indicator voor de kwaliteit van de zorg. Deze indicator geeft daarmee ook inzicht in de bijdrage van de zorg aan gezondheid voor deze patiëntpopulatie. In *hoofdstuk 4* is deze 30-dagensterfte na ziekenhuisopname behandeld voor acuut myocardinfarct (AMI) en voor beroerte. Ook deze 30-dagensterfte laat een sterke daling zien. In Nederland bedroeg deze tussen 2000 en 2010 43% voor mannen en 46% voor vrouwen. Internationaal gezien scoort Nederland gemiddeld op de 30-dagensterfte voor AMI, terwijl de totale sterfte in Nederland laag is. Ook voor beroerte is er een dalende trend in de 30-dagensterfte (voor herseninfarct 40-49% en voor hersenbloeding 18-26%).

Figuur 9.9: Gestandaardiseerd sterfte aan kankers, mannen (m) en vrouwen (v) (minimum, maximum en Nederland), 2000-2011 (Bron: OECD, 2013e) [a].

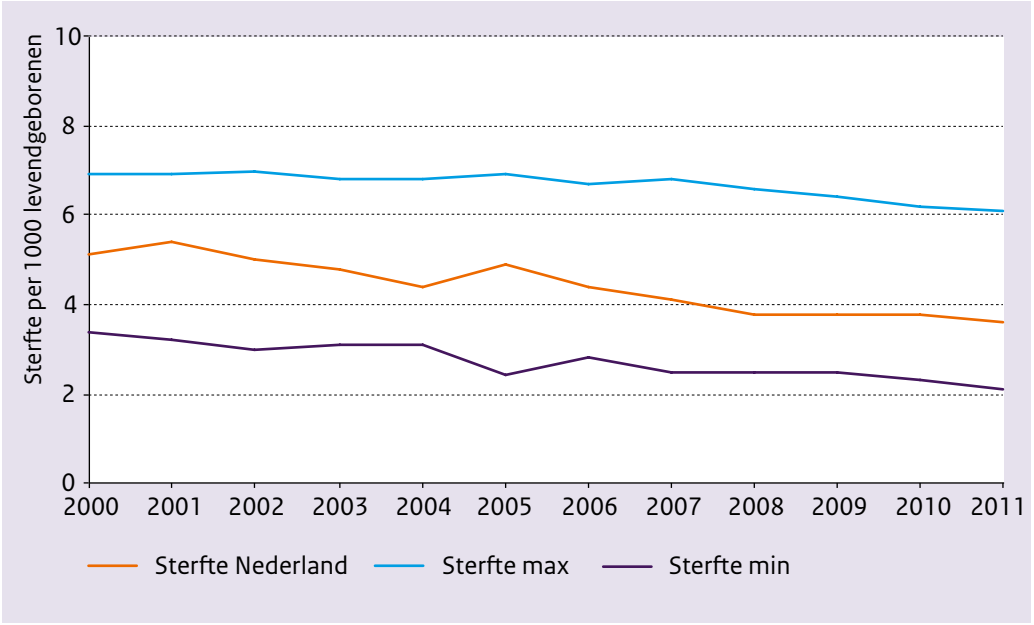


[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten

Na coronaire hartziekten zijn kankers zowel nationaal als internationaal de meest voorkomende doodsoorzaak. Voor alle OECD-landen tezamen is de totale kankersterfte gelijk aan een kwart van de totale sterfte. In Nederland ligt dit percentage boven de 30% (RIVM, 2014a). Na 1990 is de kankersterfte in vrijwel alle westerse hoge-inkomenslanden gedaald. In Nederland bedroeg de daling 15% tussen 1990 en 2011 (OECD, 2013e). *Figuur 9.9* laat zien dat in vergelijking met 15 andere westerse hoge-inkomenslanden de kankersterfte voor vrouwen sinds 2000 stabiel was en in de buurt kwam van het land met de hoogste sterfte (Finland). De kankersterfte onder Nederlandse mannen daalde substantieel, maar was in vrijwel alle jaren het hoogste van alle landen in *figuur 9.9*.

De trend in kankersterfte wordt beïnvloed door verschillende factoren: leefstijl en omgevingsfactoren, betere opsporing (screening) en betere behandeling van kanker (chirurgie, radiotherapie, chemotherapie) (Cutler, 2008; OECD, 2013c). Het is complex om vast te stellen welk deel van de sterftedaling wordt veroorzaakt door welke factor. Dit komt onder andere door het in aanvang (voor het ontstaan van klinische problemen) trage en onzichtbare verloop

Figuur 9.10: Gestandaardiseerde zuigelingensterfte (<1 jaar) (minimum, maximum en Nederland), 2000-2011 (Bron: OECD, 2013e) [a].



[a] Geïncludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten

van de ziekte en door de samenhang met het voorkomen van andere ziekten. Daarnaast zal het effect variëren tussen de verschillende typen kankers. In een Amerikaanse studie is de bijdrage van screening aan de sterftedaling voor kanker geschat op 35% en de bijdrage van behandeling op 20% (Cutler, 2008).

Naast de totale sterfte wordt veelal gekeken naar de 5-jaarsoverleving als indicator voor de kwaliteit van de zorg. Dit geldt vooral voor typen kankers waarvan is aangetoond dat behandeling de mortaliteit kan beïnvloeden. In *hoofdstuk* 5 is beschreven dat de 5-jaarsoverleving voor borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker in het afgelopen decennium licht is gestegen in Nederland. Internationaal gezien is de 5-jaarsoverleving in Nederland gemiddeld en scoren verschillende andere westerse landen beter dan Nederland.

Figuur 9.10 geeft de trend in zuigelingensterfte (sterfte in het eerste levensjaar) weer. Deze maat wordt internationaal veel gebruikt als indicator voor de kwaliteit van het zorgsysteem. In alle voor *figuur 9.10* gebruikte landen daalde de zuigelingensterfte sinds 2000 en overigens ook daarvoor al. In Nederland bedroeg deze daling ongeveer 30% (zie *hoofdstuk* 2). De Scandinavische landen (Finland, Noorwegen, Zweden) hebben al lang een duidelijk lagere

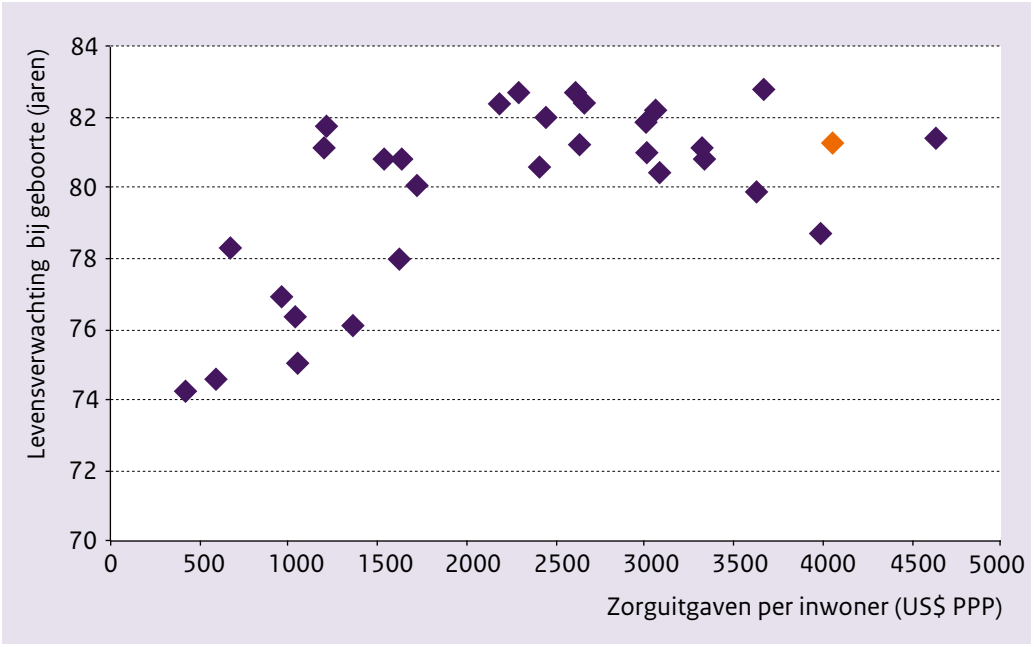
zuigelingsterfte. Het grootste deel van de zuigelingensterfte hangt samen met problemen rondom de geboorte. Naast de kwaliteit van de zorg spelen verschillende andere factoren zoals gemiddelde leeftijd van moeders bij geboorte, leefstijl (roken bij moeders) en culturele en sociaal-economische factoren een belangrijke rol.

9.6 Zorguitgaven en gezondheid

De relatie tussen zorg en gezondheid wordt vaak ook onderzocht op basis van de verhouding tussen de zorguitgaven en de status van de volksgezondheid. Wanneer de zorg een bijdrage levert aan de gezondheid van de populatie, zou meer zorg of betere maar duurdere zorg (hogere uitgaven) ook moeten resulteren in betere gezondheid. *Figuur 9.11* laat voor 34 OECD-landen in 2011 zien dat een hoger niveau van zorguitgaven gemiddeld genomen samen gaat met een hogere levensverwachting. Tegelijk is een ander bekend patroon zichtbaar: bij een steeds verdere stijging van de zorguitgaven neemt de stijging in de levensverwachting af. Een levensverwachting tussen de 80 en 83 jaar wordt met uiteenlopende uitgavenniveaus gerealiseerd. Wanneer per land de verandering over de tijd wordt bekeken, zoals in *hoofdstuk 8* (zie *figuur 8.9*) is gedaan, wordt duidelijk dat een stijging van de zorguitgaven in alle landen samengaat met een stijging van de levensverwachting.

Vele onderliggende factoren spelen hierbij een rol en een correlatie tussen zorguitgaven en gezondheid (zowel qua niveau als trend) betekent niet direct een causaal verband. In de afgelopen decennia zijn er verschillende studies verricht naar de relatie tussen zorguitgaven en gezondheid waarin is getracht rekening te houden met het effect van verstorende factoren zoals leefstijl, sociaal-economische factoren en omgevingsfactoren. Van Baal en collega's maakten recent een overzicht van deze studies en *tabel 9.2* geeft de uitkomsten van een aantal van deze studies weer (Van Baal et al., 2013). Ook al heeft geen van de studies alle methodologische problemen in het analyseren van de relatie tussen zorg en volksgezondheid kunnen adresseren, toch stellen Van Baal en collega's dat het zeer aannemelijk is dat de gezondheidszorg een bijdrage heeft geleverd aan de verbetering van de levensverwachting. Daarnaast is er ook een aantal studies gedaan naar het effect van veranderingen in de organisatie of financiering van zorgsystemen op gezondheid (zie bijvoorbeeld Moreno-Serra & Wagstaff, 2010). Deze geven tot op heden geen eenduidig beeld. Effecten van veranderingen in organisatie en financiering op zorggebruik en zorgkosten komen in de literatuur duidelijker naar voren.

Figuur 9.11: Zorguitgaven en levensverwachting bij geboorte, 34 OECD-landen, 2011 (Bron: OECD, 2013e).



Tabel 9.2: Samenvattende tabel (Bron: Van Baal et al., 2013).

Studie	Setting	Resultaat
Wolfe, Gabay (1987)	22 OECD-landen (1960, 1970, 1980)	Stijging uitgaven -> stijging levensverwachting
Hitris, Posnett (1992)	20 OECD-landen (1960-1987)	Stijging uitgaven -> daling sterfte
Elola et al. (1995)	17 Europese landen (1990, 1991)	Stijging uitgaven -> daling neonatale sterfte
Or (2000)	21 OECD-landen (1970-1992)	Stijging uitgaven -> daling sterfte (vrouwen)
Berger, Messer (2002)	20 OECD-landen (1960-1992)	Stijging uitgaven -> daling totale sterfte
Nixon, Ulmann (2006)	15 EU-landen (1980-1995)	Stijging uitgaven -> stijging levensverwachting
Heijink et al. (2012)	14 OECD-landen (1996-2006)	Stijging uitgaven -> daling sterfte

9.7 Kwaliteitsindicatoren

Tabel 9.3 vat de uitkomsten samen van de in de *hoofdstukken 2* tot en met *6* beschreven kwaliteitsindicatoren waarbij gezondheidsuitkomsten voor specifieke diagnoses of patiëntengroepen zijn gebruikt. Dergelijke uitkomstmetingen kunnen een beter beeld geven van de gezondheidswinst die met specifieke zorg/interventies bereikt wordt. Tegelijk zijn deze indicatoren enigszins selectief en verschillend van aard waardoor zij geen volledig beeld kunnen geven van de bijdrage van zorg aan gezondheid op macroniveau. Daarom worden deze gezien als aanvulling op de hiervoor getoonde ontwikkelingen in gezondheid. De tabel laat voor vrijwel alle uitkomstindicatoren een verbetering zien over de tijd. Zo daalde de foetale sterfte, neonatale sterfte, zuigelingensterfte, 30-dagensterfte bij beroerte en AMI, ziekenhuissterfte (HSMR) en steeg de 5-jaarsoverleving bij borstkanker en darmkanker. Dit duidt op een positieve bijdrage van de zorg aan de gezondheid van de populatie over de jaren heen. Tegelijk is er, in vergelijking met andere landen, verbetering mogelijk voor verschillende indicatoren.

Tabel 9.3: Resultaten uitkomstindicatoren *hoofdstukken 2 t/m 6*.

Domein / Indicator	Trend	Internationaal [a]
Hoofdstuk 2		
Apgarscore bij geboorte	Stabiel	n.b.
Foetale sterfte	Gedaald (ruim 30% tussen 2004 en 2012)	Bovengemiddeld
Neonatale sterfte	Gedaald (tussen 2004 en 2012)	Bovengemiddeld
Zuigelingensterfte	Gedaald (30% tussen 2000 en 2011)	Bovengemiddeld
Hoofdstuk 3		
Incidentie bacteriële meningitis	Gedaald (50% sinds 2010)	n.b.
Hoofdstuk 4		
30-dagensterfte na herseninfarct ziekenhuisopname	Gedaald (48% voor mannen en 36% voor vrouwen tussen 2000 en 2010)	Gemiddeld
30-dagensterfte na hersenbloeding ziekenhuisopname	Gedaald (26% voor mannen en 18% voor vrouwen tussen 2000 en 2010)	Gemiddeld tot hoog
30-dagensterfte na AMI opname	Gedaald (43% voor mannen en 46% voor vrouwen tussen 2000 en 2010)	Gemiddeld

Domein / Indicator	Trend	Internationaal [a]
Hoofdstuk 5		
5-jaarsoverleving borstkanker	Gestegen (van 80% naar 86% tussen 2000 en 2011)	Gemiddeld
5-jaarsoverleving baarmoederhalskanker	Stabiel	Gemiddeld (geen statistisch significante verschillen)
5-jaarsoverleving darmkanker	Gestegen (van 55 naar 63% voor mannen en van 58 naar 63% voor vrouwen)	Gemiddeld
Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte	Gedaald (30% tussen 2007 en 2012)	n.b.
Zorginfecties ontstaan in ziekenhuis	Gedaald (van 6,2% naar 3,2% tussen 2008 en 2013)	n.b.
Hoofdstuk 6		
Prevalentie decubitus	Gedaald (tussen 2002 en 2013 van bijna 9% tot 1,5% voor instellingen voor wonen, zorg en welzijn en van 4,5% tot 1% voor thuiszorg)	In verpleeghuizen twee keer hoger dan in Duitsland
Prevalentie ondervoeding	Gedaald (tussen 2008 en 2013 van 19% tot 11% voor thuiszorg en van 23% tot 16% voor instellingen voor wonen, zorg en welzijn)	n.b.

[a] In vergelijking tot andere westerse hoge-inkomenslanden
n.b. = niet bekend

9.8 Conclusie

De gezondheid van Nederlanders, afgemeten aan de levensverwachting, is in de jaren '90 van de vorige eeuw en zeker in de eerste jaren van deze eeuw aanzienlijk verbeterd. We leven langer en langer in goede gezondheid. Recent, vooral in 2012, valt op dat de levensverwachting nauwelijks is gestegen. Diagnose-specifieke trends voor ziekten waarvan bekend is dat de zorg de sterfte kan beïnvloeden, tonen een verbetering in gezondheidsuitkomsten over de tijd. Dit geldt zowel voor totale (gestandaardiseerde) sterfte als voor maten als 30-dagensterfte (coronaire hartziekten) en 5-jaarsoverleving (kankers). De zorg lijkt hier dus een positieve bijdrage te leveren aan verbeteringen in volksgezondheid. Eerdere internationale studies bevestigen de positieve bijdrage die de zorg heeft gehad voor deze diagnosegroepen. In welke mate de volksgezondheid in termen van (gezonde) levensverwachting wordt beïnvloed door de zorg is een complex vraagstuk. Verschillende internationale studies over de relatie tussen zorguitgaven en levensverwachting wijzen op een positieve bijdrage. Op het niveau van kwaliteitsindicatoren zien we in ieder geval dat vrijwel alle uitkomstindicatoren een verbetering laten zien. Met andere woorden, de zorg lijkt op die onderdelen bij te dragen aan gezondheidsverbetering.

Een belangrijke beperking van de onderzoeken en cijfers die in dit hoofdstuk zijn gebruikt, is dat ze zich vooral richten op de uitkomstmaat sterfte. Uiteraard is mortaliteit een belangrijke en relevante uitkomstmaat die internationaal, in vergelijking tot andere gezondheidsmaten, ook het meest betrouwbaar en best vergelijkbaar wordt geregistreerd. Tegelijk richt de zorg zich natuurlijk ook op de gezondheidsstatus, het geestelijk en lichamelijk functioneren of de kwaliteit van leven gedurende het leven. Helaas zijn er, vanwege een gebrek aan data, nog nauwelijks studies die op populatieniveau hebben gekeken naar het effect van zorg op dergelijke gezondheidsuitkomsten.

10
Gelijke zorg bij gelijke behoefte

Kernbevindingen

- Meer hoog- dan laagopgeleiden gaan naar de tandarts, de fysiotherapeut en de specialist. Naar het ziekenhuis gaan meer laagopgeleiden
- Internationaal gezien zijn de kosten voor de periodieke tandartscontrole in Nederland vrijwel geen belemmering, ook niet voor de laagste inkomensgroep
- Er zijn geen aanwijzingen voor het bestaan van verschillen in toegang tot de gezondheidszorg tussen etnische groepen bij veel voorkomende psychische stoornissen
- Er is geen verschil in ervaren patiëntgerichte zorg tussen laagopgeleiden en hoogopgeleiden
- De hoogste inkomensklasse geeft minder dan 1% van het inkomen uit aan eigen bijdrage voor de zorg. De laagste inkomensklasse meer dan 4%
- Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben extra kosten vanwege hun gezondheid. Deze extra kosten zijn in de loop der jaren niet wezenlijk veranderd
- Voor dak- en thuislozen is de formele toegankelijkheid van medische basiszorg, met uitzondering van de tandarts, redelijk. Zorgmijdend gedrag speelt echter een belangrijke rol
- De toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is de afgelopen tien jaar verbeterd. Voor de toegankelijkheid van de tweedelijnszorg lijken de kosten steeds minder een beperking te zijn

10.1 Achtergrond

In de *hoofdstukken 2* tot en met *7* is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg beschreven in termen van nabijheid en tijdigheid. Naast de spreiding van zorgvoorzieningen over het land, de beschikbare capaciteit of de lengte van de wachtlijsten, is het ook van belang te onderzoeken in welke mate de toegang tot de zorg is afgestemd op de persoonlijke behoefte. In dit hoofdstuk kijken we naar de toegang tot de gezondheidszorg vanuit dit behoefte-perspectief. Er is nog behoefte aan gezondheidszorg zolang deze kan bijdragen aan de verbetering van iemands gezondheidstoestand (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). Daarbij wordt behoefte voor iedereen op dezelfde manier gewogen. Dit noemen we ook wel het 'equity'-beginsel. Een belangrijk aspect in het behoefte-perspectief is de financiële toegankelijkheid. Omdat dit aspect niet of moeilijk toe te delen is aan de verschillende domeinen van de *hoofdstukken 2* tot en met *7* is ervoor gekozen een apart equity-hoofdstuk op te nemen.

Vanuit dit perspectief betekent toegankelijkheid een gelijke toegang én gelijk gebruik van zorg bij gelijke behoefte met een gelijke kwaliteit van zorg (Whitehead, 1991). Gelijke kwaliteit is daarbij niet absoluut. Kwalitatief goede zorg moet niet alleen aansluiten op persoonsgebonden kenmerken zoals leeftijd, geslacht, etniciteit of sociaaleconomische positie, maar ook op de mogelijkheden van de patiënt en de omstandigheden waarin hij verkeert. Dat kan inhouden dat bij dezelfde hulpvraag voor bepaalde patiënten meer of juist minder of andere hulpverlening of uitleg nodig is dan voor andere patiënten.

Het hoofdstuk begint met enkele indicatoren die het verschil in zorggebruik tussen verschillende groepen aangeven. Hierbij is gecorrigeerd voor gezondheidsverschillen tussen deze groepen. Deze indicatoren volgen de traditionele benadering van 'equity' waarbij de behoefte van een patiënt gelijk wordt gesteld aan zijn zelf gerapporteerde gezondheidstoestand. Deze benadering gaat op wanneer er geen discussie is over een bepaalde behandeling bij een bepaalde aandoening. Dit perspectief heeft echter de beperking dat een gelijk gebruik niet altijd automatisch gelijk gesteld kan worden met gelijke behoefte, gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Er zijn namelijk ook (vaak minder acute) aandoeningen waarbij, bij dezelfde aandoening, de behoefte per patiënt kan verschillen, onafhankelijk van de gezondheidstoestand. In deze gevallen is het belangrijk te kijken naar de ervaringen van verschillende groepen patiënten. Het gaat er dan om of verschillende groepen vanuit hun eigen perceptie verschillend benaderd en behandeld worden door zorgverleners. Dit is een indicatie of zorgverleners aan de behoefte van de patiënt voldoen. De beperking van deze indicatoren is een mogelijke systematische 'reporting bias'. Patiënten met een lager opleidingsniveau rapporteren doorgaans positiever dan patiënten met een hoger opleidingsniveau (Rademakers et al., 2012).

Zoals eerder gezegd speelt bij het 'equity'-perspectief de financiële positie van een patiënt een belangrijke rol. Gelijke toegang tot gezondheidszorg voor iedereen wordt immers in belangrijke mate bepaald door mogelijke financiële barrières. Daarom zijn in dit hoofdstuk ook een tweetal indicatoren opgenomen die de nadruk leggen op de kosten van de zorg.

Tot slot is een tweetal indicatoren opgenomen over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen. Dit is vaak een goede indicator voor de toegang tot de zorg in zijn algemeenheid. We bespreken de toegankelijkheid voor dak- en thuislozen en voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus.

10.2 Indicatoren voor gelijke zorg bij gelijke behoefte

In dit hoofdstuk bespreken we drie soorten indicatoren voor de verschillen in toegankelijkheid tussen bevolkingsgroepen; verschillen in zorggebruik, in patiëntgerichtheid en in financiële toegankelijkheid. Tot slot focussen we op twee kwetsbare groepen in de samenleving: dak- en thuislozen en mensen zonder wettige verblijfsstatus. Voor kwetsbare groepen zijn er geen indicatoren beschikbaar die regelmatig op identieke wijze gemeten worden, die verschillen tussen regio's laten zien of die internationaal te vergelijken zijn. Daarom is gekozen voor een beschrijving van de toegankelijkheid voor deze groepen.

Verschillen in zorggebruik tussen groepen
- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden
- Percentage van de bevolking dat afziet van periodieke tandartscontrole vanwege de kosten
- Etnische verschillen in toegang tot de geestelijke gezondheidszorg

Verschillen in patiëntgerichtheid tussen groepen
- Verschil in ervaren patiëntgerichte zorg tussen laag- en hoogopgeleiden

Verschillen in financiële toegankelijkheid tussen groepen
- Verschil in eigen bijdrage voor zorgkosten als percentage van het besteedbare inkomen tussen inkomensgroepen
- Percentage chronisch zieken en gehandicapten dat extra uitgaven heeft vanwege hun gezondheid

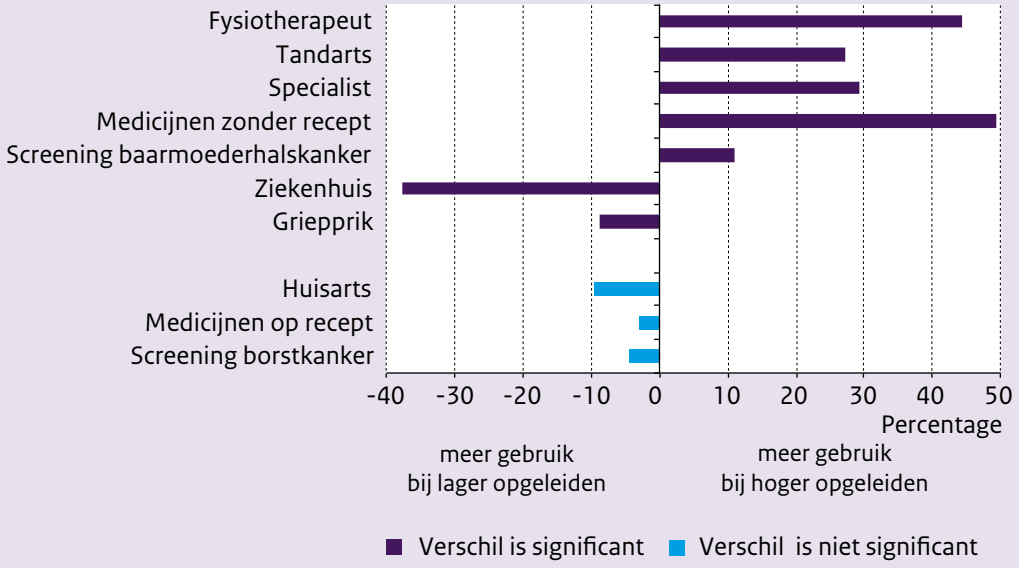
Toegankelijkheid voor kwetsbare groepen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor dak- en thuislozen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus

10.3 Stand van zaken

Meer hoog- dan laagopgeleiden gaan naar de tandarts, de fysiotherapeut en de specialist. Naar het ziekenhuis gaan meer laagopgeleiden

Lager opgeleiden zijn gemiddeld ongezonder dan hoger opgeleiden. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat lager opgeleiden gemiddeld een ongezondere leefstijl hebben (Hoeymans et al., 2014). Een mogelijk andere oorzaak is dat lager opgeleiden een slechtere toegang hebben tot gezondheidszorg. Deze slechtere toegankelijkheid kan zich uiten in minder of afwijkend gebruik van gezondheidszorg. *Figuur 10.1* geeft een overzicht van de verschillen in gebruik van tien soorten gezondheidszorg, gecorrigeerd voor gezondheidsverschillen. Bij een gelijke gezondheid is de kans dat hoogopgeleiden naar de fysiotherapeut gaan 44% hoger. Voor een bezoek aan de tandarts is dat 27%. Voor een bezoek aan de specialist is dat 29% en voor het

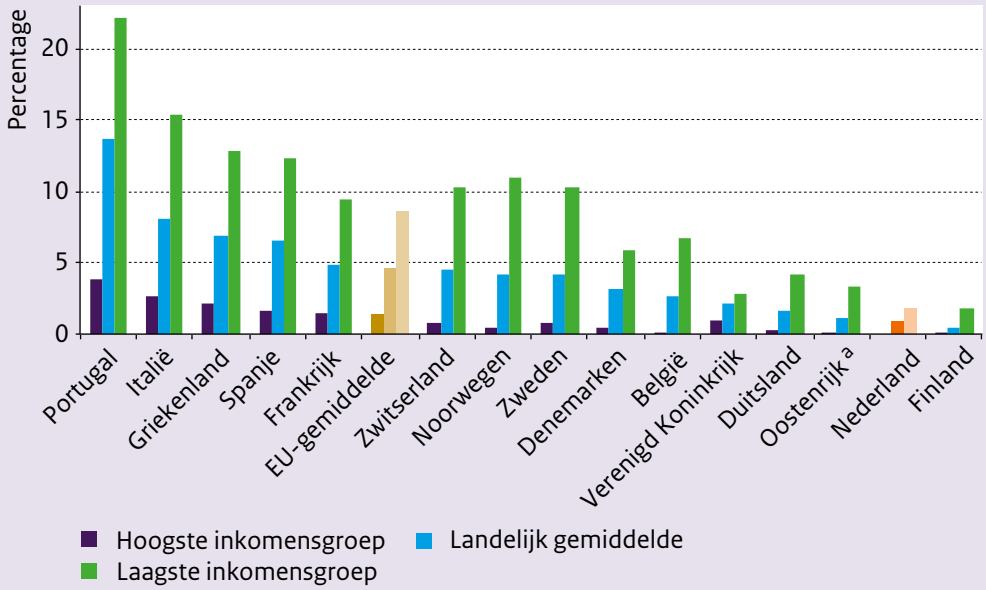
Figuur 10.1: Verschil in zorggebruik naar opleidingsniveau: over- of ondergebruik van zorg door hoogopgeleiden als percentage van het gebruik door laagopgeleiden, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidsverschillen (Bron: CBS Gezondheidsenquête, 2012a; data-bewerking RIVM).



gebruik van medicijnen zonder recept bijna 50%. Ook laten meer hoog- dan laagopgeleiden zich screenen voor baarmoederhalskanker. Anderzijds is de kans dat laagopgeleiden in het ziekenhuis worden opgenomen 38% hoger dan bij hoogopgeleiden. Meer laagopgeleiden geven aan dat ze ooit een griepprik hebben gehad. Er zijn ook kleine verschillen in gebruik van de huisarts, medicijnen op recept en borstkankerscreening gevonden. Deze verschillen zijn echter niet significant.
Opvallend is dat meer laagopgeleiden worden opgenomen in het ziekenhuis. Mogelijk is dat een compensatie voor het feit dat hoogopgeleiden vaker een bezoek brengen aan de specialist. De zorgvoorzieningen die meer worden gebruikt door hoogopgeleiden zitten met uitzondering van de specialist niet of zeer beperkt in het basispakket. Ondanks dat het verschil niet significant is, is het toch opvallend dat laagopgeleiden meer gebruik maken van het screeningsprogramma voor borstkanker. Uit ander onderzoek blijkt juist dat hoger opgeleiden meer gebruik maken van dit programma (Von Wagner et al., 2011). Mogelijk is er sprake van een enquête-bias waardoor meer sociaal-gewenste antwoorden zijn gegeven.

Naast een analyse van het verschil in zorggebruik naar opleidingsniveau in 2012, is waar mogelijk ook een analyse gedaan van de ontwikkeling van de verschillen in zorggebruik tussen de laagst- en de hoogstopgeleiden. Voor de griepprik neemt dit verschil in de periode 1992-

Figuur 10.2: Percentage van de bevolking dat afziet van periodieke tandartscontrole vanwege de kosten, hoogste en laagste inkomenskwintiel en landelijk gemiddelde, per EU-land, 2012 (Bron: EU-SILC, 2012).



[a] Gegevens uit 2011

2012 toe. Voor de screening op baarmoederhalskanker (1992-2012) en het gebruik van fysiotherapie (1990-2012) neemt het verschil in zorggebruik tussen de laagst- en de hoogstopgeleiden af. Voor ziekenhuisopnames (1990-2012), screening op borstkanker (1992-2012) en voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijngebruik (1990-2012) blijven de verschillen ongeveer gelijk (Bron: POLS, Gezondheid en Welzijn 1990/1992-2009; CBS Gezondheidsenquête 2010-2012b; databewerking RIVM).

Internationaal gezien zijn de kosten voor de periodieke tandartscontrole in Nederland vrijwel geen belemmering, ook niet voor de laagste inkomensgroep

In veel landen bestaan problemen met de toegankelijkheid van tandartsenzorg vooral voor mensen uit lage inkomensgroepen. Tandartsenzorg is vaak niet verzekerd. Gemiddeld moet in de Europese Unie 55% van de tandartskosten uit eigen zak betaald worden. In Nederland was in 2011 de situatie met 18% veel gunstiger (OECD, 2013a). Dit verklaart wellicht ook de goede positie van Nederland: minder dan 1% van de bevolking mijdt de periodieke tandartscontrole vanwege de kosten (zie *figuur 10.2*). Er zijn wel verschillen naar inkomensklasse. Het hoogste inkomenskwintiel rapporteert bij periodieke controles nauwelijks problemen. Het laagste

inkomenskwintiel rapporteert in ongeveer 2% van de gevallen een probleem (Bron: EU-SILC, 2012).

We zien in alle onderzochte landen een groot verschil tussen het hoogste en laagste inkomenskwintiel. Dit duidt op grote verschillen in toegankelijkheid voor de laatste groep. In Nederland is het verschil ook groot, gezien het lage percentage ten opzichte van andere landen, mag geconcludeerd worden dat de kosten voor de periodieke tandartscontrole geen groot probleem vormen voor het laagste inkomenskwintiel.

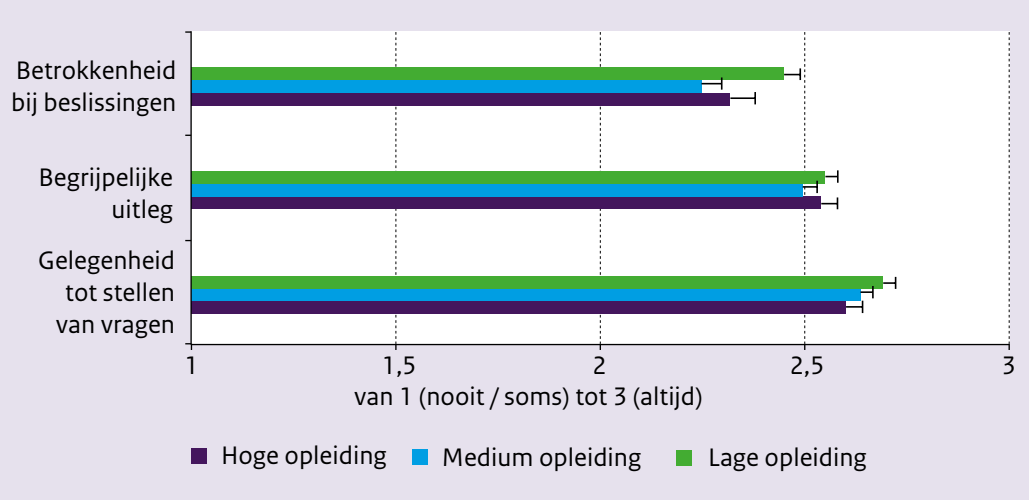
Er zijn geen aanwijzingen voor het bestaan van verschillen in toegang tot de gezondheidszorg tussen etnische groepen bij veel voorkomende psychische stoornissen
Mensen met een niet-Nederlandse herkomst hebben dezelfde toegang tot de geestelijke gezondheidszorg als mensen met een Nederlandse achtergrond. Dit blijkt uit een enquête-onderzoek in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag, uitgevoerd in 2008 (Klaufus et al., 2014). Onder 11.678 autochtone Nederlanders had 43% een verhoogd risico op angst en depressie (Turks: 50%; Marokkaans: 37%; Surinaams: 52%; Antilliaanse: 45%). Van de mensen met mogelijke klachten had 81% van de Nederlandse en bijna 90% van de Turkse, Marokkaanse en Surinaamse mensen het laatste jaar contact gezocht met de huisarts. Vooral stedelingen met een Turkse achtergrond bezochten ook vaak de tweede lijn: 26% versus 16% van de autochtone Nederlanders. Voor de andere groepen was dit ongeveer 20%.

De studiepopulatie was weliswaar vrij groot maar de respons onder immigranten was zeer laag. Daarom is een extra onderzoek uitgevoerd naar verschillen in zorgvraag onder de non-respons groepen van zowel de autochtone als de allochtone populatie. Daarin bleken geen grote verschillen te zitten. Dat wees uit dat de conclusies van het onderzoek voldoende robuust waren (Klaufus et al., 2014).

Er is geen verschil in ervaren patiëntgerichte zorg tussen laagopgeleiden en hoogopgeleiden
Als de zorg patiëntgericht is, betekent dit dat de zorg is afgestemd op de ervaren behoefte van de patiënt. Bij deze indicator wordt de behoefte niet afgemeten aan de gezondheidstoestand maar aan de vraag van de patiënt. Verschil in patiëntgerichte zorg tussen laagopgeleiden en hoogopgeleiden is op drie manieren gemeten: gezamenlijk beslissen, begrijpelijke uitleg en mogelijkheid om vragen te stellen. Op een schaal van 1 tot 3 konden patiënten aangeven wat zij vonden van deze drie aspecten. Gemiddeld werden bijna 2,5 punten gegeven. Daarbij werden de hoogste scores voor de gelegenheid tot het stellen van vragen gegeven, de laagste voor betrokkenheid bij beslissingen. De verschillen naar opleidingsniveau zijn klein en niet significant (zie *figuur 10.3*).

Diverse studies tonen aan dat lager opgeleiden minder behoefte hebben aan patiëntgerichte zorg dan hoger opgeleiden. Verder blijkt uit onderzoek dat hoger opgeleiden minder patiëntgerichte zorg krijgen dan waar zij om vragen en lager opgeleiden meer dan waar zij om vragen (Rademakers et al, 2012).

Figuur 10.3: Verschil in ervaren patiëntgerichte zorg naar opleidingsniveau van de patiënt, gemeten op drie manieren (Bron: Rademakers et al., 2012).



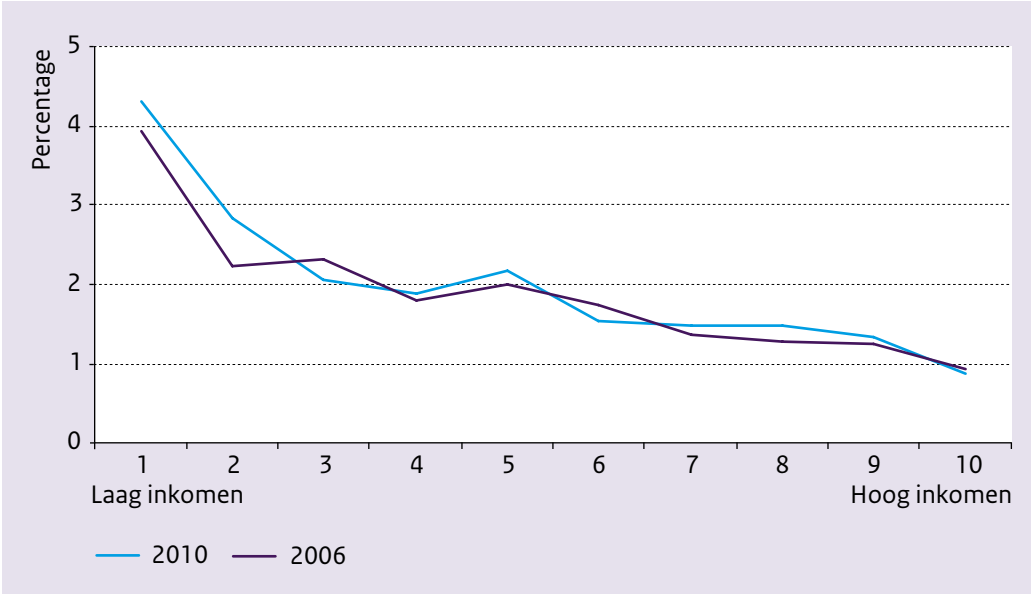
De hoogste inkomensklasse geeft minder dan 1% van het inkomen uit aan eigen bijdrage voor de zorg. De laagste inkomensklasse meer dan 4%

Eigen betalingen voor gezondheidszorg drukken rechtstreeks op de bestedingsruimte van mensen. Mensen kunnen daarom besluiten een bezoek aan een zorgaanbieder uit of af te stellen. Als de eigen betalingen hoog zijn, kan dat dus leiden tot toegankelijkheidsproblemen van de gezondheidszorg. Eigen betalingen zijn daarmee een indicator voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Als er geen zorgverzekeringen zouden zijn, zouden mensen alle zorg zelf moeten betalen. Mensen die meer zorg gebruiken zouden dan meer moeten betalen dan mensen die minder zorg gebruiken. Zorgverzekeringen zorgen ervoor dat de lasten verspreid worden over de bevolking. Daardoor blijft de financiële toegankelijkheid voor alle groepen gewaarborgd en kunnen alle zieke mensen, ook de minder draagkrachtigen, gebruik blijven maken van de gezondheidszorg.

Zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen, is in theorie minder toegankelijk. Zorginstituut Nederland adviseert de overheid over de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket. Als de financiering van de gezondheidszorg afhankelijker wordt van eigen betalingen, verschuift de lastendruk naar diegenen die meer zorg nodig hebben. Daarom voeren veel landen een beleid dat erop gericht is de kwetsbare groepen te beschermen tegen overmatige eigen betalingen. Dit beleid bestaat geheel of gedeeltelijk uit een betalingsvrijstelling voor specifieke groepen zoals mensen met lage inkomens, senioren of chronisch zieken en gehandicapten (OECD, 2013a).

De lastendruk van de eigen betalingen wordt uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een huishouden. De eigen betalingen voor gezondheidszorg zijn exclusief de

Figuur 10.4: Eigen bijdrage voor gezondheidszorg als percentage van het besteedbare inkomen van een huishouden, per inkomensdeciel, 2006 en 2010 (Bron: CBS, Bestedingen naar huishoudkenmerken 2006 en 2010; CBS, Inkomstenbelasting particuliere huishoudens 2006 en 2010; databewerking, RIVM).



premie voor de basis zorgverzekering maar inclusief de premie voor aanvullende zorgverzekeringen, het eigen risico en eigen betalingen AWBZ. In *figuur 10.4* is dit percentage gepresenteerd voor tien inkomensklassen. Elke klasse bestaat uit 10% van de huishoudens. De eerste klasse bestaat uit 10% van de huishoudens met het laagste besteedbare inkomen. De laatste klasse bestaat uit 10% van de huishoudens met het hoogste besteedbare inkomen. Absoluut gezien besteedt deze laatste groep het meeste aan gezondheidszorg (gemiddeld bijna €1.350,- per huishouden per jaar) en de eerste groep het minst (bijna €450,- per huishouden per jaar). Procentueel gezien ligt de situatie precies omgekeerd.

Voor de hogere inkomensgroepen zien we tussen 2006 en 2010 geen toename van het percentage, voor de lagere inkomensgroepen wel. In 2010 was het percentage van het inkomen dat aan gezondheidszorg werd uitgegeven bij de onderste inkomensklassen iets groter dan in 2006.

Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben extra kosten vanwege hun gezondheid. Deze extra kosten zijn in de loop der jaren niet wezenlijk veranderd
Het blijkt dat 94% van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 eigen zorguitgaven had. Dit percentage is over de periode 2004-2011 iets toegenomen, maar niet significant. Wel heeft de invoering van de Zvw in 2006 een duidelijk effect gehad in de

Tabel 10.1: Extra gezondheidsuitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking per maand, 2004-2011 (Bronnen: Van den Brink-Muinen et al., 2009; Van der Veer et al., 2013).

Jaar	Percentage mensen met extra uitgaven	Extra uitgaven (€)
2004	88	72
2005	87	73
2006	87	81
2007	86	74
2009	89	73
2011	94	86

verdeling over de uitgaveposten. Vanaf 2006 hebben minder chronisch zieken en mensen met een beperking uitgaven gehad voor de huisarts, de tandarts, de medisch specialist, de fysiotherapeut en voor geneesmiddelen op recept. Het percentage dat uitgaven had voor hulpmiddelen en aanpassingen aan de woning steeg juist (Van den Brink-Muinen et al., 2009).

Mensen met een chronische ziekte of een beperking gaven in 2011 maandelijks gemiddeld €86,- meer uit in verband met hun gezondheid dan mensen zonder chronische ziekte of beperking. *Tabel 10.1* geeft een overzicht van deze uitgaven in de afgelopen jaren. Onder deze uitgaven worden alle uitgaven verstaan die mensen zelf maken in verband met hun gezondheid en die niet zijn vergoed via Zvw, AWBZ, Wmo, de werkgever, de Belastingdienst of een uitkerende instantie.

Een ernstige beperking gaat vaak samen met hogere gezondheid gerelateerde uitgaven dan een minder ernstige beperking. In 2011 bedroegen de gemiddelde maandelijkse uitgaven van mensen met ernstige beperkingen €149 (BI: 131-166) en van mensen met matige beperkingen €75 (BI: 62-88). Sinds 2004 zijn de verschillen in uitgaven tussen mensen met een ernstige beperking en mensen met een matige beperking niet noemenswaardig veranderd (Van der Veer et al., 2013).

Mensen met een chronische ziekte of beperking maken dus vaak extra kosten en hebben daarnaast vaak een lager inkomen dan de algemene bevolking. Een kwart van hen moet spaargeld aanspreken om rond te komen of komt zelfs rood te staan (NIVEL, 2014b). In de algemene bevolking is dit 7%. Tot 2014 bestonden er verschillende regelingen waardoor mensen met een chronische ziekte of beperking een tegemoetkoming konden krijgen in de hogere kosten die zij hebben vanwege hun ziekte of beperking. Dit betrof de Compensatie Eigen Risico, de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de fiscale regeling voor de aftrek van specifieke zorgkosten. In 2011 ontving bijna twee derde (64%) van de mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking een bedrag als Compensatie

Eigen Risico. De helft ontving een algemene tegemoetkoming vanuit de Wtcg en ruim een derde (38%) maakte gebruik van de fiscale aftrekregeling voor specifieke zorgkosten (NIVEL, 2014b).

Vanaf 1 januari 2014 zijn deze regelingen vervangen door één regeling die door de gemeenten wordt uitgevoerd. Het kabinet hoopt dat hierdoor meer maatwerk kan worden geleverd zodat het geld terecht komt bij wie dat echt nodig heeft. Het moet ook een besparing gaan opleveren. Het verdient sterke aanbeveling om te monitoren welke gevolgen deze veranderingen hebben voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Gemeenten krijgen een grote vrijheid in de uitvoering van de nieuwe regeling.

Voor dak- en thuislozen is de formele toegankelijkheid van medische basiszorg, met uitzondering van de tandarts, redelijk. Zorgmijdend gedrag speelt echter een belangrijke rol

Daklozen hebben meestal een slechte gezondheid. Daklozen in Amsterdam leven bijvoorbeeld gemiddeld 25 jaar korter dan de gemiddelde Nederlander (Van Laere, 2009). De vraag is of deze slechte gezondheid (deels) is toe te schrijven aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Medische zorg is niet altijd goed toegankelijk voor dak- en thuislozen, zwerfjongeren, verslaafden, (ex-)psychiatrische patiënten, ex-gedetineerden en/of mensen die illegaal in Nederland verblijven. Zij zijn niet ingeschreven bij een huisarts of hebben een slechte band met hun huisarts. Sommigen zijn onverzekerd en/of vertonen zorgmijdend gedrag (Provinciale Raad Gezondheid, 2010).

Wat betreft toegankelijkheid van de zorg, spelen bij dak- en thuislozen subjectieve drempels een grote rol. Wanneer daklozen geen gebruik maken van medische zorg, blijkt dit meestal niet zozeer te liggen aan gebrekkige kennis of informatie, maar aan hun inschatting dat het niet nodig is om een arts in te schakelen. Deze inschatting duidt op zorgmijdend gedrag, gezien het feit dat de gezondheid van dak- en thuislozen beduidend slechter is dan die van de totale bevolking. Om dit gedrag te doorbreken is een vertrouwensband tussen hulpverlener en dakloze zeer belangrijk (Akkermans, 2008). In Eindhoven loopt, naar het Rotterdamse voorbeeld van de Straatdokter, het programma 'Eerstelijnszorg voor Daklozen'. Dit programma zet in op het doorbreken van zorgmijdend gedrag (Elissen et al., 2009; Elissen et al., 2011). In diverse andere steden (Amsterdam, Den Haag, Nijmegen) zijn eveneens huisartsvoorzieningen beschikbaar die specifiek gericht zijn op dak- en thuislozen.

Problemen kunnen ook verwacht worden op het vlak van de financiële toegankelijkheid. Zorgverzekeraars hebben echter een acceptatieplicht als het gaat om de basisverzekering. Het probleem is vaak dat daklozen geen verzekering hebben. Op het moment dat ze zorg nodig hebben, worden ze meestal wel geholpen bij het afsluiten van een zorgverzekering (Akkermans, 2008). Problemen met de financiële toegankelijkheid spelen vooral bij gezondheidszorg die niet in de basisverzekering is ondergebracht, zoals de tandarts.

De toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is de afgelopen tien jaar verbeterd. Voor de toegankelijkheid van de tweedelijnszorg lijken de kosten steeds minder een beperking te zijn

Er worden in Nederland drie groepen van mensen zonder wettige verblijfsvergunning onderscheiden: asielzoekers, mensen in vreemdelingenbewaring en ongedocumenteerde migranten, ofwel illegalen. Deze groepen zijn vanwege hun taal en cultuur, de vaak slechtere gezondheidstoestand en de onzekere positie waarin ze verkeren, een kwetsbare groep in de gezondheidszorg (IGZ, 2011d).

De eerste groep betreft asielzoekers. Met ingang van 1 januari 2009 heeft het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) een nieuw zorgmodel voor de gezondheidszorg voor asielzoekers ingevoerd. Het uitgangspunt van het nieuwe zorgmodel is dat de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk via de reguliere zorg in Nederland verloopt. Asielzoekers maken gebruik van bestaande voorzieningen. Om dit nieuwe model te toetsen heeft de IGZ een onderzoek gedaan naar de toegankelijk van de huisartsenzorg voor asielzoekers. De IGZ constateert dat dit nieuwe zorgmodel goede mogelijkheden biedt voor een toegankelijke huisartsenzorg en een verantwoord bereik van de publieke gezondheidszorg, mits er voldoende oog is voor risico's in het zorgmodel, zoals de mate van zelfredzaamheid van asielzoekers (IGZ, 2011d).

De IGZ heeft ook specifiek onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van geboortezorg voor asielzoekers. De inspectie concludeert dat medewerkers van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA), de verloskundigen, de gynaecologen en de kraamverzorgenden over het algemeen intensieve en specifieke aandacht geven aan zwangere asielzoekers. De grote mate van inzet en betrokkenheid van de hulpverleners leidde tot tevredenheid over de geboortezorg bij de geïnterviewde asielzoekers. Wel moeten er nog verbeteringen doorgevoerd worden met betrekking tot de inzet van professionele tolken en de continuïteit van zorg bij overplaatsingen/verhuizingen van zwangere asielzoekers (IGZ, 2014e).

In 2013 is een rapport van de Nationale ombudsman verschenen waarin hij oordeelt dat de toegang tot medische zorg op de COA-locaties nog te veel drempels kent. Ook stelt hij dat de zelfredzaamheid die van Nederlanders wordt gevraagd niet altijd van asielzoekers kan worden verwacht (de Nationale ombudsman, 2013). In reactie hierop stelt het ministerie van Veiligheid en Justitie, dat dit ook geldt voor andere groepen zoals kwetsbare ouderen, chronisch zieken en patiënten met een lage sociaaleconomische status (VenJ, 2013). Het ministerie van VWS wijst er verder op dat '*de perceptie bij een deel van de onverzekerbare vreemdelingen, dat overheidsorganisaties, het Kwaliteitsinstituut, de IGZ of zelfs een dokter het verlengde van de politie zijn, de formele toegankelijkheid van de zorg de facto niet minder maakt*' (VWS, 2014d).

Sinds 1 januari 2012 zijn wijzigingen in de vergoeding van tolken voor anderstaligen in de gezondheidszorg doorgevoerd. De kosten voor een tolk worden niet meer vergoed met uitzondering voor slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in opvangcentra en vrouwen die in de maatschappelijke opvang verblijven. Hieronder vallen dus niet de mensen in vreemdelingenbewaring en de ongedocumenteerden (illegalen). De KNMG is van mening dat

er meer uitzonderingen moeten zijn waarbij de overheid een rol heeft in de financiering van tolken. De KNMG zal onderzoeken welke doelgroepen en situaties dit betreft en zal mogelijke oplossingsrichtingen verkennen (VWS, 2014f). Overigens is het grootste probleem het ondergebruik van tolkendiensten in de medische zorg en niet het ontbreken van financiering (Meeuwesen, 2012).

Een tweede groep zijn de mensen in vreemdelingenbewaring. In 2014 oordeelde de IGZ dat er sprake is van verantwoorde medische zorg aan ingeslotenen in detentie- en uitzetcentra. Screening bij binnenkomst (binnen 24 uur) vindt zorgvuldig plaats en de medisch noodzakelijke zorg is voldoende laagdrempelig toegankelijk. Deze conclusie is gebaseerd op onderzoek dat de IGZ heeft uitgevoerd tussen februari en augustus 2013. De inspectie bezocht alle detentie- en uitzetcentra tweemaal. Zij toetste of de centra voldeden aan de normen voor verantwoorde zorg. In het bijzonder zijn de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van zorg, deskundigheid van personeel, medische informatieoverdracht en de medicatieveiligheid onderzocht. Tijdens de bezoeken sprak de inspectie met ingeslotenen en medewerkers en had zij inzage in (beleids)documenten en dossiers. Drie onderwerpen vroegen aandacht. De dossiervoering is te gefragmenteerd en onoverzichtelijk. Daarnaast vindt de beoordeling van de psychische gesteldheid onvoldoende systematisch plaats waardoor het gevaar ontstaat dat er onvoldoende zicht is op risicofactoren (zoals suïcidaliteit) en beschermende factoren. Tot slot ontbreekt het aan een uitgewerkt professioneel statuut met afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van en tussen de verschillende zorgverleners. De inspectie zal de uitvoering van verbeteringen op deze onderwerpen in de loop van 2014 onaangekondigd toetsen (IGZ, 2014f). De Onderzoeksraad voor Veiligheid kwam tot een iets scherpere conclusie (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2014). Zij stelde dat er geen aanwijzingen zijn dat asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers in opvanglocaties en detentiecentra structureel onveilig zijn, maar dat ze wel degelijk risico's lopen. Een aandachtspunt is dat medewerkers niet altijd beschikken over de medische informatie die zij nodig hebben. Daarnaast krijgen vreemdelingen met psychische problemen niet altijd de zorg die zij nodig hebben, waardoor het kan gebeuren dat vreemdelingen met onbehandelde psychotrauma's op straat belanden en daar een risico vormen voor zichzelf en hun omgeving. Een andere conclusie is dat bij beslissingen over het vertrek van vreemdelingen met medische klachten de beschikbaarheid en reële toegankelijkheid van medische zorg in de herkomstlanden te weinig betrokken wordt.

De derde groep zijn de illegalen (waaronder uitgeprocedeerde asielzoekers) en andere onverzekerbare vreemdelingen. Op 1 juli 1998 werd de wijziging van de vreemdelingenwet en enkele andere wetten van kracht, de zogenaamde Koppelingswet. Deze wet koppelt het recht op collectieve voorzieningen aan de verblijfsrechtelijke status van vreemdelingen. Door invoering van de Koppelingswet zijn illegalen in principe uitgesloten van collectieve voorzieningen op het gebied van arbeid en sociale zekerheid, waaronder de ziektekosten-verzekering. Illegalen behouden echter wel toegang tot gezondheidszorg wanneer ze de kosten zelf betalen of wanneer de zorg 'medisch noodzakelijk' wordt geacht. Zorgaanbieders werden daarvoor echter niet gecompenseerd. De invoering van de Zvw in 2006 heeft hier geen verandering in gebracht.

Tabel 10.2: Declaraties door zorgaanbieders aan Zorginstituut Nederland voor geleverde zorg aan illegalen, 2009-2012 (Bronnen: CVZ, 2012; CVZ, 2013c).

Zorgvorm	2009	2010	2011	2012
Ziekenhuizen	2.620.000	8.626.000	11.870.000	9.982.000
Farmacie	2.760.000	3.279.000	3.510.000	3.753.000
GGZ	0	1.098.000	3.689.000	4.313.000
AWBZ	0	159.000	889.000	1.211.000
Eerste lijn	1.138.000	1.098.000	1.949.000	1.786.000
Hulpmiddelen	20.000	30.000	77.000	79.000
Ambulance	10.000	124.000	237.000	249.000
Totaal	6.790.000	14.414.000	22.221.000	21.596.000

Op 1 januari 2009 is een wijziging van de Zvw in werking getreden. Doel hiervan was om zorgaanbieders te compenseren voor misgelopen inkomsten ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen. In de Zvw is deze wijziging opgenomen als artikel 122a. Uitgangspunt blijft dat illegalen zelf verantwoordelijk worden gehouden voor de kosten. Als dat niet mogelijk is, kan de zorgverlener aanspraak maken op een vergoeding door Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ). De verleende zorg moet onder het basispakket van de Zvw vallen. In de meeste gevallen kunnen zorgaanbieders 80% van de oninbare kosten declareren bij Zorginstituut Nederland. Uitzondering hierop vormt de vergoeding voor zwangerschap en bevalling. Het oninbare deel van deze kosten wordt voor 100% vergoed.

Sinds 2009 brengt Zorginstituut Nederland jaarlijks de Monitor Regeling Financiering Illegalen uit. Het blijkt dat de jaarlijks vergoedingen stijgen. *Tabel 10.2* geeft hiervan een overzicht. We zien jaarlijks een grote stijging van de declaraties van zorgverleners. Deze stagneert echter in 2012. De stagnatie is voornamelijk toe te schrijven aan de daling bij de ziekenhuizen. Dit effect is volgens Zorginstituut Nederland te verklaren door de overgang naar een nieuw declaratiesysteem (van DBC's naar DOT). Nog niet alle ziekenhuizen zijn in staat om op basis van DOT te factureren. Zorginstituut Nederland neemt aan dat in 2013 het inhaaleffect te zien zal zijn (CVZ, 2013c).

De toename van de declaraties voor farmaceutische kosten wijst erop dat er grote bekendheid is met de regeling bij zowel de zorgverleners als de illegalen (CVZ, 2013c). Vanaf 1 januari 2014 wordt per receptregel een eigen bijdrage van vijf euro per receptregel gevraagd. Het ministerie van VWS wijst erop dat het uitgangspunt is dat onverzekerbare vreemdelingen hun medisch noodzakelijk zorg zoveel mogelijk zelf betalen. De zorgverlener kan aan Zorginstituut Nederland een compensatie vragen als hij er niet in slaagt het volledige bedrag te incasseren bij de onverzekerde patiënt. Uit inventarisatie van Zorginstituut Nederland is naar voren gekomen dat onverzekerbare vreemdelingen vaak weten dat de apotheek de niet betaalde

rekening kan declareren. Deze wetenschap leidde vervolgens tot een scherpe daling van de bereidheid bij illegalen om te betalen. De verstrekking van medicijnen was daarmee verworden tot 'gratis medicatie voor illegalen'. Dat vindt de minister een onwenselijke situatie, zeker gezien het feit dat een Zvw-verzekerde maandelijks zorgpremie betaalt en een eigen risico van 360 euro per jaar heeft (VWS, 2014e).

Voor de toegankelijkheid van zorg voor illegalen streeft Zorginstituut Nederland ernaar om in elke gemeente een eerstelijns zorgaanbieder te contracteren en in elke AWBZ-regio één of meerdere ziekenhuizen. Hiermee lijkt de toegankelijkheid van zowel de eerstelijns- als de tweedelijnszorg duidelijk verbeterd ten opzichte van 10 jaar geleden. Er zijn echter nog wel problemen. Zorgkosten die niet in het basispakket zitten, zoals tandartskosten en bepaalde antidepressiva, worden niet vergoed. Dat kan betekenen dat patiënten te lang met klachten blijven doorlopen en daardoor zelfs op de eerste hulp kunnen belanden.

10.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg vanuit het 'equity'-perspectief. Daarbij is vooral nagegaan of de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is. We hebben gekeken naar verschillen in zorggebruik tussen diverse bevolkingsgroepen, gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Als er verschillen in zorggebruik worden gevonden, is dat een aanwijzing dat er ook verschillen in toegankelijkheid zijn. We zien dat hoogopgeleiden in vergelijking met laagopgeleiden meer gebruik maken van de tandarts, de fysiotherapeut en de medisch specialist en meer medicijnen zonder recept gebruiken. Met uitzondering van de medisch specialist gaat het om zorg die niet in het basispakket zit. Dit wijst op mindere toegankelijkheid van deze zorgsectoren voor mensen met een lage opleiding. Er kan echter niet uitgesloten worden dat hoger opgeleiden (met veelal een hoger inkomen) juist teveel gebruik maken van deze zorgvormen. Huishoudens uit de laagste inkomensgroep geven jaarlijks ongeveer 450 euro uit aan eigen bijdragen in de gezondheidszorg. Huishoudens uit de hoogste inkomensgroep geven drie keer zoveel uit. Met de beschikbare informatie is niet na te gaan of zij daarmee voor hen noodzakelijke zorg inkopen.

Laagopgeleiden maken meer gebruik van ziekenhuiszorg. Mogelijk is dat een compensatie voor het feit dat hoogopgeleiden vaker een bezoek brengen aan de specialist. Opvallend is dat uit een internationale vergelijking van de OECD blijkt dat de tandarts ook voor mensen met een smalle beurs (vaak lager opgeleiden) in Nederland goed toegankelijk is; slechts 2% van de mensen met een laag inkomen mijdt de tandarts vanwege de kosten. Gecombineerd met de constatering dat veel meer hoog- dan laagopgeleiden jaarlijks de tandarts bezoeken, zou geconcludeerd kunnen worden dat hoogopgeleiden teveel gebruik maken van mondzorg.

Het is moeilijk om goede informatie te vinden over etnische verschillen in toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit komt doordat allochtone groepen vaak ondervertegenwoordigd zijn in enquêtes. Er is één studie gevonden die verschillen in toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg naar etniciteit beschrijft. In deze studie zijn geen verschillen tussen etnische

groepen gevonden in de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Als in de toekomst in de Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM ook vragen opgenomen worden over zorggebruik, dan zou dat een goede bron kunnen zijn om verschillen in zorggebruik naar etniciteit te onderzoeken.

Naast studies die kijken naar verschillen in zorggebruik gecorrigeerd voor gezondheidstoestand, zijn er ook studies die kijken naar ervaren patiëntgerichte zorg. Dit geeft een ander perspectief van 'equity'. Uit de Consumer Quality (CQ) indexcijfers blijkt dat er geen verschillen worden ervaren in patiëntgerichtheid tussen hoger en lager opgeleiden.

De staat van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen is vaak een goede indicatie voor de staat van de toegankelijkheid voor de hele bevolking. De financiële toegankelijkheid van de zorg voor mensen met een chronische ziekte of beperking is minder goed dan gemiddeld. Zij geven maandelijks ongeveer 86 euro extra uit aan zorg. Dat is ongeveer 1000 euro op jaarbasis. Vanaf 1 januari 2014 zijn allerlei veranderingen doorgevoerd in het vergoedingensysteem voor deze groep. Het verdient sterke aanbeveling om te monitoren welke gevolgen deze veranderingen hebben voor de financiële toegankelijkheid voor deze groep.

Een andere kwetsbare groep betreft de dak- en thuislozen. Voor hen is de formele toegang van de medische basiszorg redelijk. Zorgmijdend gedrag speelt echter een belangrijke rol. Dat geldt in sterke mate voor de tandartsenzorg. Hier speelt namelijk ook nog een financiële drempel vanwege het feit dat de tandarts niet uit de basisverzekering vergoed wordt.

Tot slot is gekeken naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettige verblijfsvergunning. Hier worden drie groepen onderscheiden: asielzoekers, mensen in vreemdelingenbewaring en ongedocumenteerden ofwel illegalen. Sinds 2009 loopt de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk via de reguliere zorg. Voor deze groep zijn dus formeel geen toegankelijkheidsbarrières. De IGZ heeft in 2013 een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van de zorg voor mensen in vreemdelingenbewaring. De conclusie was dat de medische noodzakelijke zorg voldoende laagdrempelig toegankelijk is en dat de screening bij binnenkomst (binnen 24 uur) zorgvuldig plaatsvindt. Wel zijn er drie punten die aandacht vragen: dossiervoering is gefragmenteerd, beoordeling van de psychische gesteldheid is niet systematisch genoeg en afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen zorgverleners zijn onvoldoende geformaliseerd. De Onderzoeksraad voor Veiligheid constateerde in 2014 dat er geen sprake is van structurele onveiligheid, maar zag wel enkele risico's: benodigde medische informatie is niet altijd beschikbaar, vreemdelingen krijgen niet altijd de benodigde zorg voor hun psychische problemen en bij beslissingen over het vertrek wordt te weinig gekeken naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van medische zorg in het herkomstland. Voor ongedocumenteerden (illegalen) is de gezondheidszorg toegankelijk mits ze de kosten zelf betalen of wanneer de zorg 'medisch noodzakelijk' wordt geacht. In 2009 is een aanpassing gekomen van de Zvw waardoor zorgverleners tot 80% van de oninbare kosten bij kunnen declareren. De facto is hiermee de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor ongedocumenteerden verbeterd.

11 Transparantie van kwaliteit

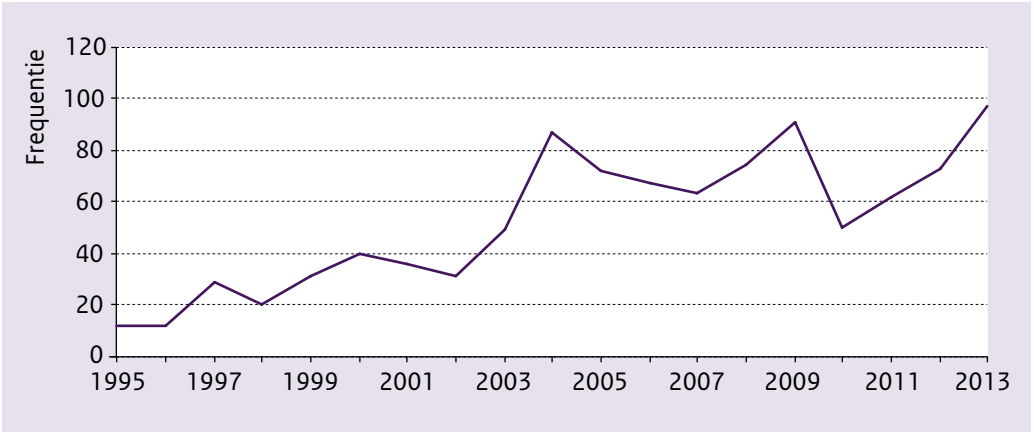
11.1 Inleiding

De vorige Zorgbalans bevatte een hoofdstuk over de effecten van de stelselwijziging. In dat hoofdstuk werd geconcludeerd dat goede en structurele informatie over kwaliteit op dat moment nog ontbrak maar dat er ontwikkelingen gaande waren die zouden kunnen leiden tot meer informatie hierover (Westert et al., 2010). Vier jaar later blijkt dat inderdaad het geval te zijn geweest. In dit hoofdstuk gaan we in op deze ontwikkelingen en laten we zien wat deze hebben opgeleverd voor de transparantie van kwaliteit van zorg. Transparantie over de kosten van zorg valt buiten de scope van dit hoofdstuk.

11.2 Transparantie van kwaliteit: doel en functie

Wat is transparantie van kwaliteit?
De term transparantie verwijst naar zichtbaarheid. Het gebruik van de term is in stukken van de Tweede Kamer over de gezondheidszorg ongeveer vertienvoudigd in de periode 1995-2013. Buiten de gezondheidszorg liet het gebruik van de term een vergelijkbare stijging zien in dezelfde periode. De populariteit van het begrip transparantie is dus zeker niet uniek voor de gezondheidszorg (Scholtes, 2012).

Figuur 11.1: Het aantal keer dat het woord 'transparant' voorkomt in tweede kamerstukken over de gezondheidszorg, 1995-2013 (Bron: SDU-database).



De term transparantie wordt in verschillende contexten met verschillende betekenissen gebruikt. Kwaliteit van zorg wordt in deze Zorgbalans omschreven als effectief, veilig en vraaggericht. Transparantie van kwaliteit gaat dus over de zichtbaarheid van deze zaken. Het gaat hierbij vooral om informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders en verzekeraars. Het transparant of zichtbaar maken van kwaliteit van zorg is daarbij geen doel op zich maar een middel om kwaliteit te borgen of te bevorderen. Een belangrijk principe is dat de kwaliteit van een individuele zorgaanbieder of verzekeraar kan worden vergeleken met andere aanbieders en verzekeraars. Zonder vergelijking is vaak niet duidelijk of de resultaten van kwaliteitsmetingen goed of slecht zijn en of kwaliteitsverbetering bij een zorgaanbieder al dan niet nodig is. We definiëren transparantie van kwaliteit van zorg dan ook als de beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders of verzekeraars.

Voor wie moet kwaliteit van zorg transparant zijn en waarom?
In *tabel 11.1* onderscheiden we vier belangrijke actoren in de gezondheidszorg die belang hebben bij inzicht in kwaliteit van zorg: zorggebruikers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. De meeste aandacht lijkt uit te gaan naar de zorggebruiker. Dit past ook bij de keuze van de overheid voor een vraaggestuurd stelsel waarbij de zorggebruiker zijn verzekeraar en zorgaanbieder zelf kan kiezen (VWS, 2001; NZa, 2009; WMG, 2006). Kwaliteit van zorg dient dus transparant te zijn voor zorggebruikers om een rol te kunnen spelen bij de keuze voor een zorgaanbieder. Zorggebruikers zouden ook een keuze moeten kunnen maken voor een verzekeraar. Dit kan geschieden op basis van informatie over geboden service, de dekking, de gecontracteerde zorgaanbieders en de kwaliteit van de zorg die deze zorgaanbieders leveren.

Tabel 11.1: De functie van transparantie voor verschillende actoren in de zorg.

Zorggebruiker	Kiezen van een zorgaanbieder
	Kiezen van een zorgverzekeraar
Zorgaanbieder	Interne kwaliteitsverbetering
	Verantwoording naar verzekeraars en samenleving
Zorgverzekeraar	Inkopen op basis van kwaliteitscriteria
Overheid	Uitoefenen van toezicht
	Houdbaarheid: stimuleren van kwaliteit en betaalbaarheid

Zorgaanbieders willen informatie over kwaliteit om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en om extern verantwoording af te leggen aan zorgverzekeraars en aan de samenleving. Dit laatste wordt steeds belangrijker aangezien de laatste jaren – mede als gevolg van meer transparantie – steeds duidelijker wordt dat er kwaliteitsverschillen bestaan. Daarmee groeit de wens dat zorgaanbieders zich verantwoorden over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. In een recente beleidsbrief wordt in dit verband gesproken over de informatieparadox. Dit is het fenomeen dat transparantie enerzijds helpt bij kwaliteitsverbetering, terwijl deze anderzijds het vertrouwen van de samenleving in de kwaliteit van zorg aantast omdat onaanvaardbare situaties eerder en vaker aan het licht komen (VWS, 2013k).

Als derde partij onderscheiden we de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren steeds meer ruimte gekregen om te onderhandelen over de prijs en inhoud van de zorg (zie ook *hoofdstuk 12*). Het is van groot belang dat deze onderhandelingen niet alleen over de prijs maar ook over de kwaliteit van zorg gaan. Anders zou een ongewenste uitruil tussen kwaliteit en prijs kunnen plaatsvinden (VWS, 2013l). Transparantie van kwaliteit is dus essentieel voor evenwichtige onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Tot slot is de overheid een partij die belang heeft bij transparantie van kwaliteit van zorg. Voor de overheid is transparantie een instrument om kwaliteit van zorg te borgen of te bevorderen. Dit instrument wordt op verschillende manieren ingezet. Allereerst speelt transparantie een belangrijke rol in het systeem van gereguleerde concurrentie. De gedachte hierachter is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars concurreren op prijs én op kwaliteit. Dit moet leiden tot beheersing van kosten (prijsconcurrentie) bij gelijkblijvende of stijgende kwaliteit van zorg (kwaliteitsconcurrentie) (VWS, 2013l). Dit werkt alleen als naast de prijs ook de kwaliteit van zorg transparant is.
Een tweede toepassing van transparantie van kwaliteit door de overheid betreft het toezicht door de IGZ. Een belangrijke ontwikkeling in dit verband betreft de risicoselectie: de IGZ bezoekt vooral die instellingen waar op basis van kwaliteitsinformatie een mogelijk risico op onverantwoorde zorg bestaat. Dit moet de IGZ in staat stellen om met beperkte capaciteit een dekkend toezicht uit te oefenen (Kruikemeier et al., 2010).

Tot slot biedt transparantie van kwaliteit van zorg de overheid de mogelijkheid om de effecten van beleid, beleidswijzigingen en demografische ontwikkelingen op de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te monitoren. Het gaat hierbij vooral om het algemene niveau van de gezondheidszorg en een algemene indruk van eventuele praktijkvariatie.

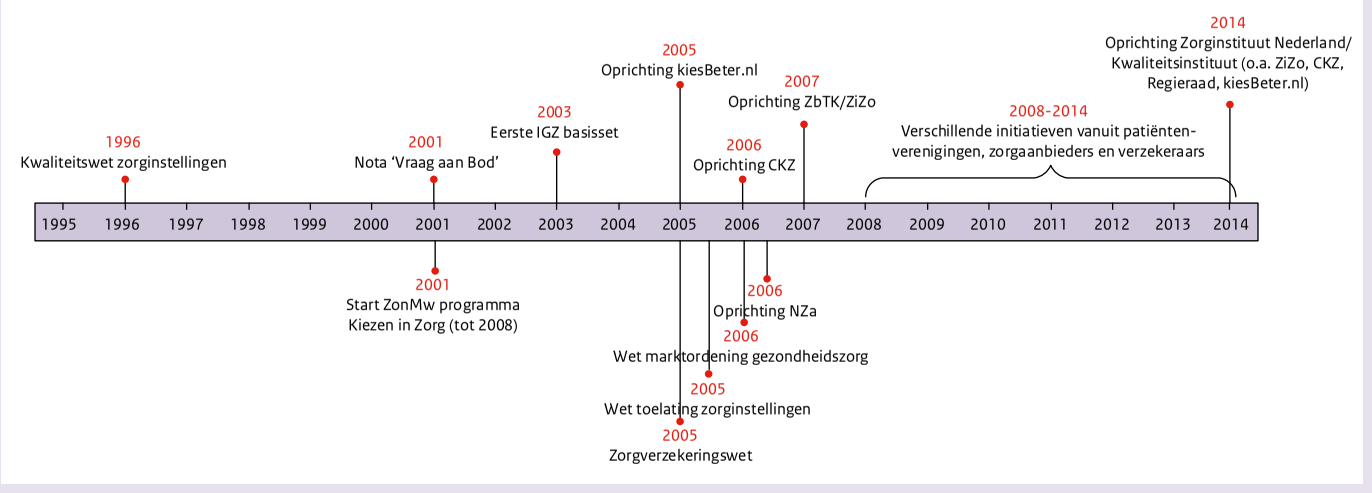
Kwaliteitsinformatie wordt voor verschillende doeleinden gebruikt. Zo richten zorgverleners zich veelal primair op medisch technische aspecten van kwaliteit (Feinstein, 2002) terwijl patiënten doorgaans ook veel belang hechten aan de relatie met de zorgverlener (De Boer et al., 2011). De verschillende actoren en gebruiksdoelen vragen dan ook verschillende typen kwaliteitsinformatie.

11.3 Ontwikkeling van transparantie van kwaliteit: een korte geschiedenis

Activiteiten van de overheid
De afgelopen jaren zijn veel initiatieven ontplooid om transparantie van kwaliteit te bevorderen. Aan de hand van een tijdlijn schetsen we een globaal beeld van de geschiedenis van transparantie van kwaliteit van zorg (zie *figuur 11.2*). In de jaren '90 werd de term transparantie in politiek en media nog betrekkelijk weinig gebruikt (Scholtes, 2012). Ook in de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) uit 1996 komt het woord transparantie als zodanig niet voor (Kwz, 1996). Toch vormt deze wet een belangrijke stap in de richting van transparantie van kwaliteit van zorg. De wet regelt namelijk onder meer dat zorgaanbieders jaarlijks openbaar verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg (artikel 5). In diezelfde periode was ook de discussie over marktwerking in de gezondheidszorg in volle gang. Dit leidde in 2001 tot de nota 'Vraag aan Bod' (VWS, 2001) die zowel een bezinning op het zorgstelsel bevatte als de visie van het toenmalige kabinet op de noodzakelijke vernieuwingen daarop. Belangrijke elementen uit deze nota zijn meer vraagsturing, marktwerking en concurrentie. Belangrijke randvoorwaarde was het verhogen van transparantie bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hetzelfde jaar startte ZonMw het programma 'Kiezen in Zorg'. Dit programma sloot nauw aan bij de visie uit deze nota en had als doel de zorg meer vraaggeörienteerd te maken en de sturing door zorggebruikers te vergroten. Daarnaast ontwikkelde de IGZ een basisset prestatie-indicatoren die in 2003 voor het eerst naar de ziekenhuizen werd gestuurd en die moest leiden tot openbare informatie over kwaliteit van zorg in ziekenhuizen (Meijering, 2003).

Ondertussen werkte de overheid haar visie uit in wetten en nieuw beleid dat heeft geleid tot de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZ, 2005), de Zorgverzekeringswet (ZVW, 2005) en de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG, 2006) in 2005 en 2006. Deze wetten dienden concurrentie en vraagsturing in de zorg te bevorderen, waarbij transparantie van kwaliteit van zorg en zorgverzekeringen herhaaldelijk werden benoemd als belangrijke randvoorwaarden. De overheid nam in dezelfde periode dan ook enkele belangrijke initiatieven om de transparantie van kwaliteit van zorg en zorgverzekeringen te verbeteren. Zo

Figuur 11.2: Tijdlijn met belangrijke gebeurtenissen voor het bevorderen van transparantie van kwaliteit.



werd de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het leven geroepen. Deze kreeg een rol als marktmeester in de zorg en moest onder meer toezicht houden op de mate van transparantie van kwaliteitsinformatie. Tevens kreeg het RIVM de opdracht om een website met (keuze-) informatie voor zorggebruikers te ontwikkelen (kiesBeter.nl). Daarnaast werd met subsidie van de overheid de stichting Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Deze moest een methode voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief beheren en doorontwikkelen (de Consumer Quality Index; CQ-index of CQI). Tot slot heeft de overheid via het programma Zichtbare Zorg financiële en secretariële ondersteuning beschikbaar gesteld aan veldpartijen om indicatorensets te ontwikkelen.

Initiatieven van veldpartijen
Niet alleen de overheid heeft zich ingespannen om transparantie van kwaliteit te bevorderen, ook veldpartijen zijn hier op veel verschillende manieren mee bezig geweest. Zo hebben brancheorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en verzekeraars zitting genomen in stuurgroepen die met ondersteuning van Zichtbare Zorg indicatoren ontwikkelden en uitvroegen. Tevens hebben deze partijen bijgedragen aan de ontwikkeling van vragenlijsten voor de CQ-index (Hopman et al., 2011). Daarnaast hebben verschillende veldpartijen eigen initiatieven ontplooid. Zo hebben de zorgverzekeraars een stichting opgericht die metingen met CQ-index vragenlijsten coördineert om hen van informatie te voorzien (Stichting Miletus). Ook hebben de zorgverzekeraars een stichting opgericht voor het meten van kwaliteit van zorg met behulp van zogenaamde Patient Reported Outcome Measures (PROMs; PROMSNederland). De bedoeling hiervan is om te meten welke gezondheidswinst patiënten ervaren van een behandeling en om te bekijken of dit verschilt tussen zorgaanbieders. De Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie (NPCF) heeft een website opgericht waar patiënten hun zorgaanbieders kunnen beoordelen en hun ervaringen kunnen delen (www.zorgkaartnederland.nl). Tot slot zijn de zorgaanbieders in verschillende sectoren bezig om hun eigen kwaliteitsregistraties op te zetten met als doel de kwaliteit van zorg te monitoren, borgen en verbeteren (DICA, 2013a; ROM, 2013).

In *paragraaf 11.5* gaan we dieper in op een aantal voornoemde initiatieven. Verschillende veldpartijen hebben eigen initiatieven ontplooid. Kennelijk was er behoefte aan aanvullende initiatieven naast de initiatieven van de overheid. Daarnaast verandert de rol die de overheid voor zichzelf ziet bij het bevorderen van transparantie. Zo is in 2010 door het toenmalige kabinet besloten om verschillende activiteiten op het gebied van pakketbeheer, richtlijnontwikkeling en transparantie van kwaliteit onder te brengen in één nationaal instituut voor de zorg (VWS, 2010a). In de jaren daarna is dit concept verder ontwikkeld tot het Zorginstituut Nederland dat in de loop van 2012 en 2013 is ingericht en waar onder meer Zichtbare Zorg, het CKZ en kiesBeter.nl in op zijn gegaan. Gedurende 2013 bestond het Zorginstituut formeel echter nog niet, hangende de behandeling van een wetsvoorstel waar de eerste kamer eind 2013 mee in heeft gestemd. Per 1 April 2014 is het Zorginstituut formeel operationeel. Uit de voorbereidende werkzaamheden van het Zorginstituut is al duidelijk geworden dat het initiatief voor het ontwikkelen van indicatoren en het uitvoeren van metingen veel meer bij het veld wordt gelegd dan bij Zichtbare Zorg het geval was.

11.4 Hoe ontstaat transparantie van kwaliteit en aan welke voorwaarden moet het voldoen?

Alvorens in te gaan op de stand van zaken rond transparantie van kwaliteit, staan we kort stil bij de wijze waarop transparantie tot stand komt en welke voorwaarden worden gesteld aan kwaliteitsinformatie.

Definiëren wat kwaliteit is: verschillende perspectieven
Er zijn verschillen tussen de eerdergenoemde actoren (zie *tabel 11.1*) in wat zij verstaan onder kwaliteit van zorg en aan welke kwaliteitsaspecten zij meer of minder belang hechten. Zo hechten patiënten doorgaans veel belang aan de communicatie en de relatie met de zorgverlener (De Boer et al., 2011) terwijl zorgverleners zich vaak primair richten op medisch technische aspecten van kwaliteit (Feinstein, 2002). Teneinde recht te doen aan de verschillende perspectieven van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars, werken deze partijen regelmatig samen bij het definiëren van kwaliteit en het onderscheiden van verschillende aspecten van kwaliteit.

Kwaliteit meten: meetinstrumenten en indicatoren definiëren
Een volgende stap in het transparant maken van kwaliteit is het vertalen van kwaliteitsaspecten naar indicatoren. Een indicator is 'een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg' (RGO, 1990). Doorgaans wordt bij het ontwikkelen van indicatoren geput uit twee bronnen: registraties van zorgaanbieders (zorginhoudelijke indicatoren) en meetinstrumenten voor het meten van patiëntervaringen (CQ-index of PROMs). Er zit wel een grens aan het aantal vragen dat redelijkerwijs in een vragenlijst voor patiënten kan worden opgenomen of aan de hoeveelheid gegevens die instellingen kunnen registreren. Er is dus een beperkte ruimte om zorginhoudelijke indicatoren en patiëntervaringen uit te vragen. Idealiter overleggen de verschillende actoren dan ook over de inhoud van de indicatoren, zodat verschillende informatiebehoeften zoveel mogelijk worden gedekt met één indicatorenset.

Metingen uitvoeren: standaardisatie en vergelijkbaarheid borgen
Bij het vergelijken van zorgaanbieders of zorgverzekeraars is het van belang dat de gevonden verschillen ook echt verschillen in kwaliteit van zorg zijn. Dit betekent dat metingen zoveel mogelijk gestandaardiseerd moeten plaatsvinden zodat vertekening van gegevens wordt voorkomen. Dat deze standaardisatie niet altijd even eenvoudig te realiseren is, komt later nog aan de orde. Ook zijn inspanningen nodig om de privacy van patiënten te waarborgen en te voorkomen dat (medische) gegevens of onderzoeksresultaten te herleiden zijn naar individuele patiënten.

Resultaten verwerken: vergelijken, onderscheiden en presenteren
Bij het verwerken en analyseren van de resultaten komen verschillende onderzoekstechnische kwesties aan de orde. Zo wordt vaak op grond van meetresultaten bekeken of een indicator ook meet wat de indicator beoogt te meten (validiteit) en of de metingen met die indicator

voldoende precisie hebben (betrouwbaarheid). Voor validiteit en betrouwbaarheid geldt 'hoe hoger hoe beter'. Naast validiteit en betrouwbaarheid is ook de vergelijkbaarheid van resultaten tussen zorgaanbieders van belang. Verschillen op indicatorscores kunnen niet altijd worden toegeschreven aan zaken waar zorgverleners invloed op hebben. Zo kan de ene zorgaanbieder een 'moeilijkere patiëntenpopulatie' hebben dan de andere. Dat kan een vergelijking tussen beide zorgaanbieders vertekenen. Soms kan men dit oplossen met een statistische correctie: casemix correctie (Van den Bosch et al., 2010).

Een ander belangrijk thema betreft de mate waarin resultaten ook daadwerkelijk verschillen laten zien tussen zorgaanbieders. In de praktijk komt het geregeld voor dat metingen met indicatoren weinig tot geen verschillen laten zien tussen zorgaanbieders. Wanneer een indicator veel verschillen laat zien tussen zorgaanbieders of zorgverzekeraars zijn de resultaten beter te gebruiken. Naarmate verschillen groter zijn, kan met kleinere steekproeven worden volstaan. Dit heeft praktische voordelen (De Boer et al., 2011). Wanneer we kijken naar het gebruik van de kwaliteitsinformatie is het dus wenselijk dat die informatie veel verschillen laat zien. Niettemin kan het ook nuttig zijn om te weten dat sommige kwaliteitsaspecten niet (meetbaar) verschillen tussen zorgaanbieders.

De laatste stap in het transparant maken van kwaliteit van zorg is het ontsluiten van kwaliteitsinformatie. Daarbij gaat het niet alleen om de vraag óf kwaliteitsinformatie toegankelijk is, maar ook in welke vorm. Is de informatie herleidbaar tot zorgaanbieders of gaat het om gegevens op sectorniveau? En is de informatie op een begrijpelijke wijze gepresenteerd en is deze voldoende toegesneden op de gebruikers van die informatie? Deze kwesties zijn doorslaggevend voor het uiteindelijk gebruik van kwaliteitsinformatie.

Bestaande richtlijnen en standaarden voor meetinstrumenten
Om uniformiteit aan te brengen in de ontwikkeling en het gebruik van meetinstrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg zijn de afgelopen jaren documenten met richtlijnen ontwikkeld. Voor de ontwikkeling en het gebruik van CQI vragenlijsten zijn handboeken en werkinstructies verschenen (Koopman et al., 2011). Daarnaast is in de vorm van de Indicatorstandaard een beoordelingskader voor de kwaliteit van zorginhoudelijke indicatoren verschenen (Koolman et al., 2012). Zowel de CQI Handboeken als de Indicatorstandaard zijn grotendeels gebaseerd op bestaande uitgangspunten en wetenschappelijke principes. Beiden zijn belangrijke pijlers van een overkoepelend toetsingskader dat Zorginstituut Nederland recent heeft gelanceerd (Zorginstituut Nederland, 2014c). Dit toetsingskader is bedoeld voor het toetsen van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten die bij het instituut kunnen worden aangeboden voor opname in een register. De verschillende perspectieven op kwaliteit krijgen een prominente plaats in het toetsingskader van het Zorginstituut: de betrokkenheid van alle relevante partijen (doorgaans patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) is een nadrukkelijke voorwaarde voor opname van een kwaliteitsstandaard of een meetinstrument in het register (Zorginstituut Nederland, 2014c).

Samengevat vormen het definiëren van kwaliteit van zorg samen met het operationaliseren van kwaliteit in meetbare indicatoren een belangrijke stap in het transparant maken van

kwaliteit. Essentieel bij deze stappen zijn de actoren die worden betrokken aangezien zij verschillende perspectieven op kwaliteit (kunnen) hebben. Vervolgens spelen verschillende onderzoekstechnische kwesties een rol die deels al zijn uitgekristalliseerd in concrete voorwaarden en criteria (Koolman et al., 2012; Koopman et al., 2011; Zorginstituut Nederland, 2014c). Alleen voor de wijze waarop gegevens worden ontsloten en gepresenteerd, lijken heldere criteria nog te ontbreken. Mogelijk speelt hierbij een rol dat het helder presenteren van informatie om een vereenvoudiging vraagt die ten koste zou kunnen gaan van volledigheid en nuance.

11.5 Stand van zaken transparantie: een impressie van initiatieven

De afgelopen jaren hebben veel ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van transparantie van kwaliteit. In deze paragraaf beschrijven we enkele casussen die transparantie van kwaliteit van zorg tot doel hadden. Het gaat om Zichtbare Zorg, de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), de PROMs, de ROM, de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), kiesBeter.nl en ZorgkaartNederland. Bij de selectie van deze casussen is rekening gehouden met de grootte en impact van het initiatief en is getracht een goede mix van initiatieven vanuit verschillende actoren samen te stellen. De selectie is relevant en illustratief maar niet volledig. De beschrijving van de casussen is gebaseerd op openbare informatie zoals rapporten, artikelen, nieuwsberichten en websites.

Bij de beschrijving van de casussen worden de stappen in het ontwikkelen van transparantie van kwaliteit uit de vorige paragraaf meegenomen: we bekijken van welke actor(en) het initiatief kwam, welke actoren verder nog betrokken waren, wat het doel was, hoe kwaliteit werd gedefinieerd, welke kwaliteitsinformatie de casus heeft opgeleverd, voor wie deze informatie toegankelijk was en wat de kwaliteit van de informatie was. De bestudering van de genoemde casussen leverde de volgende kernbevindingen op:

- Kwaliteit van zorg wordt op verschillende manieren gedefinieerd: van het naleven van richtlijnen en lage ziekenhuissterfte tot goede patiëntervaringen en patiëntgerapporteerde uitkomsten. Dit levert zeer uiteenlopende vormen van kwaliteitsinformatie op.
- Metingen concentreren zich op twee informatiebronnen: registraties van zorgaanbieders en ervaringen van patiënten (voornamelijk middels vragenlijsten).
- De actoren uit *tabel 11.1* (zorggebruiker, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en overheid) staan allemaal aan de basis van één of meer initiatieven om kwaliteit van zorg transparant te maken.
- Het blijkt lastig om tot goede kwaliteitsinformatie te komen. Vrijwel ieder initiatief heeft te maken met kritiek op de kwaliteit en/of de inhoud van kwaliteitsinformatie. Dit geldt in grote mate voor Zichtbare Zorg en de HSMR en nauwelijks voor de DICA.
- De toegankelijkheid van informatie van de verschillende initiatieven varieert sterk: van volledig openbaar en herleidbaar tot zeer beperkte toegang voor één of enkele partijen anders dan de initiatiefnemer.

- Soms zijn er hoge drempels voor toegankelijke informatie, bijvoorbeeld als de informatie versnipperd is of als informatie een groot beroep doet op aanvullende kennis of cognitieve vaardigheden van de gebruiker.

Hieronder volgt een gedetailleerde uitwerking van iedere casus. Het uiteindelijk gebruik van de informatie bespreken we in *paragraaf 11.6* waar we per actor een beeld schetsen van het gebruik van kwaliteitsinformatie.

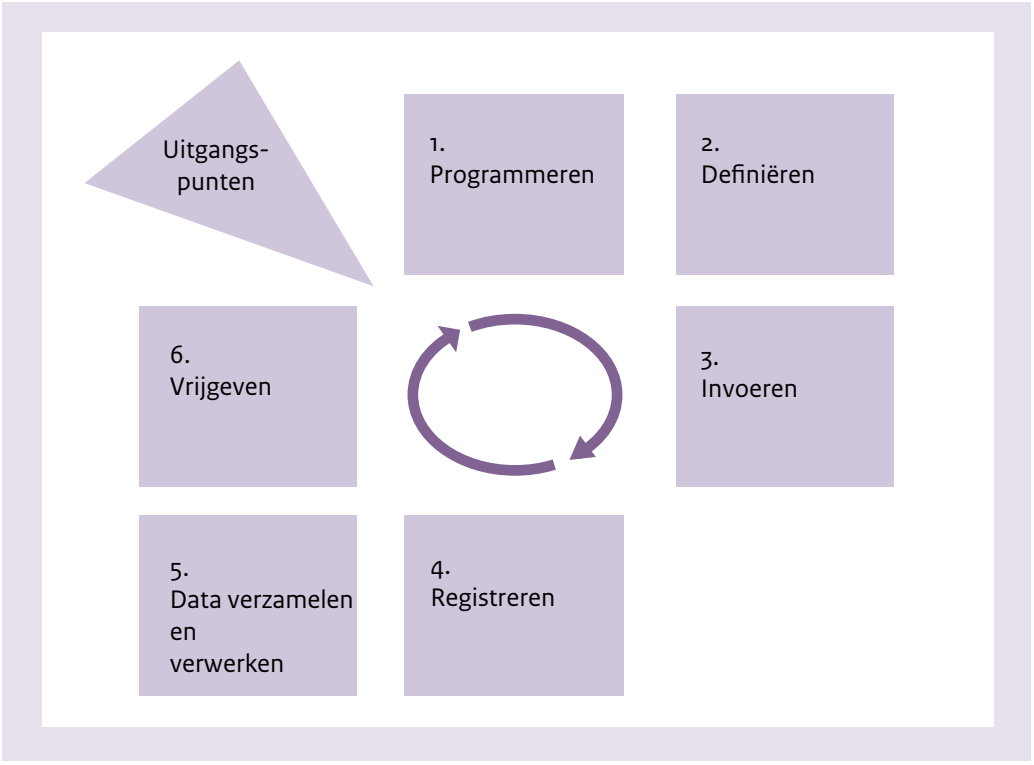
Zichtbare Zorg

Initiatief	Overheid
Betrokken actoren	Patiënten en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, IGZ
Doel	Gezamenlijk indicatoren ontwikkelen, uitvragen en gebruiken
Kwaliteitsdefinitie	Niet expliciet / eenduidig; verschilt per sector
Kwaliteitsinformatie	Scores op verschillende indicatoren in verschillende sectoren
Toegankelijkheid van informatie	Grotendeels openbaar en herleidbaar. Op websites gepresenteerd en/of alleen opvraagbaar als excelbestand.
Kwaliteit van de informatie	Bekritiseerd door onder meer zorgaanbieders en Algemene Rekenkamer. Indicatoren voldoen vaak niet aan de criteria uit de Indicatorstandaard en de registratie laat te wensen over.

De oprichting van Zichtbare Zorg werd geïnitieerd en gefinancierd vanuit de overheid. Zichtbare Zorg begon in 2007 onder de naam Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK) en werd ondergebracht bij de IGZ. Zichtbare Zorg had als taak om veldpartijen (lees: organisaties die de actoren uit *tabel 11.1* vertegenwoordigen) te ondersteunen bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en het organiseren van metingen. Het doel was dat veldpartijen samen indicatorensets zouden ontwikkelen en gebruiken, waarmee draagvlak voor de indicatoren zou ontstaan. Door het neerleggen van één gezamenlijke informatievraag bij de instellingen, zouden administratieve lasten beperkt blijven. Zichtbare Zorg had de ambitie om de kwaliteit van zorg transparant te maken in de sectoren ziekenhuizen en ZBC's, eerstelijnszorg, farmacie, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging, verzorging en thuiszorg.

Zichtbare Zorg is het meest omvangrijke initiatief voor het transparant maken van kwaliteit van zorg tot nu toe. De wijze waarop Zichtbare Zorg te werk ging, is vastgelegd in een

Figuur 11.3: Werkwijze van Zichtbare Zorg (Bron: ZiZo, 2009).



raamwerk (ZiZo, 2009). De stap 'Uitgangspunten' bevat de mogelijkheid om de visie op kwaliteit te formuleren of aan te passen. Voor sommige sectoren zijn visiedocumenten opgesteld (Stuurgroep Verantwoorde Sting, 2005; Stuurgroep Verantwoorde Kraamzorg, 2008). Voor andere sectoren is minder expliciet terug te vinden wat onder kwaliteit van zorg werd verstaan. De overige stappen uit het raamwerk betreffen (zie *figuur 11.3*):

- Programmeren welke indicatorsets gemeten worden
- Definiëren en specificeren van de indicatorsets
- Invoeren (implementeren) van de indicatoren bij zorgaanbieders
- Registreren (meten)
- Data verzamelen en verwerken en vrijgeven van de resultaten

In een rapport van de Algemene Rekenkamer is in kaart gebracht in welke mate het programma Zichtbare Zorg heeft geresulteerd in indicatoren(sets) en in hoeverre daar metingen mee zijn uitgevoerd. Voor iedere sector zijn één of meer indicatorensets ontwikkeld en metingen uitgevoerd (Algemene Rekenkamer, 2013a). Zichtbare Zorg is ook voortvarend geweest met het vrijgeven van de resultaten van metingen. In de meeste gevallen werden de eerste resultaten van metingen met indicatorensets al openbaar gemaakt. Ook zijn de

resultaten van metingen onder vlag van Zichtbare Zorg grotendeels nog steeds opvraagbaar voor iedereen (ZiZo, 2013b). De resultaten zijn voor iedereen toegankelijk; over de kwaliteit van de indicatoren en de bruikbaarheid van de resultaten is de Rekenkamer echter kritisch (zie *box 11.1*).

Box 11.1: Conclusie van de Algemene Rekenkamer ten aanzien van Zichtbare Zorg (Bron: Algemene Rekenkamer, 2013a).

De Algemene Rekenkamer concludeert over Zichtbare Zorg dat:
- Het niet is gelukt om voor elke sector een stabiele en kwalitatief goede indicatorenset te ontwikkelen
- Het enthousiasme voor het programma Zichtbare Zorg en de samenwerking in stuurgroepen bij veel partijen is afgenomen
- Veldpartijen bestaande samenwerkingsverbanden loslaten
- De bruikbaarheid van de indicatorensets (nog) te wensen overlaat voor patiënten, zorgverzekeraars en IGZ

Zichtbare Zorg heeft daarnaast vanuit de partijen in stuurgroepen veel kritiek gehad, vooral vanuit de zorgaanbieders. Zo trok ActiZ zich terug uit onvrede over de verwerking van meetresultaten (De Volkskrant, 2011) en omdat er geen heil meer werd gezien in het gebruik van één indicatorenset voor meerdere doelen (ActiZ, 2012). De Orde van Medisch Specialisten trok eveneens aan de bel met zorgen over de kwaliteit van de indicatoren en de bijbehorende bureaucratie (Orde, 2009). Voorts heeft het AMC onder auspiciën van de NFU een kritisch rapport geschreven over de betrouwbaarheid van de zorginhoudelijke indicatoren van Zichtbare Zorg voor wat betreft de eenduidigheid van definities en registraties. Hieruit kwam naar voren dat de betrouwbaarheid van de indicatoren nog veel te wensen over laat. Dit komt onder meer "...omdat definities verschillend worden geïnterpreteerd met onvergelijkbare indicatorenscores als gevolg..." (Kringos et al., 2012).

Ook speelt mee dat er een grote diversiteit bestaat in registratiesystemen en dataregistratie tussen ziekenhuizen. Hierdoor worden indicatorgegevens niet altijd voldoende gestandaardiseerd verzameld. De voornoemde bevindingen waren deels of geheel al naar voren gekomen bij een evaluatie in 2008 (ZiZo, 2008) maar speelden in 2012 nog steeds een rol. Naast zorgen over de inhoud en de kwaliteit van de indicatoren bestond ook onvrede over de doorlooptijden vanaf het moment van dataverzameling tot het beschikbaar komen van de resultaten. Dit kon meer dan een jaar duren wat de bruikbaarheid en het draagvlak niet ten goede kwam (Hopman et al., 2011; Kruikemeier et al., 2010).

Zichtbare Zorg heeft niet gebracht wat men er van gehoopt of verwacht had. Dit ligt deels aan de verwachtingen die tamelijk hoog gespannen waren. Zo was de ambitie voor de ziekenhuizen om in 2012 betrouwbare kwaliteitsinformatie voor tachtig aandoeningen beschikbaar te hebben. Het is de vraag of de ontwikkeling en uitrol van tachtig indicatorensets binnen vijf jaar met de kennis van nu wel zo realistisch was. Het is wel denkbaar dat de

onvrede rond Zichtbare Zorg een stimulans zijn geweest voor de ontwikkeling van verschillende andere initiatieven. Hoewel Zichtbare Zorg dus niet aan de verwachtingen voldeed, betrof het wel een leerzame en bepalende stap in de ontwikkeling van transparantie van kwaliteit van zorg.

Hospital Standardized Mortality Ratio

Initiatief	Zorgaanbieders en onderzoeksbureaus
Betrokken actoren	Zorgaanbieders
Doel	Interne verbetering en externe verantwoording
Kwaliteitsdefinitie	Lage ziekenhuissterfte
Kwaliteitsinformatie	Gecorrigeerde ziekenhuissterfte
Toegankelijkheid van informatie	Deels openbaar en herleidbaar. Openbare tabel gepubliceerd in 2011. In 2012 en 2013 publiceren sommige ziekenhuizen alleen hun eigen resultaten op hun eigen website
Kwaliteit van de informatie	Kritiek op registraties, casemixcorrectie en mogelijkheid van fraude. Kritiek lijkt zich te concentreren op het gebruik voor externe verantwoording. Gebruik voor interne verbetering wordt gesteund

De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) betreft een initiatief om ziekenhuissterfte als kwaliteitsindicator te gebruiken. Hiertoe wordt de sterfte per ziekenhuis gecorrigeerd voor allerlei factoren die van invloed zijn op ziekenhuissterfte, maar die niets te maken hebben met de kwaliteit van zorg die door een ziekenhuis wordt geleverd. Voorbeelden van correctiefactoren zijn leeftijd, geslacht en comorbiditeit. De HSMR is in de jaren '90 van de vorige eeuw ontwikkeld in Engeland (Jarman et al., 1999) en daarna in verschillende andere landen geïntroduceerd, waaronder Nederland (Heijink et al., 2008).

Op verzoek van een projectgroep met daarin de Reinier de Graaf Groep, Ziekenhuisgroep Twente, Prismant, het CBO en het RIVM heeft het Imperial College London begin deze eeuw bekeken of voor Nederland ook een HSMR berekend kon worden (Pronk, 2005). In de jaren daarna werd de HSMR berekend door de Praktijk Index (Hsmr.nl, 2013) totdat Dutch Hospital Data in 2010 de regie naar zich toetrok en de berekening van de HSMR onderbracht bij het CBS (DHD, 2013). De regie lijkt daarmee vooral bij de ziekenhuizen te liggen die met afgevaardigden van de NVZ en NFU het bestuur van Dutch Hospital Data vormen.

De afgelopen jaren hebben verschillende discussies plaatsgehad over de betrouwbaarheid van de registraties waar de HSMR op wordt gebaseerd (Geelkerken et al., 2008; Scholtens, 2010; Van den Bosch et al., 2009; Van den Bosch et al., 2010), de statistische correcties die worden toegepast (Geelkerken et al., 2008; Kool et al., 2007) en de mogelijkheid van fraude (Van der Voort & De Jonge, 2007). Niettemin werd de HSMR in 2011 voor het eerst openbaar gemaakt. Voornoemde discussies blijken daarmee niet van tafel: voor een deel van de ziekenhuizen werd de HSMR niet openbaar gemaakt omdat de aangeleverde gegevens niet voldeden. Daarnaast blijven er artikelen verschijnen die wijzen op problemen met de HSMR (Pouw et al., 2013). De kritiek lijkt zich met name te richten op gebruik van de HSMR voor externe verantwoording aangezien het gebruik van de HSMR voor interne verbetering door de ziekenhuizen wordt gesteund (DHD, 2013). In 2012 en 2013 is het aan de ziekenhuizen zelf overgelaten om hun HSMR al dan niet openbaar te maken. De minister van VWS hecht er echter zeer aan dat ziekenhuizen hun HSMR wel openbaar maken (Skipr, 2013) en sinds 2014 zijn ziekenhuizen hiertoe verplicht (GR, 2013; NZa, 2013).

Consumer Quality Index

Initiatief	Overheid en onderzoeksinstituten
Betrokken actoren	Patiënten en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars
Doel	Kwaliteit van zorg definiëren en meten vanuit patiëntenperspectief. Bevorderen van patiëntgerichtheid. Keuze-informatie, verbeterinformatie en zorginkoop-informatie
Kwaliteitsdefinitie	Door patiënten, onder meer gericht op bejegening en informatievoorziening
Kwaliteitsinformatie	Scores op verschillende kwaliteitsaspecten (indicatoren) in verschillende sectoren
Toegankelijkheid van informatie	Deels openbaar en herleidbaar
Kwaliteit van de informatie	Kritiek richt zich op de beperkte verschillen tussen zorgaanbieders die worden gemeten en de geringe aandacht voor uitkomsten van zorg

De Consumer Quality Index (CQ-index of CQI) is een 'familie' van vragenlijsten die is ontwikkeld door het NIVEL en de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. De CQ-index is in 2006 in Nederland geïntroduceerd en werd tot en met 2012 beheerd door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Het CKZ werd via het fonds Patiënten en Consumenten Organisaties gefinancierd door het ministerie van VWS.

In de eerste jaarrapportage van het CKZ werd het doel van het CKZ en de CQ-index als volgt omschreven (CKZ, 2008): 'Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) wil vanuit een onafhankelijke en gezaghebbende positie zorgdragen voor de ontwikkeling, wetenschappelijke waarborging, implementatie en bewaking van een meetstandaard met bijbehorende protocollen (de Consumer Quality Index of CQ-index), waarmee de ervaringen van de consument met de prestaties van (ketens van) zorgverleners en zorgverzekeraars vergeleken kunnen worden.' Het doel is dus om de kwaliteit van zorg zoals patiënten die ervaren in beeld te brengen en vergelijkbaar te maken tussen zorginstellingen.

Door het perspectief van de patiënt als uitgangspunt te nemen sluit de CQ-index aan bij de visie dat de patiënt centraal moet staan en dat zorg patiënt- en vraaggericht moet zijn. Dit krijgt ook vorm in het ontwikkelproces van een vragenlijst. In focusgroepen wordt aan patiënten gevraagd wat zij verstaan onder kwaliteit van zorg om zo belangrijke onderwerpen vanuit patiëntenperspectief voor de vragenlijst te identificeren (Koopman et al., 2011). Het belang van iedere vraag wordt kwantitatief gemeten in testmetingen. De belangscores die daaruit voortvloeien, worden gebruikt om verbeterpunten te prioriteren of om mee te wegen bij het laten vervallen van vragen ten gunste van kortere vragenlijsten. Naast patiënten zijn ook patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars betrokken bij de ontwikkeling van CQI vragenlijsten middels deelname aan de werkgroep of begeleidingscommissie. De achterliggende gedachte is dat de resultaten voor deze partijen bruikbaar moeten zijn. Hun betrokkenheid bij de ontwikkeling en samenstelling van de vragenlijsten is dus essentieel.

Voor de CQ-index zijn vele metingen gedaan die primair bedoeld waren om vragenlijsten te testen. Er zijn ook reguliere metingen uitgevoerd die tot doel hadden om verschillen in ervaren kwaliteit van zorg tussen instellingen in kaart te brengen. Uit een overzicht van vijf jaar CQ-index (Hopman et al., 2011) blijkt dat reguliere metingen voornamelijk werden geïnitieerd door zorgverzekeraars (via Stichting Miletus). De resultaten werden gedeeld met de betrokken zorginstellingen en er zijn verschillende pogingen ondernomen om de gegevens te gebruiken voor de zorginkoop. Deze pogingen variëren van het meenemen van de resultaten naar onderhandelingen om deze 'niet alleen over geld te laten gaan' (Hopman et al., 2011) en de eis dat er gemeten wordt met de CQ-index tot het opnemen van de CQI-resultaten in pay-for-performance contracten (Groeneweg, 2010) en normen voor al dan niet contracteren van zorgaanbieders (CZ, 2010).

Ook de CQ-index heeft kritiek te verduren gehad. Deze kritiek betrof de geringe verschillen tussen zorgaanbieders die uit CQI-metingen naar voren komen (De Boer et al., 2011; Hopman et al., 2011), de omvang van de vragenlijsten en de bruikbaarheid van de resultaten (Delnoij, 2011; Gerding, 2011; Van Montfoort, 2011). De validiteit en betrouwbaarheid leken minder ter discussie te staan. Deel van de kritiek richtte zich op de focus op ervaringen van patiënten met proces- en structuuraspecten van de zorg waardoor ervaringen met de uitkomsten van zorg te weinig aan de orde zouden komen. Dit laatste punt heeft mede aanleiding gegeven voor de opkomst van Patient Reported Outcome Measures als indicator voor kwaliteit van zorg.

Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Initiatief	Zorgverzekeraars in samenwerking met adviesbureaus
Betrokken actoren	Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, NPCF
Doel	Zorginkoopinformatie, monitoren van behandeling en kwaliteitsverbetering
Kwaliteitsdefinitie	Door zorgaanbieders, voornamelijk gericht op verbetering van functioneren over de tijd
Kwaliteitsinformatie	Ontwikkeling in functioneren over de tijd
Toegankelijkheid van informatie	Niet openbaar. Verschillende partijen verzamelen zelf PROMs en delen de resultaten op dit moment nog weinig met elkaar
Kwaliteit van de informatie	Onduidelijk, nog in ontwikkeling

Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zijn vragenlijsten voor patiënten die doorgaans betrekking hebben op lichamelijk, mentaal of sociaal functioneren. Dit type vragenlijsten bestaat al tientallen jaren en is vanuit de internationale literatuur op grote schaal voorhanden. PROMs zijn oorspronkelijk ontwikkeld om het functioneren van patiënten over de tijd te monitoren en zo nodig de behandeling bij te stellen (Devlin et al., 2010). Daarnaast worden PROMs gebruikt in klinisch onderzoek om te bekijken of het effect van een behandeling zoals patiënten dat ervaren verschilt tussen interventies (Acquadro et al., 2003). Bekende voorbeelden van PROMs zijn onder meer de SF-36 en de Oxford Hip Score.

De eerste pogingen om PROMs te gebruiken als indicator voor kwaliteit van zorg zijn gedaan binnen een serie pilots in Engeland in 2006 en 2007 (Browne et al., 2007), gevolgd door een grootschaliger uitrol (Devlin et al., 2010). De focus van deze inspanningen ligt met name bij electieve ingrepen. De basisgedachte is dat de zorg moet bijdragen aan het verbeteren van het functioneren, dan wel het remmen van achteruitgang in functioneren waar verbetering niet mogelijk is. Zorgaanbieders die hier beter in slagen leveren in deze redenering een betere prestatie. Het gebruik van PROMs voor het meten van kwaliteit van zorg is dus bij uitstek gericht op de effectiviteit of de 'ervaren uitkomst' van de zorg.

In navolging van de ontwikkelingen in Engeland is in 2011 de stichting PROMs Nederland opgericht door MediQuest, CbusineZ en De Friesland Zorgverzekeraar, ondersteund door KPMG Plexus (PROMs Nederland, 2010). Deze stichting richtte zich vooral op het gebruik van PROMs als kwaliteitsindicator en deed een serie pilots onder verzekerden van De Friesland Zorgverzekeraar en Zorgverzekeraar CZ om de methodiek te kunnen vaststellen, evalueren en eventueel bijstellen. Inmiddels is PROMs Nederland ondergebracht bij Stichting Miletus die voor de zorgverzekeraars CQI-metingen coördineert.

De resultaten van de metingen die PROMs Nederland heeft uitgevoerd, zijn niet openbaar gemaakt. Het is daarom nog onduidelijk wat voor kwaliteitsinformatie PROMs op gaan leveren. De publicaties uit Engeland laten zien dat PROMs-metingen veel nuttige inzichten opleveren, waaronder inzicht in verschillen tussen typen zorgaanbieders (Browne et al., 2008) en sociaaleconomische verschillen in de effecten van behandeling (Neuburger et al., 2013). Het is nog niet bekend of PROMs in Engeland succesvol worden gebruikt voor patiëntkeuze of voor financiële beloningen voor zorgaanbieders.

Naast de vraag welke informatie PROMs in Nederland gaan opleveren en hoe die informatie zal worden gebruikt, speelt nog een discussie over de implementatie van PROMs. Idealiter zou dit in het primaire proces moeten plaatsvinden zodat zorgaanbieders de PROMs-metingen ook direct kunnen gebruiken voor het monitoren van de behandeling en voor interne verbetering. Veel van deze registraties in het primaire proces zijn inmiddels in ontwikkeling maar nog niet zover gevorderd dat aansprekende voorbeelden voor handen zijn waarbij op basis van diezelfde registraties kwaliteit van zorg transparant wordt gemaakt op het niveau van zorgaanbieders.

Routine Outcome Monitoring (ROM)

Initiatief	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars
Betrokken actoren	Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties
Doel	Monitoren van behandeling, kwaliteitsverbetering, verantwoording
Kwaliteitsdefinitie	Door zorgaanbieders, voornamelijk gericht op verbetering van functioneren over de tijd
Kwaliteitsinformatie	Ontwikkeling in functioneren over de tijd
Toegankelijkheid van informatie	(Nog) niet openbaar
Kwaliteit van de informatie	Geschikt bevonden voor het monitoren van de behandeling en voor interne verbetering. Kritiek uit het veld voor gebruik als zorginkoopinformatie

Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt toegepast in de GGZ en wordt omschreven als 'het regelmatig meten van uitkomsten van de behandeling om het verloop van de behandeling te monitoren' (De Beurs et al., 2011). De ROM maakt onder andere gebruik van PROMs. In 2010 is de Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgezet waar de ROM-data centraal worden verzameld en kunnen worden bewerkt. De ROM wordt door zowel zorgaanbieders als verzekeraars omarmd (GGZ Nederland & ZN, 2010).

Met de ROM worden meerdere doelen beoogd. Zo wordt de ROM deels gezien als instrument ter ondersteuning van de behandeling en begeleiding van patiënten, maar kunnen instellingen ook leren van een vergelijking van eigen ROM-resultaten met die van andere instellingen. ROM-data kunnen een bron van informatie vormen die bij kan dragen aan het oplossen van wetenschappelijke vraagstukken. Naast deze doelen is ook verantwoording een doel van de ROM en spreekt de Stuurgroep ROM GGZ van het vergelijken van instellingsscores met (landelijke) normgegevens (Stuurgroep ROM GGZ, 2010). Hoewel de doelen van ROM ook verantwoording aan de zorgverzekeraar omvatten, (Tiemens et al., 2009) stuit dit op verzet omdat de data hiervoor niet geschikt zouden zijn (Van Os et al., 2012). Niettemin lijken de zorgaanbieders wel voornemens om nauw betrokken te blijven bij de ROM teneinde de agenda te bepalen 'ten aanzien van de zin en onzin van ROM-gegevens en de vergelijkbaarheid ervan' (NVVP, 2012).

Vooralsnog heeft de ROM nog geen openbaar toegankelijke kwaliteitsinformatie opgeleverd. Het bestuurlijk akkoord 2013-2014 suggereert wel een ontwikkeling in de richting van meer transparantie (GGZ Nederland & ZN, 2013).

Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)

Initiatief	Zorgaanbieders
Betrokken actoren	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars
Doel	Kwaliteitsverbetering
Kwaliteitsdefinitie	Door zorgaanbieders, onder meer in termen van naleven richtlijnen, morbiditeit, mortaliteit en complicaties
Kwaliteitsinformatie	Scores voor onder meer het naleven van richtlijnen, postoperatieve morbiditeit en mortaliteit en complicaties
Toegankelijkheid van informatie	Openbaar in de vorm van een jaarrapportage. Openbare informatie niet herleidbaar naar zorgaanbieders. Delen van de informatie beschikbaar voor zorgverzekeraars
Kwaliteit van de informatie	Veel aandacht voor validatie van de registraties. Geschikt bevonden voor interne verbetering

De Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) is een initiatief van medische beroepsgroepen die zich bezighouden met chirurgie en die kwaliteitsgegevens registreren. De DICA is gestart met de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) die in 2006 is opgezet door de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie en de Dutch Colorectal Cancer Group. Sinds januari 2009 is deelnemen aan de DSCA een prestatie-indicator van de IGZ. De opzet van de DSCA was zodanig dat andere

zorgverleners makkelijk konden aanhaken voor de registratie van andere ingrepen. Dit heeft geleid tot de DICA die in 2014 bestaat uit registraties voor zestien verschillende ingrepen/behandelingen. Zorgverleners registreren continu de benodigde gegevens en krijgen een terugkoppeling waarbij de eigen scores worden afgezet tegen het landelijk gemiddelde. De terugkoppeling wordt frequent geactualiseerd waardoor het voor zorgverleners snel zichtbaar wordt als zij uit de pas lopen. DICA is hiermee primair gericht op het genereren van informatie voor kwaliteitsborging en verbetering (DICA, 2013b).

De oprichting van de DSCA en de DICA werd geïnspireerd door vergelijkbare systemen in de Verenigde Staten, Engeland en Noorwegen. Deze lieten een aanzienlijke verbetering in de kwaliteit van zorg zien tussen het eerste jaar van registratie en latere jaren (Van Venrooij, 2009). Ook in Nederland wijzen de eerste resultaten op gunstige ontwikkelingen: DICA signaleert verbeteringen in kwaliteit van zorg voor darmkanker en een besparing van 20 miljoen euro en schrijft deze ontwikkelingen toe aan de registratie (DICA, 2013c).

Aangezien de DICA door en voor clinici is opgericht, is de kwaliteit van zorg ook vooral vanuit dit perspectief gedefinieerd. Dat is in de jaarrapportages van de DICA terug te zien. Deze richten zich onder meer op de mate waarin richtlijnen worden nageleefd, de postoperatieve morbiditeit en mortaliteit, en complicaties. De jaarrapportages wekken de indruk dat de resultaten bruikbaar zijn voor kwaliteitsverbetering en tot kwaliteitsverbetering hebben geleid. Het gebruik van gegevens uit de DICA voor andere doelen dan kwaliteitsverbetering lijkt nog weinig uitgekristalliseerd. Zorgverzekeraars Nederland steunt de DICA financieel (ZN, 2012). De DICA en de zorgverzekeraars hebben afgesproken dat indicatoren die in het voorgaande jaar voldoende valide zijn gebleken, in aanmerking komen om te delen met de zorgverzekeraars. Wel bepaalt elk ziekenhuis zelf of het die gegevens ook werkelijk deelt met de zorgverzekeraars (Kiers, 2013a).

kiesBeter.nl

Initiatief	Overheid
Betrokken actoren	Overheid
Doel	Keuze-informatie voor zorggebruikers
Kwaliteitsdefinitie	Niet van toepassing, kiesBeter toont kwaliteitsinformatie die door anderen is ontwikkeld
Kwaliteitsinformatie	Zorginhoudelijke indicatoren, patiëntervaringen, etalage-informatie
Toegankelijkheid van informatie	Openbaar, herleidbaar
Kwaliteit van de informatie	Afhankelijk van wat uit andere trajecten wordt geleverd. Kwaliteit van de wijze van presenteren niet voldoende uitgekristalliseerd

Begin 2005 werd op initiatief van het ministerie van VWS de keuzesite kiesBeter.nl gelanceerd. Hiermee werd geanticipeerd op de stelselwijziging die begin 2006 plaatsvond. Het doel van kiesBeter.nl was om mensen van informatie te voorzien over gezondheid en zorg 'zodat zij hierin de juiste beslissingen kunnen nemen'. De informatie op kiesBeter.nl diende keuze-ondersteunend (niet keuze-sturend) te zijn vanuit het idee dat mensen met verschillende behoeften en verschillende voorkeuren ook verschillende keuzes kunnen maken (Van Loon & Tolboom, 2005).

De rol van kiesBeter.nl was vooral het ontsluiten van (kwaliteits-)informatie, niet het ontwikkelen daarvan. Een eigen definitie of benadering van kwaliteit ligt daarbij dan ook minder voor de hand, maar er is wel nagedacht over het soort informatie dat wordt ontsloten. In dit verband onderscheidde kiesBeter.nl drie dimensies: zorginhoudelijke gegevens, patiëntervaringen (bijvoorbeeld de CQ-index) en etalage-informatie (Van Loon & Tolboom, 2005). Etalage-informatie betrof feitelijke informatie zoals locatie, faciliteiten, wachttijden, et cetera. Naast dit soort informatie bevatte kiesBeter.nl ook informatie over de rechten van patiënten, over geneesmiddelen, over zelftesten, et cetera.

Voor de kwaliteit van de informatie was kiesBeter.nl afhankelijk van de indicatoren die zij aangeleverd kregen. De presentatie van de informatie aan het publiek had kiesBeter.nl zelf in de hand. In een proefschrift over keuze-informatie is onder meer gekeken naar de wijze waarop mensen reageerden op keuze-informatie op bestaande websites, waaronder kiesBeter.nl (Damman, 2010). Het bleek dat mensen niet goed uit de voeten konden met de geboden informatie. Zij vonden de geboden informatie al snel teveel maar hadden tegelijkertijd behoefte aan aanvullende informatie. Daarnaast vonden mensen het lastig te interpreteren als een instelling het goed deed op de ene indicator maar slecht op de andere. Voorts gaven mensen vaak aan welke dingen zij belangrijk vonden maar lieten deze niet meewegen als zij een keuze moesten maken (Damman, 2010). Dit suggereert dat de kwaliteitsinformatie - in ieder geval op de geïncludeerde websites, waaronder kiesBeter.nl - lastig te gebruiken was. In 2013 is kiesBeter.nl ondergebracht bij het Zorginstituut Nederland.

ZorgkaartNederland

Initiatief	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Bohn Stafleu van Loghum (BSL)
Betrokken actoren	NPCF en andere patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars
Doel	Keuze-informatie voor patiënten
Kwaliteitsdefinitie	Goede patiëntwaarderingen; voldoen aan aanvullende criteria keuzehulpen
Kwaliteitsinformatie	Patiëntwaarderingen, testimonials, keuzehulpen
Toegankelijkheid van informatie	Openbaar en herleidbaar
Kwaliteit van de informatie	Beperkt onderzocht. Eerste inzichten lijken kritiek op representativiteit te weerleggen

In 2009 werd ZorgkaartNederland gelanceerd door de NPCF en BSL met steun van Zilveren Kruis Achmea. Sindsdien zijn steeds meer patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars betrokken geraakt. Het doel van ZorgkaartNederland is om zorggebruikers te helpen bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. De kwaliteitsinformatie op de website is voornamelijk gebaseerd op waarderingscijfers van patiënten. Patiënten die waarderingen achterlaten dienen hun ervaringen te beschrijven; zorgaanbieders kunnen daar op reageren. Ook zijn er verschillende keuzehulpen beschikbaar op de website die op een specifieke aandoening zijn gericht. Deze verschaffen aanvullende informatie over keurmerken of over de mate waarin de instelling voldoet aan verschillende criteria van de relevante patiëntenvereniging.

Een punt van zorg rond de waarderingen op een website als ZorgkaartNederland is de representativiteit. Iedereen kan een zorgaanbieder waarderen, ook als zij helemaal niet bij die zorgaanbieder zijn geweest (Skipr, 2010). Daarnaast zouden mogelijk vooral ontevreden en teleurgestelde patiënten de moeite nemen om een waardering achter te laten. In de Verenigde Staten is bekeken hoe patiëntervaringen uit traditionele enquêtes zich verhouden tot online-waarderingen. Hieruit bleek dat zorgaanbieders die gemiddeld of goed scoorden in enquête-onderzoek meer online-beoordelingen kregen dan slecht scorende zorgaanbieders (Gao et al., 2013). De zorg dat vooral teleurgestelde patiënten de moeite nemen om online-waarderingen in te vullen lijkt dus ongegrond.

Voor ZorgkaartNederland zijn inmiddels enkele inzichten beschikbaar met betrekking tot de wijze waarop de online-waarderingen zich verhouden tot resultaten van traditioneel enquête-onderzoek. Het blijkt dat de verdeling van het algemene oordeel goed overeen komt tussen de CQ-index en ZorgkaartNederland (Geesink, 2013). De betrouwbaarheid van gemiddelden die

gebaseerd zijn op weinig waarnemingen bleek wel een punt van aandacht. De geringe aanwijzingen tot dusver ondersteunen de kritiek op ZorgkaartNederland niet. Onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van online-waarderingen blijft wel wenselijk.

Voor ZorgkaartNederland beschouwen we, evenals bij kiesBeter.nl, de presentatiewijze als onderdeel van de kwaliteit van de informatie. De presentatiewijze zou gebruik als keuze-informatie moeten ondersteunen. Of dat het geval is, is nog niet onderzocht. Mogelijk spelen de kwesties die naar voren kwamen uit het onderzoek van Damman (2010) met betrekking tot de begrijpelijkheid van keuzewebsites ook hier een rol.

Andere initiatieven
Er zijn nog veel meer initiatieven rondom transparantie van kwaliteit van zorg die niet als casus zijn meegenomen in dit hoofdstuk. Hieronder vallen onder andere de IGZ basisset, Parkinsonnet, de 'Normering Chirurgische Behandelingen' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, diverse klinische registraties, verschillende keuzewebsites en ranglijsten. Een complete beschrijving vraagt veel meer ruimte dan binnen de context van de Zorgbalans mogelijk is en waarschijnlijk ook niet tot hele andere inzichten leiden. Dat een groeiend deel van die initiatieven vanuit de zorgprofessionals zelf komt, illustreert dat transparantie van kwaliteit veel meer is dan alleen een instrument van de overheid om het zorgstelsel te laten werken. De lopende discussies rondom de kwaliteit van kwaliteitsinformatie werpen wel de vraag op in hoeverre deze informatie nu ook zinvol kan worden gebruikt.

11.6 Het gebruik van kwaliteitsinformatie

In deze paragraaf schetsen we een beeld van het gebruik van kwaliteitsinformatie door zorggebruikers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid.

Zorggebruikers: kiezen niet of nauwelijks op basis van kwaliteitsinformatie
Uit veel van bovenstaande casussen blijkt dat zorggebruikers vaak geacht worden te kiezen voor een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar op basis van kwaliteitsinformatie. Veel studies uit binnen- en buitenland lijken echter uit te wijzen dat slechts een kleine minderheid van de zorggebruikers gebruik maakt van kwaliteitsinformatie bij het kiezen van een zorgaanbieder (Faber et al., 2009; Van der Geest & Varkevisser, 2012; Victoor et al., 2012a). Dit werpt de vraag op wat de veronderstelde voorwaarden zijn voor het gebruik van keuze-informatie en of aan die voorwaarden is voldaan. Uit een analyse van beleidshypotheses kwam naar voren dat beleidsmakers vier voorwaarden onderscheiden voor geïnformeerde keuzes door zorggebruikers (zie *tabel 11.2*).
De eerste voorwaarde betreft de bereidheid van de zorggebruiker om te kiezen, te switchen en ook te reizen voor de zorgaanbieder van zijn of haar keuze. Hier zit een belangrijke bottleneck omdat een groot gedeelte van de zorggebruikers zeer gevoelig is voor de reistijd naar een zorgaanbieder (Victoor et al., 2014; Varkevisser et al., 2010) en voor de keuze graag afgaat op het advies van de huisarts of op eigen ervaringen en de ervaringen van familie en vrienden (Van der Geest & Varkevisser, 2012; Victoor et al., 2012a; Wolter & Lako, 2012). Daarnaast speelt

Tabel 11.2: Voorwaarden voor geïnformeerde keuzes volgens beleidsmakers (Bron: Victoor et al., 2012b).

Voorwaarden voor de kiezende zorggebruiker
Zorggebruikers zijn bereid om te kiezen/switchen en te reizen. Tevredenheid met de huidige zorgaanbieder is hierbij van invloed
Keuze-informatie over prijs en kwaliteit is beschikbaar
Er zijn voldoende zorgaanbieders om uit te kunnen kiezen
Zorggebruikers zijn vrij om te kiezen en zijn zich bewust van hun keuzevrijheid

een rol dat mensen die tevreden zijn over een zorgaanbieder niet geneigd zijn om te switchen (Boonen et al., 2011).

De tweede voorwaarde is de beschikbaarheid van keuze-informatie over prijs en kwaliteit. In dit hoofdstuk is een verzameling van uiteenlopende initiatieven beschreven die gericht zijn op het genereren van kwaliteitsinformatie. Deze initiatieven leiden echter lang niet altijd tot openbaar toegankelijke kwaliteitsinformatie. Van een deel van de openbare informatie is het bovendien de vraag of het wel keuze-informatie is. Zo zijn de databestanden van Zichtbare Zorg wel openbaar maar niet direct te interpreteren voor de gemiddelde zorggebruiker. Hetzelfde geldt voor de HSMR die versnipperd openbaar wordt gemaakt voor een deel van de ziekenhuizen en dus niet in één handzaam overzicht beschikbaar is. Een deel van de initiatieven richt zich echter wel nadrukkelijk op het aanbieden van keuze-informatie zoals kiesBeter.nl en ZorgkaartNederland. Er zijn dus verschillende bronnen van kwaliteitsinformatie die specifiek zijn gericht op de kiezende zorggebruiker.

De laatste twee voorwaarden betreffen de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid. Bij keuzemogelijkheden gaat het erom of zich voldoende zorgaanbieders binnen een acceptabele afstand van de zorggebruiker bevinden om een keuze te kunnen maken. De mate waarin dat het geval is zal verschillen per zorgvorm en regio en is uiteraard ook onderhevig aan ontwikkelingen rondom concentratie van zorg. Echter, ook wanneer zich voldoende zorgaanbieders binnen een acceptabele afstand bevinden, betekent dat niet zonder meer dat de zorggebruiker een vrije keuze heeft. Voor bijvoorbeeld acute zorg is een keuze vaak helemaal niet aan de orde, laat staan een geïnformeerde keuze. Daarnaast komt het vaak voor dat mensen naar een ziekenhuis gaan om er achter te komen wat er aan de hand is. Op dat moment kunnen zij nog geen geïnformeerde keuze maken omdat ze nog niet weten waar ze voor behandeld zullen worden. Op het moment dat een diagnose wordt gesteld, zijn ze al in behandeling. Hierdoor bestaat een aanzienlijke drempel om dan alsnog een geïnformeerde keuze te maken. Tot slot kunnen zorgverzekeraars de keuzevrijheid voor zorggebruikers fors beperken door polissen aan te bieden waarbij de zorg voor slechts een deel van de zorgaanbieders volledig wordt vergoed. Zo is er bijvoorbeeld een verzekeringspolis beschikbaar voor 2014 waarmee zorggebruikers slechts in 16 ziekenhuizen de zorg 100% vergoed krijgen, terwijl zij in de overige ziekenhuizen 80% vergoed krijgen (Kassa, 2013).

Uiteraard kunnen mensen ook kiezen voor een polis die wel een vrije keuze biedt. Die polissen zijn vaak duurder dan polissen die keuzebeperkingen bevatten en daarmee ook niet voor iedereen weggelegd.

Wanneer we kijken naar de interactie tussen zorggebruiker en zorgverzekeraar blijkt informatie over kwaliteit van zorg daar geen grote rol te spelen. Zorggebruikers vragen de zorgverzekeraar niet vaak om raad bij de keuze voor een aanbieder en zien de zorgverzekeraar ook veelal niet als een betrouwbare bron van informatie over kwaliteit van zorg (Bes et al., 2012a). Ook bij de keuze voor een zorgverzekeraar blijkt dat kwaliteitsinformatie daar een beperkte rol in speelt: de prijs wordt het meest genoemd als reden om te wisselen van zorgverzekeraar (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). Met goedkope polissen waarbij de verzekerde maar bij een zeer klein aantal zorgaanbieders terecht kan, lijken zorgverzekeraars hier steeds meer op in te spelen (zie voor meer informatie *hoofdstuk 12*).

Samengevat wordt in wisselende mate voldaan aan de voorwaarden voor geïnformeerde keuzes van zorggebruikers voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars. In de gevallen waarin wel aan alle voorwaarden wordt voldaan en zorggebruikers een geïnformeerde keuze willen maken, ondervinden zij vaak moeilijkheden in het keuzeproces. Zorggebruikers hebben vaak moeite om het geheel aan indicatorscores te wegen en voor zichzelf samen te vatten (Hibbard et al., 1997). Bij keuze-experimenten brengen mensen regelmatig prioriteiten naar voren die dan vervolgens niet zijn vertegenwoordigd in hun uiteindelijke keuze (Damman, 2010). Wanneer aan mensen gevraagd wordt om op basis van keuze-informatie de beste aanbieder te selecteren, blijkt dat mensen dit moeilijk vinden (Damman, 2010). Het gegeven dat indicatoren over het algemeen geen grote verschillen laten zien tussen aanbieders maakt het er niet makkelijker op. Immers hoe kleiner de verschillen tussen aanbieders, hoe minder er valt te kiezen. Het ideaal van de kritisch kiezende zorggebruiker is beperkt terug te vinden in de werkelijkheid: weinig zorggebruikers doen een poging een bewuste keuze te maken.

Veel zorggebruikers geven wel aan gevoelig te zijn voor de reputatie van een zorgaanbieder (Dijs-Elsinga et al., 2010). Daarnaast vraagt een groot gedeelte van de zorggebruikers de huisarts om advies of informeert bij familie of vrienden (Van der Geest & Varkevisser, 2012; Victoor et al., 2012a). ZorgkaartNederland wordt 700.000 keer per maand bezocht en publiceert per maand 4.000 nieuwe waarderingen (ZorgkaartNederland, 2014). Kortom, zorggebruikers informeren zich wel maar op een andere manier dan aanvankelijk werd verondersteld en veelal ook voor een ander doel. In plaats van een geïnformeerde en rationele keuze voor de beste zorgaanbieder lijken zorggebruikers eerder op zoek naar bevestiging met betrekking tot een huidige of een voor de hand liggende en nabij gelegen zorgaanbieder (Victoor et al., 2012b).

Zorgaanbieders: vinden kwaliteitsinformatie nuttig voor interne verbetering en zijn terughoudend met gebruik voor externe verantwoording

Zorgaanbieders kunnen kwaliteitsinformatie gebruiken om de eigen zorgverlening te verbeteren (interne verbetering) en om aan zorgverzekeraars en samenleving te laten zien welke kwaliteit zij leveren (externe verantwoording). In het algemeen omarmen

zorgaanbieders het gebruik van kwaliteitsinformatie voor interne verbetering. Dit blijkt onder meer uit de registraties die zij zelf opzetten met dit doel. Daarnaast worden ook andere initiatieven door zorgaanbieders opgepikt ten behoeve van interne verbetering. Zo worden PROMs toegevoegd aan klinische registraties (DICA, 2013c; DICA, 2013d; LROI, 2013), is de CQ-index geïmplementeerd bij een groep samenwerkende ziekenhuizen (Santeon ziekenhuizen, 2012) en in de spiegelrapportages van brancheorganisatie ActiZ (ActiZ, 2013b) en stimuleren de NFU en de NVZ het gebruik van de HSMR voor kwaliteitsverbetering (DHD, 2013).

Het enthousiasme bij zorgaanbieders voor het gebruik van kwaliteitsinformatie voor externe verantwoording is aanzienlijk lager. Zo hebben zorgaanbieders in de loop der jaren kritiek geuit op Zichtbare Zorg (De Volkskrant, 2011), de HSMR (Geelkerken et al., 2008; Scholtens, 2010) en de CQ-index (Gerding, 2011; Van Montfoort, 2011). Ook ziekenhuisranglijsten moesten het ontgelden (Giard, 2006; Pons et al., 2009). De rode draad van deze kritiek was dat de kwaliteitsinformatie niet voldoende betrouwbaar, valide of bruikbaar was voor externe verantwoording. Er zijn vele factoren die de resultaten kunnen vertekenen en als die allemaal onder controle zijn middels gestandaardiseerde dataverzameling, registratie en casemixcorrectie is er altijd nog sprake van toevalsvariatie die voor een ongelukkige zorgaanbieder verkeerd uit kan pakken. Daarnaast is het niet prettig om te worden beoordeeld en al helemaal niet als aan een minder goede beoordeling direct consequenties worden verbonden. De psychologische literatuur zegt hierover dat verantwoording afleggen over toekomstig beleid doorgaans leidt tot zelfkritische gedachten (interne verbetering). Verantwoording afleggen over reeds uitgevoerd beleid (externe verantwoording) leidt vaker tot defensieve reacties die gepaard gaan met argumenten om het uitgevoerde beleid te rechtvaardigen en kritiek te weerleggen (TetlockLerner, 1999). In een systematisch review over publieke verantwoording op basis van kwaliteitsinformatie is niettemin geconcludeerd dat dergelijke externe verantwoording een stimulans vormt voor interne verbetering (Fung et al., 2008). Ondanks de bedenkingen van zorgaanbieders tegen het gebruik van kwaliteitsinformatie voor externe verantwoording blijken hier dus ook positieve effecten vanuit te gaan voor de zorg zelf. Het lijkt een kwestie van het zoeken naar balans: voor openbaarmaking is soms enige druk van buiten nodig. Als deze druk leidt tot 'naming en shaming' op grond van niet-valide en onbetrouwbare informatie kan dit contraproductief werken en worden veelbelovende initiatieven ondermijnd.

Zorgverzekeraars: rol van kwaliteitsinformatie bij zorginkoop nog pril en niet uitgekristalliseerd

Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie laten meewegen bij zorginkoop door minder goed presterende aanbieders niet te contracteren (selectieve zorginkoop) of lagere tarieven te hanteren voor die aanbieders (gedifferentieerde zorginkoop). Verschillende publicaties in de periode 2007 tot en met 2010 laten echter zien dat selectieve of gedifferentieerde zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie moeizaam van de grond komt (Bos et al., 2008; NZa, 2010a; RVZ, 2008; Schoneveld et al., 2007; Van de Ven et al., 2009). Ook in de meer recente monitor zorginkoop concludeert de NZa dat afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie een lage prioriteit hebben in de onderhandelingen (NZa, 2014b). Een belangrijke reden

hiervoor is dat kwaliteitsindicatoren veelal niet goed genoeg zijn voor zorginkoop. Dit speelt volgens de Algemene Rekenkamer ook in 2013 nog een rol (Algemene Rekenkamer, 2013a). Voor zorgverzekeraars is het een struikelblok wanneer indicatoren geen grote verschillen tussen aanbieders laten zien (Hopman et al., 2011). Als er wel goede indicatoren of heldere normen bestaan, nemen zorgverzekeraars deze ook mee bij de zorginkoop. Een ontwikkeling die in dit verband in het oog springt, is de hantering van volumenormen. Zorgverzekeraars kunnen die gezamenlijk vaststellen (ZN, 2011) maar idealiter doen de beroepsgroepen dit zelf waarna zorgverzekeraars de normen overnemen als minimale kwaliteitseisen (ZN, 2013) en meenemen bij de contractbesprekingen met de ziekenhuizen.

Naast het selectief contracteren op basis van volumenormen ontplooien zorgverzekeraars verschillende andere initiatieven die gericht zijn op het gebruik van kwaliteitsinformatie voor selectieve of gedifferentieerde zorginkoop. Menzis begon in 2008 met het afsluiten van topzorgcontracten op basis van offertetrajecten waarin – naast prijs – ook werd gekeken naar kwaliteit op basis van de Zichtbare Zorg-indicatoren (Kiers, 2008). CZ ontwikkelt voor steeds meer behandelingen minimumeisen op basis van normen van de beroepsgroep, aangevuld met verschillende andere kwaliteitscriteria waaronder ook patiëntervaringen (CZ, 2010; CZ, 2013). En in het inkoopbeleid van Achmea voor medisch-specialistische zorg in 2014 zijn deelname aan klinische registraties en deelname aan CQI- en PROMs-metingen opgenomen als voorwaarde of doelstelling bij verschillende behandelingen. Daarbij vraagt/eist Achmea ook dat instellingen toestemming geven voor inzage in hun resultaten in de klinische registraties (Achmea, 2013). Er zijn dus verschillende ontwikkelingen gaande in de richting van meer selectieve of gedifferentieerde zorginkoop op basis van kwaliteitscriteria. Toch overheerst het beeld dat inkopen op kwaliteit nog vooral een zoektocht is. Deels omdat de mate van transparantie nog onvoldoende is voor dit doel, maar ook omdat nog onvoldoende duidelijk is hoe inkoop op kwaliteit het beste kan worden ingezet ten behoeve van kwaliteitsborging en verbetering (Eijkenaar, 2013).

Een punt van aandacht is dat de discussie rondom het gebruik van kwaliteitsinformatie door zorgverzekeraars zich primair richt op de mate waarin zij zorgaanbieders hierop afrekenen. Wanneer zorgverzekeraars op basis van kwaliteitsinformatie een dialoog aangaan met zorgaanbieders zonder daar consequenties aan te verbinden - bijvoorbeeld door van zorgaanbieders te verwachten dat zij een do-plan-check-act cyclus voeden met kwaliteitsinformatie - dan is dit strikt genomen geen inkoop op kwaliteit. Met andere woorden: kwaliteitsinformatie kan ook een hele andere rol spelen in het zorginkoopproces. Deze blijft buiten beeld als de discussie zich verengt tot het afrekenen van zorgaanbieders op basis van kwaliteitsinformatie.

IGZ: risicoanalyse wordt doorontwikkeld

De IGZ maakt gebruik van kwaliteitsindicatoren voor risicosignalering. Dit houdt in dat de IGZ op basis van de indicatoren instellingen identificeert waar de risico's op onverantwoorde zorg hoog zijn en waar een inspectiebezoek nodig is. Deze aanpak heeft geleid tot meer transparantie over het handelen van de IGZ omdat er een objectievere basis is voor de selectie van instellingen voor een inspectiebezoek. In 2010 gaf de IGZ echter aan dat de

risicosignalering regelmatig instellingen aanwijst waar niets mis is of juist de instellingen niet aanwijst waar wel wat mis is (Kruikemeier et al., 2010). De risicosignalering werkte in de praktijk dus niet bevredigend. Dit komt deels omdat de indicatoren zich nog onvoldoende lenen voor toezicht (Algemene Rekenkamer, 2013a; Kruikemeier et al., 2010), maar ook omdat er doorgaans een (aanzienlijke) periode verstrijkt tussen het meten van indicatoren en de aanlevering van de indicatorscores bij de IGZ (Hopman et al., 2011; Kruikemeier et al., 2010). In die periode kan een instelling met slechte indicatorscores al verbeteringen hebben doorgevoerd. Tevens kan er bij instellingen die tijdens de metingen redelijk presteerden na die metingen verslechtering optreden. Dat komt dan wellicht pas bij een volgende meting en aanlevering naar voren.

Sinds de evaluatie van het toezicht in 2010 (Kruikemeier et al., 2010) heeft de IGZ verschillende verbeteringen doorgevoerd in de risicoanalyse die zich richten op het meer en beter bundelen van informatie. Naast kwaliteitsindicatoren wordt de risicoanalyse inmiddels gevoed door bedrijfsinformatie (financiën, personeelsverloop et cetera), meldingen (incidenten gemeld door burgers of zorgaanbieders), externe signalen (tevredenheidsonderzoek, pilot met social media), inspectieoordelen en signalen van andere inspectiediensten. De IGZ heeft daarbij aangegeven dat de voorspellende waarde van de risicosignalering is verbeterd als gevolg van het combineren van verschillende informatiebronnen (IGZ, 2013c). De verdere verfijning van de risicoanalyse schuilt onder meer in verbeteringen aan het ICT-systeem van de IGZ die in 2013 zijn ingezet (VWS, 2013j). Het is duidelijk dat de risicoselectie een belangrijke plaats houdt binnen het instrumentarium van de IGZ (IGZ, 2013c).

11.7 Conclusie

De balans: niet aan verwachtingen voldaan
Wanneer we de balans opmaken is duidelijk dat transparantie van kwaliteit nog niet heeft opgeleverd wat men ervan verwacht had. Dat komt duidelijk uit dit hoofdstuk naar voren maar is ook al eerder geconstateerd door de Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer, 2013a) en onderschreven door de Gezondheidsraad (GR, 2013). Dat transparantie van kwaliteit van zorg nog niet aan de verwachtingen heeft voldaan is overigens niet zo vreemd. Het gaat immers om zeer grote en ingrijpende beleidswijzigingen. Op het moment dat dergelijke wijzigingen worden bedacht en ingevoerd kan niemand volledig voorzien welke belemmeringen zich zullen voordoen.

De kwaliteit van kwaliteitsinformatie
De in dit hoofdstuk beschreven initiatieven om kwaliteit van zorg transparant te maken zijn vrijwel allemaal onderhevig aan kritiek. Wat betreft de informatie die deze initiatieven hebben opgeleverd richtte de kritiek zich onder meer op de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens, vergelijkbaarheid en casemixcorrectie, gebrek aan eenduidige definities en eenduidige registratie van indicatoren. Voor (grote) delen van de beschikbare informatie over kwaliteit van zorg geldt dat die informatie de kwaliteit van zorg niet echt transparant maakt omdat wordt betwijfeld of die informatie wel klopt. Er is behoefte aan betere data over

kwaliteit van zorg. Een punt van aandacht in dit verband betreft de kwaliteit van de informatie-infrastructuur van de gezondheidszorg. Een betere informatie-infrastructuur levert betere kwaliteitsinformatie op en kan daarmee bijdragen aan transparantie van kwaliteit van zorg. De klinische registraties waaronder de DICA en de ROM zijn stappen in de goede richting. Ervaringen met dit soort registraties in Zweden suggereren inderdaad dat dit bijdraagt aan transparantie van kwaliteit en leidt tot kwaliteitsverbetering (BCG, 2011; OMS, 2012). Dergelijke registraties staan momenteel echter nog op zichzelf terwijl de overheid een zorgbreed informatiestelsel ambieert (VWS, 2013k). Om hier meer handen en voeten aan te geven ontwikkelt het ministerie van VWS een Meerjarenagenda Zorginformatie die moet leiden tot informatie-afspraken en informatiestandaarden. Duidelijke informatie-afspraken en standaarden zullen partijen in de zorg en ict-leveranciers stimuleren om registraties daaraan aan te passen. Dit zorgt voor de eenduidigheid en volledigheid in registraties die nodig is om te komen tot meer betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie over kwaliteit van zorg.

Het gebruik van kwaliteitsinformatie

De twijfels rondom de huidige kwaliteitsinformatie vormen een belemmering voor het succesvol gebruik van die informatie. Dit is één van de redenen dat zorgaanbieders zelf registraties op zetten maar ook dat zorgverzekeraars een aantal van die registraties financieel steunen of de mogelijkheden van PROMs (laten) onderzoeken. Mogelijk leveren deze initiatieven betere kwaliteitsinformatie op die vervolgens ook beter kan worden gebruikt. Hoe indicatoren die wel van voldoende kwaliteit zijn het beste kunnen worden gebruikt, is eveneens onderwerp van (door)ontwikkeling. In dit hoofdstuk kwam naar voren dat zowel de zorgverzekeraars als de IGZ zich hier op verschillende manieren voor inspannen. Omdat het hier gaat om recente ontwikkelingen zijn nog geen evaluatiestudies voorhanden. Wat de recente en huidige ontwikkelingen precies gaan betekenen voor de meerwaarde van kwaliteitsinformatie bij zorginkoop en toezicht moet dus nog duidelijk worden.

Voor zorggebruikers biedt het zorgproces in een deel van de gevallen geen of weinig ruimte voor een geïnformeerde keuze, bijvoorbeeld in het geval van acute zorg of wanneer een diagnostisch proces betrekkelijk geruisloos overgaat in een behandeling. Verder blijken zorggebruikers in veel gevallen liever af te gaan op het advies van de huisarts of kiezen zij simpelweg een aanbieder in de buurt. Succesvol gebruik van kwaliteitsinformatie door zorggebruikers werkt niet of nauwelijks via de weg van het systematisch afwegen van indicatorscores. Mogelijk dat andere typen informatie beter aansluiten op de belevingswereld van de zorggebruiker. De bezoekersaantallen van ZorgkaartNederland – waar in tegenstelling tot veel andere bronnen ook anekdotische informatie is te vinden – laten zien dat een deel van de zorggebruikers wel voldoende geïnteresseerd is in kwaliteitsinformatie. Of de informatie op deze website zorggebruikers ook werkelijk beïnvloedt in hun keuze voor een zorgaanbieder is echter nog onduidelijk.

Stimulans voor kwaliteitsverbetering

Eén van de doelen van transparantie van kwaliteit is het stimuleren van kwaliteitsverbetering en kwaliteitsconcurrentie. Nu transparantie van kwaliteit nog niet voldoet aan de verwachtingen en succesvol gebruik van kwaliteitsinformatie lastiger blijkt dan gedacht, is het

de vraag in welke mate kwaliteitsverbetering momenteel wordt gestimuleerd. De gedachte dat zorgaanbieders met slechte indicatorscores marktaandeel verliezen, lijkt in beginsel ongegrond aangezien patiëntkeuze op basis van kwaliteitsinformatie vooralsnog (zeer) schaars is. Ook lijkt het onwaarschijnlijk dat zorgverzekeraars die geen goede zorg inkopen, klanten verliezen: mensen blijken een zorgverzekeraar primair te kiezen op basis van prijs en letten daarbij niet of nauwelijks op het zorginkoopbeleid (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). Een reden om toch aan kwaliteit te blijven werken is omdat slechte/minder goede prestaties invloed kunnen hebben op het beeld dat mensen hebben van een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar (Van der Schee et al., 2013). In welke mate die beeldvorming er uiteindelijk toe kan leiden dat mensen overstappen naar een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar is de vraag. Uit onderzoek blijkt dat de mogelijke effecten van transparantie van kwaliteit op beeldvorming wel stimuleren tot kwaliteitsverbetering (Hibbard et al., 2005) en dat het transparant maken van kwaliteit gepaard gaat met kwaliteitsverbetering bij de minder goed presterende instellingen (Hendriks et al., 2009; Zuidgeest et al., 2012).

Vooruitblik

Op welke wijze transparantie van kwaliteit zich verder gaat ontwikkelen blijft de vraag. Duidelijk is dat het ontwikkelen van goede en betrouwbare kwaliteitsinformatie aanmerkelijk complexer is dan aanvankelijk werd verondersteld. Er lopen dan ook vele initiatieven om meer en betere informatie over kwaliteit van zorg te ontwikkelen. Deze initiatieven komen grotendeels uit het veld. Dit past bij de gedachte dat initiatieven vanuit het veld meer kans van slagen hebben dan ontwikkelingen die van bovenaf worden aangestuurd, zoals bij Zichtbare Zorg het geval was (OMS, 2012). Middels Zorginstituut Nederland zal de overheid wel enig overzicht houden, onder meer door de meetinstrumenten van initiatieven te toetsen en op te nemen in een register. In welke mate dat plaats gaat vinden moet nog blijken aangezien het instituut een instrument pas gaat toetsen als de relevante veldpartijen dat gezamenlijk aanbieden (Zorginstituut Nederland, 2014c). Naast overzicht over initiatieven is er ook behoefte aan regie, onder meer op het gebied van registraties en ict (OMS, 2012). De overheid werkt momenteel aan de nodige duidelijkheid op dit vlak door middel van een Meerjarenagenda Zorginformatie (VWS, 2013k). Deze moet bijdragen aan betere informatie over kwaliteit van zorg. Hoewel betere kwaliteitsinformatie zal bijdragen aan beter gebruik van die informatie zal de discussie over het bewerken en interpreteren van die informatie daarmee niet van tafel zijn. Het verzamelen, bewerken en interpreteren van informatie over kwaliteit van zorg is nu eenmaal een complex proces waar verschillend over gedacht wordt. Het blijft dan ook van belang te onderzoeken en te bediscussiëren welke typen informatie het beste aansluiten bij verschillende doelgroepen en gebruiksdoelen en welke conclusies aan die informatie verbonden kunnen worden.

12
De werkzaamheid van het Nederlandse zorgstelsel

12.1 Inleiding

De Rijksoverheid heeft de taak het Nederlandse zorgstelsel dusdanig vorm te geven dat publieke belangen in de zorg zijn gewaarborgd. Iedere Nederlandse burger moet toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg van goede kwaliteit. Daarnaast moet de zorg voor de samenleving betaalbaar blijven.

Wereldwijd geven overheden op verschillende manieren invulling aan het waarborgen van deze publieke belangen. De OECD maakte in 2010 een typering van 29 nationale zorgstelsels en onderscheidde zes groepen gelijksoortige zorgstelsels (OECD, 2010). Het functioneren van deze zorgstelsels werd vervolgens gemeten aan de hand van de verhouding tussen inputs en outputs, zoals respectievelijk de zorguitgaven en de levensverwachting. Meer output bij gelijkblijvende input impliceert doelmatigheid. Een conclusie uit het rapport is dat er niet één type zorgstelsel bestaat dat altijd doelmatiger is dan andere typen zorgstelsels. Zorgstelsels binnen een groep verschilden meer van elkaar in termen van doelmatigheid dan de groepen onderling. Het rapport wijt de grote onderlinge verschillen in doelmatigheid aan verschillen in het beleid waarmee een land uiting geeft aan een bepaald type zorgstelsel.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet van 2006 heeft de Rijksoverheid het Nederlandse zorgstelsel voor curatieve zorg ingericht volgens het model van gereguleerde concurrentie. De Zorgbalans 2010 (Westert et al., 2010) concludeerde mede op basis van de *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag* (Van de Ven et al., 2009) dat er nog niet aan

alle randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie was voldaan. Ook werden enkele knelpunten besproken die partijen ervaren bij het vervullen van hun rol in het stelsel van gereguleerde concurrentie. Geconcludeerd werd dat dit risico's met zich meebracht: de bedoelde effecten van gereguleerde concurrentie kunnen uitblijven, maar er kunnen ook onbedoelde effecten optreden.
Volgens het eerder aangehaalde OECD rapport komen doelmatigheidsverschillen tussen landen niet zozeer voort uit het type zorgstelsel, maar eerder door verschillen in ervaren knelpunten binnen een zorgstelsel.

Dit hoofdstuk gaat in op drie facetten die gerelateerd zijn aan de werkzaamheid van het Nederlandse zorgstelsel. Als eerste geven we een overzicht van de belangrijkste beleidswijzigingen. Deze bespreken we in relatie tot de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie en eerder geconstateerde knelpunten. Vervolgens geven we een inzicht in de huidige stand van zaken binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie. Dit doen we door middel van een bespreking van structuur, gedrag en resultaat op zowel de zorgverzekerings- als de zorginkoopmarkt. In dit kader reflecteren we ook op het keuzegedrag van patiënten op de zorgverleningsmarkt – als drijvende kracht achter het stelsel van gereguleerde concurrentie. Tot slot reflecteren we op de bevindingen in het licht van het waarborgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

We beperken ons in dit hoofdstuk tot de curatieve zorg en nemen de zorg die wordt vergoed uit de Zorgverzekeringswet als ankerpunt. We geven een nationale analyse en zullen niet uitgebreid stil staan bij internationale ontwikkelingen op het gebied van gereguleerde concurrentie.

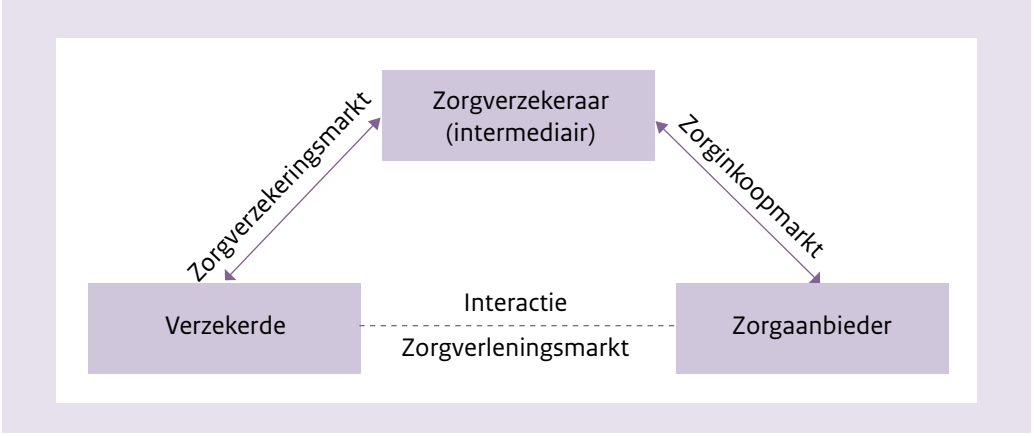
Ter introductie gaan we hieronder eerst in op het stelsel van gereguleerde concurrentie en de randvoorwaarden voor het goed functioneren van een dergelijk stelsel.

12.2 Het stelsel van gereguleerde concurrentie

Men spreekt van een stelsel van gereguleerde concurrentie als middels wet- en regelgeving beperkingen zijn opgelegd aan de vrije markt. Dit heeft als doel de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen. In het Nederlandse stelsel van gereguleerde concurrentie onderscheiden we drie markten en drie marktpartijen (zie *figuur 12.1*).

De zorgverzekeringsmarkt
Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerden door aantrekkelijke zorgverzekeringen aan te bieden. Op enkele uitzonderingen na is iedereen in Nederland wettelijk verplicht om een basisverzekering af te sluiten ('de verzekeringsplicht'). De inhoud van dit basispakket wordt vastgesteld door overheid. De zorgverzekeraar maakt in de polisvoorwaarden van de basisverzekering nadere afspraken over de premie. Daarnaast mogen zorgverzekeraars voorwaarden stellen aan de volledige vergoeding van zorg. Dit kunnen voorwaarden zijn omtrent de beroepsgroepen die bepaalde zorgvormen mogen

Figuur 12.1: Gereguleerde concurrentie met zorgverzekeraars als intermediair. De stippellijn representeert interactie tussen verzekerden en zorgaanbieders. Deze interactie komt grotendeels tot stand door de zorgverzekeraar die als intermediair contracten sluit met verzekerden en zorgaanbieders (de paarse pijlen).



verlenen of de zorgaanbieder die een verzekerde mag bezoeken. Ook voorwaarden zoals een verwijzing van de huisarts binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet vallen hieronder (Van de Ven et al., 2009).
Verzekerden hebben ieder jaar de mogelijkheid om te wisselen van polis of zorgverzekeraar. Ook kunnen zij zich aanvullend verzekeren voor zorg die niet gedekt wordt door de basisverzekering.

De zorginkoopmarkt
Zorgverzekeraars concurreren met elkaar op basis van de polisvoorwaarden. Om tot deze polisvoorwaarden te komen, onderhandelen zorgverzekeraars voor vrijwel al hun zorgpolissen met zorgaanbieders. In deze onderhandelingen maken zorgverzekeraars afspraken over prijs, kwaliteit en volume van de zorg. Onder een zogeheten naturapolis zijn zorgverzekeraars verplicht voldoende zorg van goede kwaliteit te contracteren (NZa, 2010b). Binnen de kaders van deze zorgplicht mag een zorgverzekeraar besluiten om een bepaalde zorgaanbieder niet te contracteren. In de polisvoorwaarden kan een zorgverzekeraar opnemen dat de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders slechts gedeeltelijk worden vergoed. De mogelijkheid om niet gecontracteerd te worden, moet zorgaanbieders prikkelen om onderling te concurreren op basis van prijs en kwaliteit. De markt waar zorgaanbieders onderling concurreren om een contract met de zorgverzekeraar, wordt de zorginkoopmarkt genoemd.

De zorgverleningsmarkt
Zorgverzekeraars brengen verzekerden en zorgaanbieders bij elkaar wanneer zij polissen met een gecontracteerd zorgaanbod aanbieden (Armstrong, 2006). Willen zorgverzekeraars zich kunnen manifesteren als kritisch inkoper van zorg, dan moeten verzekerden bereid zijn zich te

laten sturen door een zorgverzekeraar. De (kwaliteits)concurrentie in de zorg wordt bovendien versterkt wanneer ook patiënten een weloverwogen keuze maken tussen zorgaanbieders, bijvoorbeeld door te besluiten verder te reizen voor een betere kwaliteit zorg (Varkevisser et al., 2006).
Omdat de zorgverleningsmarkt door de zorgverzekeraar als intermediair minder als een op zichzelf staande markt fungeert, analyseren we deze markt niet in termen van marktwerking. Wel staan we stil bij het keuzegedrag van patiënten op de zorgverleningsmarkt. Dit biedt namelijk inzicht in sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars en in kwaliteitsconcurrentie binnen het stelsel.

De regulering van concurrentie
Voorbeelden van de regulering van concurrentie zijn het vaststellen van de inhoud van het basispakket op nationaal niveau, de plicht van de zorgverzekeraar om iedereen te accepteren die zich voor dit basispakket wil verzekeren (de 'acceptatieplicht'), het verbod op premiedifferentiatie (naar persoonskenmerken) voor dit pakket en het systeem van risicoverevening (zie *paragraaf 12.3.1*).

12.3 Randvoorwaarden en beleidswijzigingen gereguleerde concurrentie 2010 - 2014

Om via een stelsel van gereguleerde concurrentie de publieke belangen in de zorg te kunnen waarborgen, dient aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden te zijn voldaan. Deze randvoorwaarden zijn besproken in de *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag* (Van de Ven et al., 2009). Het bleek dat aan vrijwel alle randvoorwaarden deels was voldaan maar aan vrijwel geen enkele randvoorwaarde was geheel voldaan. In *paragraaf 12.3* gaan wij nader in op deze randvoorwaarden.

Deze sectie geeft tevens een overzicht van relevante beleidswijzigingen in de periode 2010-2014 en relateert deze aan de randvoorwaarden voor het succes van gereguleerde concurrentie. Niet voor alle randvoorwaarden hebben (relevante) beleidswijzigingen plaats gevonden. In de conclusie gaan we nader in op de vraag of het recent ingezette beleid ervoor zorgt dat aan de randvoorwaarden van succesvolle gereguleerde concurrentie beter wordt voldaan.

12.3.1 Kruissubsidies

Om de financiële toegankelijkheid van zorg te waarborgen kent het Nederlandse zorgstelsel een systeem van kruissubsidies tussen inkomens- en risicogroepen (Van de Ven et al., 2009). Kruissubsidies tussen inkomensgroepen worden afgedwongen via inkomensafhankelijke premies en zorgtoeslagen. Kruissubsidies tussen risicogroepen worden afgedwongen door het verbod op het differentiëren van verzekeringspremies naar persoonskenmerken. Om zorgverzekeraars met een hoogrisicopopulatie te compenseren kent het Nederlandse

zorgstelsel een risicovereveningssysteem. Het risicovereveningssysteem bestaat uit een ex ante vereveningsmodel en ex post compensaties. Onder het ex ante vereveningsmodel ontvangen zorgverzekeraars risicovereveningsbijdragen voor verzekerden die voorspelbare hogere verwachte kosten hebben dan gemiddeld. Dit draagt bij aan het creëren van een gelijk speelveld tussen verzekeraars en ontneemt hen de prikkel tot risicoselectie.

De vereveningsresultaten bleken voor bepaalde subgroepen echter voorspelbaar positief of negatief (Van Kleef et al., 2012a). Door een systeem van ex post verevening en compensaties werden deze vereveningsresultaten gereduceerd. Dit had echter een belangrijk nadeel: het vermindert de prikkels voor doelmatigheid. Het streven van de overheid is dan ook om de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel zodanig te verbeteren dat de ex post compensaties kunnen worden afgeschaft zonder dat dit leidt tot een ongelijk speelveld en risicoselectie.

In de periode 2010-2014 is het systeem van risicoverevening op een aantal belangrijke punten aangepast. Zo is het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg uitgebreid met drie nieuwe klassen in het criterium Farmacie Kosten Groepen, twee nieuwe klassen in het criterium Diagnose Kosten Groepen en nieuwe criteria voor hulpmiddelengebruik, student en Meerjarige Hoge Kosten. Bij het laatstgenoemde criterium krijgen zorgverzekeraars vooraf een vergoeding voor verzekerden die in de voorgaande drie jaren hoge zorgkosten hadden. Per 2012 is alleen de bandbreedteregeling als ex post kostencompensatie nog in werking. Deze nacalculatie treedt in werking als voor het deelbedrag 'variabele kosten ziekenhuiszorg', het verschil tussen de gemiddelde uitgaven per verzekerde en het definitieve ex-antebudget, buiten een vastgestelde bandbreedte valt (Douven, 2010). Deze nacalculatie wordt in 2015 afgeschaft.
Uit onderzoek blijkt dat met de nieuw toegevoegde criteria het ex ante vereveningsmodel substantieel is verbeterd. Door het afschaffen van de ex post compensaties is het financieel risico voor zorgverzekeraars echter dusdanig toegenomen dat – per saldo – de prikkels tot risicoselectie zijn toegenomen (Van Kleef et al., 2012b).

Voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) die vanaf 2008 onder de Zorgverzekeringswet is komen te vallen, geldt een apart risicovereveningsmodel. Het is nog onduidelijk in hoeverre dit model voorspelbare vereveningsresultaten tussen groepen verzekerden adequaat verevent. Ook is nog onduidelijk in hoeverre voorgenomen uitbreidingen (VWS, 2013m) de voorspelkracht van dit risicovereveningsmodel verbeteren.

12.3.2 Contractvrijheid

Contractuele vrijheid in de relaties zorgverzekeraar-verzekerde en zorgverzekeraar-zorgaanbieder schept mede de voorwaarden voor een gedifferentieerd polisaanbod. Dit draagt bij aan meer concurrentie op zowel de zorgverzekerings- als zorginkoopmarkt. Op het gebied van contractuele vrijheid vinden we verschillende beleidswijzigingen:

Beoogde aanpassing van artikel 13
Op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars de wettelijke vrijheid om in de polisvoorwaarden een lagere vergoeding op te nemen voor niet-gecontracteerde zorg. In het betreffende wetsartikel is geen ondergrens opgenomen. De Memorie van Toelichting stelt wel dat de vergoeding niet zo laag mag zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

In september 2012 heeft de minister van VWS bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend om artikel 13 Zvw aan te passen zodat het voor een zorgverzekeraar mogelijk wordt om niet-gecontracteerde zorg in het geheel niet te vergoeden (VWS, 2012d). Het doel hiervan is de zorgverzekeraars meer ruimte te bieden voor selectieve contractering. Dit zal hun inkooprol versterken. Door verdere differentiatie in vergoedingspercentages toe te staan, kunnen zorgverzekeraars hun naturaverzekerden meer prikkelen om zorg af te nemen bij het gecontracteerde zorgaanbod. Tevens krijgen zorgverzekeraars met de herformulering van artikel 13 Zvw een prikkel om uiterlijk zes weken voor het begin van het volgende kalenderjaar bekend te maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Dit is namelijk de termijn waarbinnen volgens artikel 13 Zvw (lid 2 onderdeel d) de beoogde vrijheid om de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg te bepalen, onverminderd van kracht zal zijn. Het tijdig bekend maken van het gecontracteerd zorgaanbod, helpt consumenten om tijdig goed geïnformeerde keuzes ten aanzien van hun zorgverzekering te maken.

Het wetsvoorstel is in juni 2014 aangenomen door de Tweede Kamer. Eind september 2014 zal het voorbereidend onderzoek van de Eerste Kamercommissie plaatsvinden.

Uitbreiding contractvrijheid medisch-specialistische zorg
Sinds 2008 is het vrij onderhandelbare deel (het B-segment) van de ziekenhuiszorg stapsgewijs uitgebreid (NZa, 2012c) tot 70% van de ziekenhuiszorg (in termen van omzet) in 2012. Vanaf 2012 is de functiegerichte budgettering in het overige deel (het A-segment) afgeschaft en vervangen door een systeem van maximumtarieven. Dit betekent dat ook in het A-segment de inkoop van zorg door individuele zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.

De honoraria voor medisch specialisten zijn sinds 2005 gereguleerd door middel van maximumtarieven. In 2012 is het beheersmodel voor vrijgevestigde medisch specialisten ingevoerd: de NZa stelt per instelling een plafond vast voor de totale inkomsten van vrijgevestigde medisch specialisten.

Integrale bekostiging voor multidisciplinaire zorgverlening
Integrale bekostiging houdt in dat de zorgverzekeraar en zorgaanbieder één tarief afspreken waarvoor de benodigde zorg, zoals vastgelegd in zorgstandaarden en geleverd door verschillende zorgaanbieders, geleverd moet worden (Struijs et al., 2012). In navolging op een aantal experimenten is integrale bekostiging in 2010 structureel ingevoerd voor diabetes mellitus type 2, COPD en vasculair risicomanagement (VRM) (beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'). Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen vrij onderhandelen over de prijs (het ketentarief) en de gewenste

kwaliteit van het geïntegreerde zorgproduct. Niet alle zorg valt onder dit ketentarief: zorg tijdens ANW-uren, geneesmiddelenzorg, hulpmiddelenzorg en eerstelijnsdiagnostiek zijn uitgesloten (NZa, 2012d). Alleen de zorg gerelateerd aan de specifieke aandoening wordt vergoed.

Naast integrale bekostiging is er nog een aantal bekostigingsmethoden voor het declareren van ketenzorg ter bevordering van innovatie en samenwerking. Dit betreft de module geïntegreerde eerstelijnszorg (beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten', GEZ), de innovatieregeling (beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties') en de module modernisering en innovatie (beleidsregel 'Huisartsenzorg-Verrichtingenlijst M&I'). Ook voor deze modules wordt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vrij onderhandeld over de prijs en kwaliteit van de zorg.
De GEZ-module is bedoeld voor eerstelijnszorg waarbij meerdere aanbieders betrokken zijn en regie nodig is. De GEZ-module dient als vergoeding voor deze coördinatiefunctie en is een toeslag op reguliere tarieven. De innovatieregeling is gericht op kortdurende experimenten waarin zorgvernieuwing centraal staat. Verschillende experimenten met integrale bekostiging zijn hierin ondergebracht. Dit kan sinds 2010 niet meer voor diabetes, COPD en VRM. De M&I-module kan gebruikt worden voor het stimuleren van samenwerkingsverbanden, de verdere ontwikkeling van een programmatische aanpak van chronische aandoeningen, substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg en kwaliteitsbevordering. Onder de M&I-module zijn in 2011 zogenaamde variabiliseringsgelden ingevoerd. Deze werden gekoppeld aan specifieke prestaties, bijvoorbeeld op het gebied van telefonische bereikbaarheid in 2011.

In 2013 zijn verschillende regionale initiatieven gestart om de zorg op regionaal niveau beter en efficiënter vorm te geven. Negen van deze experimenten zijn door de minister van VWS, op voordracht van de zorgverzekeraars, aangewezen als zogenaamde proeftuinen. Verschillende proeftuinen streven naar een andere bekostiging van de zorg om verdere integratie van zorgverlening te stimuleren (bijvoorbeeld via shared savings en uitkomstbekostiging). Deze voornemens moeten in de komende jaren echter nog nader worden vormgegeven (Drewes et al., 2014).

De proeftuinen en de integrale bekostiging van chronische zorg geven zorgverzekeraars nieuwe onderhandelingsmogelijkheden ten aanzien van de bekostiging van zorg. Dit geeft zorgverzekeraars meer contractvrijheid.

12.3.3 Transparantie en informatie

Een uitgebreid overzicht van beleid op het gebied van transparantie en informatie is opgenomen in het themahoofdstuk 'Transparantie van kwaliteit'. De conclusie in dit hoofdstuk luidt dat de transparantie van kwaliteit nog niet op het voorgenomen niveau is, maar wel degelijk toegenomen. Een beleidswijziging van dergelijke omvang heeft wellicht meer tijd nodig. Het hoofdstuk beschrijft dat in de periode 2010-2014 veldpartijen als patiënten-verenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in toenemende mate activiteiten ontplooien om de transparantie van kwaliteit te verbeteren. Ter bevordering van de

transparantie van kwaliteit heeft het toenmalige kabinet in 2010 besloten om één Kwaliteitsinstituut op te richten dat zich gaat richten op pakketbeheer, richtlijnontwikkeling en transparantie van kwaliteit. Het Kwaliteitsinstituut is ondergebracht bij Zorginstituut Nederland en is per 1 april 2014 formeel operationeel.
Onderstaand initiatief ter bevordering van de transparantie van zorg verschilde dermate van de onderwerpen in het themahoofdstuk 'Transparantie van kwaliteit' dat besloten is om het in dit hoofdstuk op te nemen.

Van DBC's naar DOT's
Aanbieders van ziekenhuiszorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg declareren volgens de DBC-systematiek. De DBC-systematiek deelt de totale zorg op in verschillende declarabele producten: diagnose-behandelcombinaties (DBC's). De DBC-systematiek geeft in verschillende opzichten ondersteuning aan een stelsel van gereguleerde concurrentie. Zo deelt het de zorg op in afgebakende prestaties waarover men op de zorginkoopmarkt kan onderhandelen (Hasaart, 2011). Daarnaast zijn uniform gedefinieerde prestaties een voorwaarde voor het in kaart brengen van kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en voor controle op productie (NZa, 2006b).

De eerste evaluaties van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg lieten geen positief beeld zien (NZa, 2006a; NZa, 2006b). De systematiek zou te complex zijn en de typering en declaratie van een DBC zouden ruimte overlaten voor interpretatie. Daarnaast waren er aanwijzingen voor overdeclaratie en upcoding door ziekenhuizen (Hasaart, 2011). In haar jaarverslagen (2006 – 2012) maakt DBC-Onderhoud (expertise- en servicecentrum op het gebied van de DBC-systematiek) jaarlijks melding van activiteiten op het gebied van het verder ontwikkelen van de DBC-systematiek. Hieronder vallen het reduceren van prikkels tot onterechte declaraties, het vereenvoudigen van het systeem en het transparanter maken van het systeem voor eindgebruikers.

In 2012 werd een nieuwe systematiek (DOT) ingevoerd voor de ziekenhuiszorg. De DOT-systematiek moet de zorgproducten medisch herkenbaarder maken door een betere aansluiting bij het internationaal gehanteerde diagnosestelsel ICD10. Daarnaast gaat de zorgzwaarte van de patiënt een meer onderscheidende rol spelen in plaats van het behandelend specialisme (NZa, 2013i). Er zijn nog geen evaluaties bekend van de DOT-systematiek en hoe deze zich verhoudt tot de DBC-systematiek.

12.3.4 Financiële prikkels tot doelmatigheid

Ten tijde van de vorige Zorgbalans werden zorgverzekeraars nog gedeeltelijk gecompenseerd voor verliezen door ex post compensaties. Het afbouwen hiervan zou zorgverzekeraars moeten prikkelen tot doelmatigheid. Per 2012 zijn de meeste van deze compensaties afgeschaft. Hieronder gaan we nader in op de implicaties van dit besluit en bespreken we een nieuw geïntroduceerde prikkel tot doelmatigheid op de zorgverleningsmarkt: het macrobeheersingsinstrument.

Met het afbouwen van de ex post compensaties binnen het risicovereveningssysteem voor de somatische zorg lopen zorgverzekeraars een groter financieel risico, aangezien zij opdraaien voor een groter verschil tussen ex ante voorspelde en gerealiseerde kosten. Uit analyses blijkt dat deze compensatie is afgenomen van 26% van het verschil in 2011, naar 8% in 2012 en 7% in 2013 (Van Kleef, 2012b). Dit versterkt de prikkel tot doelmatigheid (VWS, 2012c).

Het macrobeheersingsinstrument
Op 4 juli 2011 sloot de minister van VWS het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord met de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om te komen tot een beheerste uitgavengroei. In dit akkoord zijn voor de periode 2012-2015 afspraken gemaakt om deze doelstelling te behalen (VWS, 2011). Op 16 juli 2013 is een aanvullend akkoord gesloten. Daarin is een groeipercentage van maximaal 1% vastgesteld voor de periode 2015-2017 (VWS, 2013n). Indien de macrokosten de maximaal afgesproken groei toch overschrijden, kan het macrobeheersingsinstrument (mbi) worden ingezet. Het mbi heeft de vorm van een generieke korting op alle aanbieders van medisch-specialistische zorg, die wordt ingezet als zij samen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) overschrijden. Individuele zorgaanbieders hebben slechts een geringe invloed op de totale zorgkosten en zijn wat betreft het voorkòmen van een generieke korting dus sterk afhankelijk van andere zorgaanbieders. Ook al werken zij zelf doelmatig, ze lopen toch het risico mee te moeten betalen aan de ondoelmatigheid van andere zorgaanbieders wanneer het BKZ overschreden wordt. Een strategische reactie op dit risico is om eigen prijzen en volume te laten toenemen; zo is er in ieder geval een buffer om de generieke korting te kunnen betalen (Baarsma et al., 2012; CPb, 2011; Schut et al., 2011). Het mbi wordt gezien als ultimum remedium en is nog niet toegepast.

Opheffing verbod winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg
Momenteel geldt op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) een verbod op winstuitkering voor zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg. Deze zorgaanbieders zijn daarmee voor een groot deel afhankelijk van vreemd vermogen, zoals leningen van banken. In 2012 heeft de minister van VWS een wetsvoorstel ingediend om het voor ziekenhuizen en ZBC's mogelijk te maken om winst uit te keren (VWS, 2012f). In de Memorie van Toelichting wordt een aantal routes genoemd waarlangs het toestaan van winstuitkering in de medisch-specialistische zorg kan leiden tot verbetering van kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid. Private investeerders zullen bijvoorbeeld medezeggenschap over de bedrijfsvoering wensen. Verwacht wordt dat private investeerders gebaat zijn bij een geprofessionaliseerde en doelmatige bedrijfsvoering, waarbij gebruik gemaakt wordt van 'best practices' uit de zorgsector of andere sectoren. Daarnaast kan het toestaan van winstuitkering helpen om kapitaal aan te trekken. Dat kan een impuls geven aan de innovatie in de medisch-specialistische zorg. Als laatste staat in het wetsvoorstel dat het vereenvoudigen van het aantrekken van kapitaal de betwistbaarheid van de markt voor medisch-specialistische zorg ten goede kan komen.

Bij onvoldoende transparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg kan het toestaan van winstuitkering de publieke belangen in gevaar brengen (Plomp et al., 2013). Dit kan gebeuren als aanbieders van medisch-specialistische zorg in de gelegenheid worden gebracht om winst

te behalen door middel van ongepaste zorg, overbehandeling of risicoselectie (VWS, 2012f). Daarom zijn in het wetsvoorstel voorwaarden gesteld aan winstuitkering. Deze voorwaarden hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van de geleverde zorg, de wachttijd voor winstuitkering (minimaal drie jaar na de eerste investering), de in het nabije verleden behaalde financiële resultaten en de financiële positie na winstuitkering. Hoewel een aantal publicaties stelt dat het belangrijk is om randvoorwaarden te stellen aan winstuitkering (bijvoorbeeld Kerste & Kok, 2010) tonen zij zich wel kritisch op de effectiviteit en proportionaliteit van enkele beoogde voorwaarden aan winstuitkering. Zo zijn Plomp en collega's bijvoorbeeld van mening dat het huidige wettelijke instrumentarium niet effectief is in het voorkomen van macro kostenoverschrijdingen – waarmee winstgevendheid van (een) aanbieder(s) van medisch-specialistische zorg gepaard zou kunnen gaan (Plomp et al., 2013; VWS, 2013d). De Memorie van Toelichting voorziet hierin een rol voor zorgverzekeraars. Hoewel geprikkeld om deze rol op zich te nemen, bijvoorbeeld vanwege de afbouw van ex post compensaties (zie *paragraaf 12.3.1*), stellen Kerste en Kok dat zorgverzekeraars om diverse redenen nog onvoldoende tegendruk kunnen bieden (Kerste & Kok, 2010).

In juni 2014 stemde de Tweede Kamer in met het voorstel van de minister. Op 30 september 2014 staat een voorbereidend onderzoek door de Eerste Kamercommissie gepland.

Verhoging van het wettelijk verplicht eigen risico
Met een verplicht eigen risico betalen verzekerden een deel van hun eigen zorgkosten. Het eigen risico heeft een aantal functies binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie (VWS, 20130). Eén van de functies is om het kostenbewustzijn van verzekerden te verhogen. Daarnaast ontzien verzekerden met het gedeelte dat zij zelf betalen aan zorgkosten, het collectief aan verzekerden. Ook de gezonde verzekerden die geen of een lager beroep doen op de gezondheidszorg, worden hiermee ontzien. Dit moet het draagvlak voor de zorgverzekering onder gezonde verzekerden waarborgen en daarmee de solidariteit in het stelsel van gereguleerde concurrentie. Sinds 2010 is het wettelijk verplicht eigen risico geleidelijk toegenomen van €165 in 2010 tot €360 in 2014.

12.3.5 Betwistbare marktposities

Een betwistbare markt is een markt waarin nieuwe partijen zonder belemmeringen kunnen toetreden en waar slecht functionerende partijen uittreden. Rondom het thema 'betwistbare marktposities' zijn er beleidswijzigingen voorgesteld en doorgevoerd ten aanzien van de toetreding van zorgverzekeraars op de zorgverleningsmarkt en ten aanzien van de overheidssteun in geval van (dreigende) faillissementen in de zorg.

Overheidssteun in geval van (dreigende) faillissementen in de zorg
Sinds 2011 geeft de overheid geen financiële steun meer aan zorgaanbieders in geval van een naderend faillissement (Tweede Kamer, 2011). Dit bevordert de betwistbaarheid van zorgmarkten. In gevallen waarbij cruciale zorg dreigt weg te vallen in een regio kan de minister een zogenaamde vangnetstichting in het leven roepen. Cruciale zorg betreft die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige

gezondheidsschade kunnen oplopen of ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Voor de curatieve zorg gaat het hierbij om de ambulancezorg, de basis spoedeisende hulpverlening, de acute verloskunde en de crisisopvang in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn in eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg, mede in het kader van de zorgplicht van eerstgenoemden. Zij dienen hierover afspraken met elkaar te maken.

Twee casussen zijn illustratief voor de werking en praktische uitvoerbaarheid van het gewijzigde standpunt ten aanzien van overheidssteun aan zorgaanbieders. Het betreft het dreigende faillissement van het LangeLand ziekenhuis in oktober 2012 en het faillissement en de doorstart van het Ruwaard van Putten ziekenhuis in juni 2013. In beide casussen bleken veldpartijen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de continuïteit van zorg op te pakken.

Beoogd verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders
In het stelsel van gereguleerde concurrentie is het zorgverzekeraars toegestaan om zorgaanbieders in loondienst te nemen of om een financieel (meerderheids)belang te verwerven in een zorgaanbieder. Dit wordt 'verticale integratie' genoemd. Zorgverzekeraars treden daarmee toe tot de zorgverleningsmarkt. Enerzijds verhoogt dit de druk op zorgaanbieders, anderzijds is het voor zorgverzekeraars een middel om aan hun zorgplicht te voldoen indien het aanbod onvoldoende is. Volgens toenmalig minister Hoogervorst werkt verticale integratie dan ook ondersteunend aan het stelsel van gereguleerde concurrentie (Tweede Kamer, 2005). Daarnaast zou het kunnen leiden tot minder transactiekosten en beter op elkaar afgestemde (doelmatigheids)prikkels (Van de Ven, 2011).

In 2012 is een wetsvoorstel ingediend (VWS, 2012e) waarin het zorgverzekeraars wordt verboden om zelf zorg te verlenen of zorg te laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zeggenschap hebben. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer zij een meerderheid van de aandelen (met stemrecht) hebben of indien zij meer dan de helft van de bestuursleden hebben aangewezen[1]. Het wetsvoorstel bevat enkele concrete voorbeelden hoe verticale integratie – bij verminderde concurrentiedruk op de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt – het publieke belang kan schaden. Op dit vlak wordt in het wetsvoorstel aandacht besteed aan de (schijn van) belangenverstrengeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die zich kan uiten in een intransparant, mogelijk suboptimaal en niet objectief inkoopproces.

In de bijlage van de Memorie van Toelichting is een aantal publicaties opgenomen. Dit zijn reacties van Varkevisser en Schut, Douven, Halbersma, Katona en Shestalova (VWS, 2012e); het eindrapport van de commissie Baarsma (Baarsma et al., 2009); het advies van de Raad van State (Raad van State, 2012) en de dissertatie van Plomp (Plomp, 2011).

Deze studies tonen aan dat verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder nadelig kan zijn wanneer beide markten geconcentreerd zijn. Daarnaast stelt men dat het

[1] Ten aanzien van het vervullen van de zorgplicht en zorgvernieuwingen bestaan ontheffingen

huidige toezichtkader toereikend is om de publieke belangen te waarborgen rondom mededingings- en kwaliteitsvraagstukken. Het wetsvoorstel is dan ook voornamelijk gemotiveerd door het voorkomen van de schijn van belangenverstrengeling en daarmee het behouden van het vertrouwen van burgers in het systeem.

Het wetsvoorstel is in juni 2014 aangenomen door de Tweede Kamer. Eind september 2014 zal het voorbereidend onderzoek van de Eerste Kamercommissie plaatsvinden.

12.3.6 Marktmeester en toezichthouder

Een onafhankelijke toezichthouder die toeziet op zaken als transparantie, mededinging en de financiële positie van relevante marktpartijen draagt bij aan het waarborgen van de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een recente beleidswijziging in het toezichthouderschap heeft betrekking op het toezicht rondom zorgfusies. Vòòr de beleidswijziging was dit een taak van de (toenmalige) Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) die daarbij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kon consulteren. De NMa was niet verplicht om deze zienswijze op te volgen. De adviezen van de IGZ aan de NZa waren wel bindend; de NZa diende deze over te nemen in haar zienswijze. De kritiek op het toenmalige toetsingskader en de uitvoering daarvan, was onder meer dat de NMa zorgfusies teveel vanuit een economische invalshoek (zou kunnen) benaderen (Varkevisser & Schut, 2011). Aan het toetsingskader is een zorgspecifieke fusietoets toegevoegd die de NZa voor haar rekening neemt. Deze toets vindt plaats voorafgaand aan een eventuele toets door de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Indien de voorgenomen zorgfusie onder het bereik van de ACM valt, moeten nu beide instanties toestemming geven voor de zorgfusie. De NZa toetst specifiek het nut en de risico's van de voorgenomen zorgfusie zoals opgesteld door de partijen. Ook toetst zij of de continuïteit van de cruciale zorg niet in gevaar komt. Een voorgenomen fusie waarbij er sprake is van een zorgaanbieder die door 50 personen of meer zorg laat verlenen, moet vooraf bij de NZa worden gemeld.

12.3.7 Conclusie

Sinds de vorige Zorgbalans is beleid gemaakt of voorgenomen op een groot deel van de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie. In die gevallen waar de wetsvoorstellen nog bij de Tweede Kamer liggen of (tijdelijk) zijn ingetrokken, is het nog te vroeg om vast te stellen in hoeverre beleid op de randvoorwaarden heeft bijgedragen aan het realiseren van de publieke belangen in de zorg.

Op het gebied van contractvrijheid is veel beleid voorgenomen. Zorgverzekeraars en zorg-aanbieders hebben meer ruimte gekregen om zichzelf te profileren naar elkaar toe en richting verzekerden. Het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg is uitgebreid. Daarnaast is het voor de bekostiging van multidisciplinaire zorg in het algemeen en voor chronische zorg in het bijzonder, toegestaan met verschillende vormen van bekostiging te werken.

Met het voorgenomen verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, wordt een deel van de verworven contractvrijheid weer ingeleverd. De voorgenomen aanpassing van artikel 13 prikkelt zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel om van de nieuw verworven contractvrijheid gebruik te maken. In de paragraaf over de zorginkoopmarkt (zie *paragraaf* 12.5) gaan wij in op de vraag of deze prikkel al gewerkt heeft in de praktijk.

Ook op het gebied van doelmatigheid zien we veel (voorgenomen) beleid. Het afbouwen van de ex post verevening en compensaties verhoogt het financieel risico voor zorgverzekeraars en prikkelt hen tot doelmatigheid. Het afbouwen van de ex post verevening en compensaties is ook een stimulans om van de nieuw verworven vrijheden op het gebied van contractvrijheid gebruik te maken. Door partijen in het veld zijn wel kanttekeningen geplaatst bij het voorgenomen doelmatigheidsbeleid. Deze raken niet zozeer motivatie achter de betreffende wetsvoorstellen maar meer de uitwerking ervan. Een aantal onderzoekers is van mening dat bepaalde aspecten van het voorgenomen doelmatigheidsbeleid (onnodig) restrictief zijn, weinig effectief zullen zijn of onbedoelde dan wel averechtse effecten op doelmatigheid zullen hebben.

De beoogde opheffing van het verbod op winstuitkering bij aanbieders van medisch-specialistische zorg en de nadere voorwaarden die de overheid gesteld heeft aan overheidssteun in geval van dreigende faillissementen in de zorg dragen bij aan de betwistbaarheid van de zorgmarkt. Met het voorgenomen verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder nemen de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om de zorgmarkt te betreden af. Hoewel er met het toestaan van verticale integratie beter zou worden voldaan aan de randvoorwaarde 'betwistbare marktposities' zou dit, volgens het standpunt dat wordt ingenomen in de Memorie van Toelichting, ten koste kunnen gaan van de mate waarin aan andere randvoorwaarden voldaan wordt. Deze casus is illustratief voor de observatie dat een dergelijke 'overall'-benadering – waarbij een bepaald wetsvoorstel langs meerdere relevante randvoorwaarden wordt gelegd – wenselijk is voor een ieder die zich met de ontwikkeling en evaluatie van zorgstelsel bezig houdt.

12.4 De zorgverzekeringsmarkt

Een concurrerende en betwistbare zorgverzekeringsmarkt is één van de randvoorwaarden voor het succes van gereguleerde concurrentie (Van de Ven et al., 2009). De structuur van de zorgverzekeringsmarkt bepaalt de ruimte voor concurrentie op deze markt. Een markt waarin verschillende zorgverzekeraars verschillende polissen aanbieden, maakt het verzekerden mogelijk om over te stappen naar polissen die voor hen gunstiger zijn. Door de mogelijkheid klanten aan te trekken of te verliezen, ontstaat concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zij worden in hun gedrag geprikkeld om zich te onderscheiden van concurrerende zorgverzekeraars in termen van prijs, kwaliteit en toegankelijkheid. Samen met de financiële positie van zorgverzekeraars behoren de prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg via een zorgverzekering tot de resultaten op de zorgverzekeringsmarkt.

In deze sectie bespreken we achtereenvolgens de structuur van, het gedrag en de resultaten op de zorgverzekeringsmarkt.

12.4.1 Structuur van de zorgverzekeringsmarkt

Aantal zorgverzekeraars en concerns
De gegevens in *tabel 12.1* laten zien dat het aantal verzekeringsconcerns en aangesloten zorgverzekeraars is afgenomen. In de periode 2006-2014 is een aantal concerns gefuseerd en zijn zorgverzekeraars binnen een concern in elkaar opgegaan. Een afname van het aantal zorgverzekeraars kan de concurrentiedruk verminderen.

Regionale en nationale concentratiegraad
De NZa (NZa, 2013k) concludeerde dat de landelijke en provinciale concentratie van zorgverzekeraars is toegenomen, hoewel in 2013 een lichte daling ten opzichte van 2012 is gemeten. Een toegenomen mate van concentratie kan duiden op verminderde concurrentiedruk.

Betwistbare marktposities
De Zorgverzekeringswet staat nieuwe zorgverzekeraars toe en regelt de positie van verzekerden bij uittreding van zorgverzekeraars (door bijvoorbeeld een faillissement). Hiermee is het principe van de betwistbare marktpositie wettelijk verankerd. Niet toetreding op zichzelf maar de dreiging ervan, is van belang. Immers, indien de zorgverzekeringsmarkt al concurrerend is, is toetreding vanuit het oogpunt van het publieke belang niet nodig. Zo kenden de zorgverzekeraars de afgelopen jaren een positief exploitatieresultaat en lieten dit terugvloeien naar verzekerden (NZa, 2013k). Dit kan geïnterpreteerd worden als concurrentiedruk.

De dreiging van toetreding wordt afgezwakt door toetredingsdrempels. Op basis van interviews met zorgverzekeraars bespreekt de NZa de toetredingsdrempels tot de zorgverzekeringsmarkt (NZa, 2012e). De zorgverzekeraars ervaren beperkte winstgevendheid van de basisverzekering. Daarnaast maken zij zich zorgen over de financiële complexiteit en onzekerheid rondom de risicoverevening. Deze onzekerheid had te maken met de lange doorloop van nacalculaties. Te verwachten is dat dit minder wordt nu deze bijna allemaal zijn afgeschaft. De afschaffing van de ex post verevening maakt kleine zorgverzekeraars echter wel gevoeliger voor hoogrisicopopulaties als de risico's in het ex ante model niet verevend worden. Temeer ook omdat er voor verzekeraars een acceptatieplicht geldt en omdat zij premies niet mogen differentiëren op basis van gezondheidsrisico's. De kleinere

Tabel 12.1: Aantal zorgverzekeraars en concerns, 2006-2013 (Bron: NZa, 2013k).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Concerns	16	15	12	12	11	10	9	9
Zorgverzekeraars	33	32	32	30	28	27	26	26

zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat de afschaffing van de ex post verevening een toetredingsdrempel kan opwerpen.

Alhoewel zorgverzekeraars gemiddeld genomen reeds een aantal jaren een positief exploitatieresultaat halen op hun basis- en aanvullende verzekering, zijn er geen zorgverzekeraars toegetreden op de markt.

Transparantie op de zorgverzekeringsmarkt
In een transparante zorgverzekeringsmarkt is de informatie over polissen voor verzekerden beschikbaar is. Deze informatie moet ook toegankelijk zijn. De afgelopen jaren zijn er signalen geweest dat de contractering van medisch specialistische zorg relatief laat wordt afgerond, waardoor informatie laat beschikbaar is. De kans bestaat dan dat een patiënt in het nieuwe jaar zorg gaat afnemen bij een zorgaanbieder die niet gecontracteerd wordt (Halbersma & Wolf, 2012). De voorgenomen aanpassing van art. 13 Zvw zou dit moeten voorkomen.

De NZa heeft in 2011 de beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten' opgesteld (NZa, 2013h). Uit de meest recente rapportage (december 2013) blijkt dat vooral de transparantie rondom de hoogte van vergoedingen voor niet-preferente geneesmiddelen en wettelijke eigen bijdragen voor verbetering vatbaar is.

De CQ-rapportages van het NIVEL schetsen eenzelfde beeld. Uit de meest recente meting van de CQ-index Zorg en Zorgverzekering (2011) blijkt dat driekwart van de verzekerden niet goed op de hoogte is van het vergoedingenbeleid van de zorgverzekeraar (Donselaar et al., 2011).

12.4.2 Gedrag op de zorgverzekeringsmarkt

Aantal en typen zorgpolissen
Uit *tabel* 12.2 blijkt dat het aantal zorgpolissen over de jaren heen is toegenomen. Ook hebben er ontwikkelingen plaatsgevonden wat betreft de polistypen die op de zorgverzekeringsmarkt worden aangeboden.

Globaal zijn er twee soorten polissen: naturapolissen en restitutiepolissen. Onder een restitutiepolis ontvangt een verzekerde een vergoeding ongeacht naar welke zorgaanbieder hij gaat. Onder een naturapolis wordt een verzekerde beperkt tot de zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar een contract heeft. Restitutiepolissen zijn weer onder te verdelen in polissen met en polissen zonder gecontracteerde zorgaanbieders. Onder restitutiepolissen met gecontracteerde zorgaanbieders kan het bezoeken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders een aantal implicaties hebben. Zo kan de zorgverzekeraar besluiten om de kosten van deze zorg voor te laten schieten door de verzekerde of om slechts een deel van de zorgkosten te vergoeden.

Uit de gegevens in *tabel* 12.2 blijkt dat het aantal polissen met gecontracteerde zorgaanbieders toeneemt. Vanuit het stelsel van gereguleerde concurrentie bezien, zijn dit de polissen waarmee de zorgverzekeraar zich kan profileren ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

Tabel 12.2: Aantal zorgpolissen en ontwikkelingen in polistypen, 2009-2013 (Bron: NZa, 2013k).

Type polis		2009	2010	2011	2012	2013
Combinatie	Deels gecontracteerd	9	14	8	7	10
	Gecontracteerd	6	1	6	5	5
	Subtotaal	15	15	14	12	15
Natura	Gecontracteerd	16	17	18	22	29
	Subtotaal	16	17	18	22	29
Restitutie	Deels gecontracteerd	2	6	7	8	12
	Gecontracteerd	2	1	5	6	5
	Niet-gecontracteerd	22	18	12	12	6
	Subtotaal	26	25	24	26	23
Totaal		57	57	56	60	67

Budgetpolissen
In de monitor Zorginkoop constateert de NZa dat een groeiend aantal zorgverzekeraars zogeheten 'budgetpolissen' aanbiedt (NZa, 2014). Dit zijn naturapolissen met een zeer selectief gecontracteerd zorgaanbod (voor niet-spoedeisende zorg); verzekerden betalen bij het afnemen van zorg bij niet-gecontracteerde zorg een eigen bijdrage. Deze polissen hanteren een lage premie. Hoewel dit enige media-aandacht genereerde eind 2013, zijn de budgetpolissen vooralsnog een kleine speler op de zorgverzekeringsmarkt. Op 1 februari 2014 hadden 300.000 verzekerden een budgetpolis afgesloten; een stijging van 30.000 verzekerden ten opzichte van het vorige verzekeringsjaar (BS Health Consultancy, 2013).

Overstapgedrag verzekerden en belemmeringen
Verzekerden kunnen ieder jaar naar een andere zorgverzekeraar overstappen. De dreiging dat mensen overstappen moet voldoende groot zijn, willen zorgverzekeraars concurrentiedruk ervaren. Het is daarbij van belang dat verzekerden geen belemmeringen ervaren om over te stappen.

Per 1 januari 2013 stapten 1,2 miljoen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Dit komt neer op een overstappercentage van 7,2%; het hoogste percentage sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Vektis, 2013b). BS Health Consultancy rapporteerde op basis van cijfers van zorgverzekeraarsconcerns een overstappercentage van 6,5% voor 2014 (BS Health Consultancy, 2014). Sinds 2007 veranderen per jaar steeds meer mensen van zorgverzekeraar. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn in totaal 3,3 miljoen verzekerden minimaal één keer overgestapt. Dat betekent dat ruim driekwart van de verzekerden nog nooit

is gewisseld van verzekeraar (Vektis, 2013b). De prijs van zowel de basis- als aanvullende verzekering is voor verzekerden de belangrijkste reden om te wisselen (Reitsma-van Rooijen et al., 2012; Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). Onderzoek van de NZa toont aan dat verzekerden steeds sterker reageren op een stijging van de prijs van hun polis (NZa, 2013k).

Recent onderzoek van Duijmelinck en collega's (Duijmelinck et al., 2013a) laat zien dat de overstappercentages voor subgroepen van verzekerden verschillen. Jongeren stappen vaker over dan ouderen. Ook stappen gezonde verzekerden ongeveer tweemaal zo vaak over als ongezonde verzekerden. Uit onderzoek van Vektis (Vektis, 2012) blijkt daarnaast dat een hoog opleidingsniveau, een hoger inkomen en het hebben van een baan de kans vergroten dat een verzekerde overstapt.

Verschillen in overstappercentages tussen subgroepen kunnen duiden op overstap-belemmeringen. Dit vermindert de dreiging tot overstappen. Een in 2013 uitgezette vragenlijst onder Nederlandse verzekerden geeft inzicht in overstapbelemmeringen (NZa, 2013k). Meer dan de helft van de respondenten vindt het veel tijd en moeite kosten om polissen te vergelijken, bijvoorbeeld op het gebied van gecontracteerd zorgaanbod. Zij verwachten dat overstappen onverwachte kosten (51%) of 'gedoe' (57%) met zich meebrengt. Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar opleidingsniveau en de mate van gezondheid van de respondenten blijkt dat respondenten met een slechte gezondheid en met een lage opleiding eerder moeilijkheden of belemmeringen verwachten bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Verder blijkt uit ander onderzoek dat een deel van de verzekerden overstapbelemmeringen kan ervaren vanwege de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering (Roos & Schut, 2008; Roos & Schut, 2012). Er zijn twee vormen van koppelverkoop waargenomen (Bes et al., 2012a). De eerste betreft het alleen kunnen afnemen van een aanvullende polis indien een basisverzekering is afgesloten. De tweede vorm betreft het heffen van een hogere premie op de aanvullende polis wanneer er geen basisverzekering is afgesloten.

Risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt
Indien vereveningsresultaten verschillen tussen (door de zorgverzekeraar te identificeren) subgroepen, dan bestaan er prikkels tot risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Binnen de context van het Nederlandse zorgstelsel is risicoselectie gedefinieerd als alle acties (anders dan premiedifferentiatie per polis) die tot doel of gevolg hebben dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd (Van de Ven et al., 2013a; Van de Ven et al., 2013b). Dit zijn acties die laagrisicogroepen aantrekken en/of hoogrisicogroepen afstoten. Risicoselectie kan ook vanuit verzekerden zelf komen. Gezonde mensen kunnen besluiten een hoger vrijwillig eigen risico te nemen of af te zien van een aanvullende polis.

Duijmelinck en collega's (Duijmelinck et al., 2013b) vonden voor twee zorgverzekeraars dat op de uitstromers een negatief financieel resultaat zou zijn behaald (indien ze gebleven zouden zijn) en dat op de instromers een positief financieel resultaat werd behaald (bij een landelijk-gemiddelde kostendekkende premie). Dit kan een indicatie zijn voor risicoselectie. Welke

precieze acties hebben geleid tot de geobserveerde risicoselectie is een vraag voor vervolgonderzoek. We weten dus nog niet in welke mate de risicoselectie een bedreiging vormt voor de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

12.4.3 Resultaat op de zorgverzekeringsmarkt

Premieontwikkeling en variatie in zorgpremie
Naast een gedifferentieerd aanbod in termen van polistypen bestaan er ook substantiële verschillen in de premies. Uit *tabel 12.3* blijkt echter wel dat de spreiding aan het afnemen is op polisniveau. In combinatie met een laag exploitatieresultaat op de basisverzekering, kan dit duiden op concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Financiële positie zorgverzekeraars
Het gemiddelde exploitatieresultaat (basis + aanvullende verzekering) als percentage van de gemiddelde schadelast (idem) is van 2007 tot 2012 toegenomen van -1% naar 3% (NZa, 2013k). Als reden voor de relatief snelle stijging tussen 2011-2012 noemt de NZa (NZa, 2013k) het lager uitvallen van de schadelast. Zorgverzekeraars anticipeerden op een kostenstijging, mede vanwege het wegvallen van ex post compensaties, en verhoogden daarom de premies. Achteraf viel de stijging in de schadelast mee.

Kwaliteit zorgverzekeraars vanuit verzekerdenperspectief
Uit de meest recente meting van de CQ-index Zorg en Zorgverzekering blijkt dat verzekerden over het algemeen tevreden zijn met hun zorgverzekeraar (Donselaar et al., 2011). Dit is dan ook de belangrijkste reden voor niet-overstappers om niet over te stappen (67,4%) (NZa, 2013k).

Overstapbelemmeringen en implicaties voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg
Uit verschillende onderzoeken blijkt dat verzekerden uit bepaalde subgroepen (zoals chronisch zieken en ouderen) zich niet vrij voelen om een andere zorgverzekeraar te kiezen. Een lagere overstapdreiging betekent dat zorgverzekeraars minder hun best hoeven te doen om verzekerden aan zich te blijven binden. Temeer ook nu zorgverzekeraars een groter financieel risico zijn gaan lopen over zorgkosten en de vereveningsresultaten voorspelbaar negatief zijn voor groepen chronisch zieken (zie *paragraaf 12.3*). Volgens Roos en Schut (Roos & Schut, 2008) zou dit kunnen leiden tot een verminderde kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor deze subgroepen.

12.4.4 Conclusie

Zorgverzekeraars hebben in de periode 2010-2014 meer contractvrijheid gekregen. De observatie dat het aantal polissen met gecontracteerde zorgaanbieders toeneemt ten opzichte van pure restitutiepolissen, geeft blijk van de intentie om ook van deze contractvrijheid gebruik te maken. Samen met een analyse van de inhoud van de contracten die zorgverzekeraars met zorgaanbieders sluiten (zie *paragraaf 12.5*) betekent deze ontwikkeling dat zorgverzekeraars zich meer zijn gaan profileren ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

Tabel 12.3: Gemiddelde nominale premie en spreiding, 2010-2013 (Bron: NZa, 2013k).

	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde nominale premie basisverzekering	1149	1262	1287	1280
Spreiding (verschil tussen hoogste en laagste premie)	279	276	240	236
Spreiding als percentage van gemiddelde nominale premie	24	22	19	18

De zorgverzekeraars kenden de afgelopen jaren een positief exploitatieresultaat en lieten dit terugvloeien naar verzekerden (NZa, 2013k). Het lage aantal toetreders tot de zorgverzekeringsmarkt en de afnemende spreiding in premies kunnen geïnterpreteerd worden als tekenen van effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

Zonder de ervaren overstapbelemmeringen door verzekerden zou deze concurrentiedruk echter substantieel hoger kunnen zijn, zeker in het licht van de toegenomen concentratie op de zorgverzekeringsmarkt. Van belang is hier ook dat het om groepen verzekerden (ouderen, chronisch zieken) gaat met specifieke preferenties voor zorg. Indien vanuit deze groepen de dreiging tot overstappen vermindert, kan op termijn ook de kwaliteit van de zorginkoop – en het gecontracteerde zorgaanbod – verminderen.

12.5 De zorginkoopmarkt

In deze paragraaf richten we ons op de zorginkoopmarkt, waarbij wij ons beperken tot de inkoop van geneesmiddelen en medisch-specialistische zorg. Dit zijn namelijk de markten waarop zorgverzekeraars zich in termen van zorginkoop onderscheiden. Daarnaast behoren beide zorginkoopmarkten tot belangrijke markten in termen van zorguitgaven. De structuur, het gedrag en het resultaat van deze deelmarkten zullen achter elkaar besproken worden.

12.5.1 De zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen

Op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen kunnen zorgverzekeraars afspraken maken met zowel de apotheker als de fabrikant van het geneesmiddel, binnen de kaders van het Besluit Zorgverzekering (Visser et al., 2013). Hierin staat vermeld welke geneesmiddelen de verzekeraar verplicht in de basisverzekering moet opnemen. Het ministerie heeft een lijst van deze geneesmiddelen opgesteld in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). In de lijst staan maximum tarieven per groep werkzame stoffen. Een aantal groepen werkzame stoffen wordt vervolgens in clusters opgedeeld van geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn. Verzekeraars zijn verplicht om minstens één geneesmiddel per cluster te vergoeden. Indien

een verzekeraar ook daadwerkelijk besluit om een beperkte groep geneesmiddelen te vergoeden per cluster, spreekt men van een “preferentiebeleid”.

Structuur van de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen

Aantal aanbieders en concentratiegraad
Zorgverzekeraars maken op nationaal niveau afspraken met leveranciers van geneesmiddelen en ketens van apothekers. De inkoop van geneesmiddelen wordt voor een deel door inkoopcombinaties van zorgverzekeraars gedaan. De kleinere zorgverzekeraars hebben zich voor hun zorginkoop aangesloten bij de inkoopcombinatie ‘Multizorg’.

De extramurale farmaceutische zorg wordt op lokaal niveau geleverd door apotheekhoudende huisartsen en openbare apotheken. Openbare apotheken opereren lokaal: 86% van de geneesmiddelen wordt verstrekt aan patiënten die binnen een straal van 3 km woonachtig zijn (SFK, 2013). Het gemiddelde gewogen[2] marktaandeel van de apotheken en apotheekhoudende huisartsen, gebaseerd op declaratiegegevens in viercijferige postcodegebieden, is 40% (NZa, 2013j).

Op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen onderhandelen apothekers in toenemende mate samen, al dan niet via een zorgmakelaar (Reibestein & Rinnooy Kan, 2013). Dit vergroot de onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraar (Reibestein & Rinnooy Kan, 2013).

Transparantie van de markten ten aanzien van kwaliteit en prijs
Transparantie ten aanzien van kwaliteit en prijs is belangrijk voor patiënt, consument en zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars gebruiken deze informatie om tot een gecontracteerd zorgaanbod te komen. Op basis hiervan kunnen zij beoordeeld worden door de consument op de zorgverzekeringsmarkt. De patiënt heeft transparantie nodig om uit dit zorgaanbod een zorgaanbieder te kiezen.

Voor de patiënt is kwaliteit nog onvoldoende inzichtelijk (NZa, 2013j). Sinds 2008 is de Stuurgroep Zichtbare Zorg Farmacie verantwoordelijk voor het ontwikkelen, opzetten en uitvragen van kwaliteitsindicatoren. Er zijn verschillende indicatoren ontwikkeld, namelijk zorginhoudelijke indicatoren, cliëntervaringsindicatoren en etalageplusvragenlijsten (etalageplus-informatie betreft feitelijke informatie zoals locatie, wachttijden et cetera).

Voor de patiënt bestaat er in toenemende mate onduidelijkheid over prijzen van geneesmiddelen. Sinds de invoering van het preferentiebeleid staan de prijzen niet langer vermeld op de verpakkingen van de geneesmiddelen (NZa, 2013j).

[2] Zorgaanbieders leveren zorg aan mensen uit verschillende regio’s. In het “gewogen marktaandeel” van een zorgaanbieder, wordt in de berekening van het marktaandeel meer gewicht gegeven aan regio’s die in termen van omzet, belangrijker zijn.

Gedrag op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen

Preferentiebeleid en prijsgarantie
Verzekeraars passen vaak twee soorten inkoopbeleid toe binnen één contract met een apotheker: het preferentiebeleid en de prijsgarantie.

Binnen het preferentiebeleid kiest de zorgverzekeraar één geneesmiddel per werkzame stof of cluster. Zorgverzekeraars kunnen dus binnen de kaders van het Besluit Zorgverzekering besluiten om de medicijnen van bepaalde leveranciers niet meer te vergoeden. Zorgverzekeraars kiezen het geneesmiddel (en dus de bijbehorende leverancier) op basis van de prijs en het maximum volume dat een leverancier kan leveren. Leveranciers concurreren onderling door additionele kortingen te geven. Binnen dit preferentiebeleid wordt de inkoopfunctie van de apotheker feitelijk overgenomen. De apotheker wordt alleen voor deelprestaties gecontracteerd zoals eerste uitgifte, avonddienstverlening en magistrale bereiding. De prijzen van deze deelprestaties zijn vrij onderhandelbaar.

Een prijsgarantie houdt in dat de zorgverzekeraar van te voren een prijs afspreekt met de apotheekhoudende (per cluster/groep van werkzame stoffen). De apotheekhoudende bepaalt dan zelf welk geneesmiddel hij verstrekt.

Alhoewel selectieve contractering is toegestaan, worden vrijwel alle apothekers gecontracteerd. De contracteergraad in april 2012 was 94% (NZa, 2013j).

Kwaliteit in inkoopbeleid
Kwaliteit speelt tot dusver een beperkte rol in het inkoopbeleid. In alle contracten worden basiseisen opgenomen (NZa, 2013j). De apotheek moet voldoen aan de wettelijke eisen. Voorbeelden hiervan zijn: voldoen aan de Nederlandse Apotheek Norm (NAN 2006), delen van het medicatie-dossier en deelname aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO) (NZa, 2013j). Een aantal zorgverzekeraarsconcerns maakt afspraken over een hogere vergoeding voor kwaliteit (NZa, 2013j). Voorbeelden van kwaliteitsafspraken zijn: deelname aan kwaliteitsonderzoek, verrichten van extra activiteiten om de medicatiebewaking en therapietrouw te verbeteren, et cetera (NZa, 2013j).

Resultaat op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen

Tevredenheid
Drie van de vier grote zorgverzekeraarsconcerns zijn tevreden over het contracteerproces. Het merendeel van de apothekers toont zich daarentegen ontevreden wat betreft het proces en de uitkomsten van de contractonderhandelingen (NZa, 2013j). Apothekers geven aan over te weinig macht te beschikken tegenover zorgverzekeraars. Door het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars zou daarnaast hun financiële positie onder druk staan (Reibestein & Rinnooy Kan, 2013). Toch zijn er tot dusver nauwelijks apotheken van de markt verdwenen.

In de periode 2004-2011 is de consumptie van geneesmiddelen gestegen. Desalniettemin heeft de prijsdaling in dezelfde periode tot een besparing geleid van €1,5 miljard (NZa, 2013j). Dit is het gevolg van de prijsdaling van generieke en specialité geneesmiddelen binnen preferente clusters en dankzij substitutie. De geneesmiddelenprijzen zijn in de afgelopen jaren steeds verder gedaald. Ook heeft er een daling in de apotheektarieven plaatsgevonden (SFK, 2013). De prijzen van sommige generieke geneesmiddelen zijn met 90% gezakt (SFK, 2013). De totale omzet voor de gemiddelde apotheek nam in het jaar 2012 met 4,4% af ten opzichte van 2011 (SFK, 2013).

Patiënten zijn tevreden over de toegankelijkheid, de wachttijd en de snelheid van helpen in de apotheek (NZa, 2013).

12.5.2 De zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg

Op de zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg wordt qua zorginkoop een onderscheid gemaakt tussen behandelingen die onder het A- en het B-segment vallen. Behandelingen in het A-segment hebben maximumtarieven. De prijs voor behandelingen in het B-segment is vrij onderhandelbaar.

Structuur van de zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg

Aantal aanbieders en concentratiegraad
Zorgverzekeraars onderhandelen op regionaal niveau met aanbieders van medisch-specialistische zorg. De inkoop van deze zorg wordt voor een deel door inkoopcombinaties van zorgverzekeraars gedaan. De kleinere zorgverzekeraars sluiten zich voor hun zorginkoop aan bij de inkoopcombinatie 'Multizorg'.

In 2013 telt Nederland 82 algemene ziekenhuizen, 8 UMC's en 2 categorale ziekenhuizen. Daarnaast zijn er 268 ZBC's (NZa, 2013b). Het aantal ziekenhuislocaties is in de afgelopen jaren nagenoeg gelijk gebleven (Deuning, 2013b). Het aantal ZBC's laat elk jaar een stijging zien. Het gemiddelde gewogen marktaandeel van een ziekenhuis, gebaseerd op declaratiegegevens in viercijferige postcodegebieden, is 54,4% (NZa, 2013b). ZBC's zijn niet in de berekening meegenomen.

Verdere concentratie vanwege beleid VWS en zorgverzekeraars
De minister van VWS en zorgverzekeraars sturen al enkele jaren aan op concentratie van complexe zorg (VWS, 2010b). In een aantal gevallen is er wetenschappelijk gezien voldoende bewijs van een positieve relatie tussen concentratie van zorg en geleverde kwaliteit (Zuiderent-Jerak et al., 2012). Dit geldt voor een aantal vormen van complexe zorg waar ervaring van de medisch specialist de kans op complicaties kan verminderen. In het verlengde hiervan heeft de IGZ de beroepsgroepen opgeroepen om kwaliteits- en volumenormen op te stellen. Dit houdt in dat zorgaanbieders de zorg alleen mogen leveren indien ze jaarlijks een minimum aantal behandelingen uitvoeren. Dit heeft tot gevolg dat er op regionaal niveau afspraken gemaakt moeten worden over de concentratie van complexe zorg (VWS, 2010b). In

het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord wordt ook aangestuurd op verdere concentratie van de zorg. Dit zien we terug in de contracten die in 2012 werden gesloten tussen de verzekeraars en de ziekenhuizen. In de contracten wordt vermeld dat de zorgaanbieder zich aan deze normen dient te houden (Ruwaard et al., 2014).

Transparantie van de markten ten aanzien van kwaliteit en prijs
Zoals omschreven in het hoofdstuk 'Transparantie van kwaliteit' zijn er in de afgelopen jaren verschillende initiatieven geweest om de transparantie van de kwaliteit van zorg te verbeteren. Belangrijke initiatieven zijn: Zichtbare Zorg, de Hospital Standarized Mortality Ratio (HSMR), de PROMs, de ROM, de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), kiesBeter.nl en Zorgkaart-Nederland. De initiatieven variëren in de definitie van kwaliteit en verschillen daarom ook in de aspecten van kwaliteit die worden gemeten. Deze initiatieven hebben gezamenlijk bijgedragen aan het transparanter maken van de kwaliteit maar het is vooralsnog niet voldoende. De indicatoren voldoen nog niet aan de eisen. Voor de consument blijkt het lastig de kwaliteitsinformatie te gebruiken om tot een keuze van aanbieder te komen. Voor de consument kan het lastig zijn om de verschillende kwaliteitsindicatoren te interpreteren en af te wegen. Verzekeraars geven aan dat de kwaliteit van zorg van bepaalde behandelingen nog niet dusdanig inzichtelijk is dat er op basis van kwaliteit, selectief kan worden ingekocht (NZa, 2014).

Gedrag op de zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg

Verzekeraars hebben met vrijwel alle ziekenhuizen een contract afgesloten maar niet met alle ZBC's (NZa, 2012c). De contracten hebben veelal een contractduur van één jaar. Een aantal verzekeraars koopt selectief in op een beperkt aantal behandelingen. De inhoud van de contracten die in 2012 tussen de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen werden afgesloten, werden bestudeerd door Ruwaard en collega's (Ruwaard et al., 2014) en worden hieronder besproken.

Inhoud contracten zorgverzekeraars en ziekenhuizen in 2012
Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen op twee niveaus over de kosten van zorg. Als eerste wordt er onderhandeld over de bekostigingsmethodiek, vervolgens over prijzen van de DBC-zorgproducten (NZa, 2012c). Er worden grofweg twee verschillende bekostigings-methoden toegepast: plafondafspraken en aanneemsommen. Bij een plafondafspraak worden de declaraties van het ziekenhuis vergoed totdat het plafond is bereikt. Bij een aanneemsom ontvangt het ziekenhuis een van te voren vastgesteld bedrag ongeacht de prestaties. Dit is een omzetgarantie en verschilt in dat opzicht van de plafondafspraak. Na het bepalen van de bekostigingsmethodiek vinden er onderhandelingen plaats over de tarieven van DBC-zorgproducten. In de contracten staat echter vaak wel vermeld dat de tarieven nog aangepast kunnen worden als productie achterblijft of hoger uitkomt dan verwacht werd. De tarieven kunnen dan aangepast worden zodat de totale kosten overeenkomen met een eventueel plafond of aanneemsom (Ruwaard et al., 2014).

Het totaal aantal behandelingen dat een zorgaanbieder kan declareren, wordt begrensd door de aanneemsommen en plafondafspraken. Ook wordt contractueel een aantal voorwaarden gesteld aan het declareren van een behandeling. Zo kan de verzekeraar besluiten een behandeling alleen te vergoeden als er een verwijzing is van een arts. Voor een aantal behandelingen moet de zorgaanbieder toestemming vragen aan de verzekeraar. Naast contractuele afspraken om het volume te begrenzen, worden er ook bepalingen opgenomen om onderbehandeling tegen te gaan. In vrijwel alle contracten staat dat de zorgaanbieder geen patiënten mag weigeren tenzij daar gewichtige redenen voor zijn. Ook wordt er veelal afgesproken dat ziekenhuizen een doorleververplichting hebben. Dit houdt in dat ziekenhuizen geen patiënten mogen weigeren, ook niet als het plafond of de aanneemsom is bereikt (Ruwaard et al., 2014).

In alle contracten worden algemene afspraken opgenomen over de kwaliteit van zorg. Voor de gecontracteerde zorg geldt dat deze aan de (meest recente) standaarden, protocollen en richtlijnen moet voldoen. Zo moet het ziekenhuis bijvoorbeeld beschikken over een Veiligheid Managementsysteem (VMS) en over een accreditatie van een certificatie- of accreditatieorganisatie. Verder worden in vrijwel alle contracten afspraken gemaakt over maximale wachttijden. Hierbij worden doorgaans de Treeknormen gehanteerd. Voor sommige behandelingen worden er op behandelingsniveau kwaliteitsafspraken gemaakt. Deze afspraken zijn voornamelijk gebaseerd op de minimumeisen die beroepsgroepen hebben opgesteld. Deze eisen zijn bekend bij de zorgaanbieders. Verzekeraars passen op een beperkt aantal behandelingen selectieve contractering toe. Voorbeelden zijn borstkankerzorg, maagverkleiningen, blaasverwijderingsoperaties en herniaoperaties. Zorgverzekeraars hanteren in toenemende mate volumenormen van de betreffende beroepsgroep (zie www.minimumkwaliteitsnormen.nl). De zorgaanbieders komen alleen in aanmerking voor een vergoeding als zij aan de kwaliteitseisen voldoen.

Het is onduidelijk hoe de onderhandelingsposities tussen de verzekeraar en de zorgaanbieders liggen. Uit de contracten is niet direct op te maken of een partij over meer macht beschikt in de onderhandelingen dan de andere partij (Ruwaard et al., 2014). Er worden op grote schaal aanneemsommen en plafonds afgesproken. Dit suggereert dat de zorgverzekeraar voldoende druk kan uitoefenen (Ruwaard et al., 2014). Een aantal ziekenhuizen heeft aan de hand van een Brandbrief aan de NVZ hun ontevredenheid geuit over de zorginkoop in 2014. Volgens de ziekenhuizen zouden er zorgverzekeraars zijn die kortingen voorstellen van 15% (Kiers, 2013b) terwijl de macrokosten met maximaal 1,5% mogen groeien.

Een verzekeraar biedt de ziekenhuizen in grote lijnen een soortgelijk contract aan. Al zijn er wel grote verschillen in bijvoorbeeld de hoogte van de aanneemsom of plafondafspraak. De zorgverzekeraar lijkt echter wel een onderscheid te maken tussen ziekenhuizen en ZBC's. Zorgverzekeraars richten zicht eerst op de onderhandelingen met ziekenhuizen alvorens ze onderhandelen met ZBC's (NZa, 2012c).

Rentabiliteit en solvabiliteit
In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord zijn voor de periode 2012-2015 afspraken gemaakt om tot een beheerste uitgavengroei te komen. In de periode 2006-2010 lag de gemiddelde jaarlijkse omzetgroei rond de 6 à 7%. Daarna verminderde de omzetgroei naar 3,4% in de periode 2010-2011 en bleef de ziekenhuisomzet gelijk in de periode 2011-2012 (NZa, 2013b). De rentabiliteit is in de periode 2011-2012 gedaald en de solvabiliteit is iets toegenomen. Het voorlopige verrekenbedrag heeft invloed op de solvabiliteit. Wanneer het verrekenbedrag niet wordt meegenomen blijft de solvabiliteit gelijk ten opzichte van vorig jaar (NZa, 2013b).

Prijzen B-segment
De NZa toonde in haar marktscan aan dat de prijzen in het B-segment tussen 2006 en 2009 gemiddeld tussen de 0 en 2% per jaar stegen. In 2010 was er sprake van een prijsdaling van ongeveer 2% (NZa, 2012c). *Figuur 12.2* toont de variatie in contractprijzen voor cataract tussen ziekenhuizen. Er is voor deze groep gekozen omdat het een gestandaardiseerde hoog-volume behandeling betreft die grotendeels tijdens een dagopname worden uitgevoerd in alle ziekenhuizen. De figuur toont dat over de jaren heen de hoogste DBC-prijs anderhalf tot tweemaal zo hoog was als de laagste prijs. Voor de DBC-groepen amandelen, dijbreuk/liesbreuk en knieoperatie zien we een vergelijkbaar beeld. In een studie naar de relatie tussen prijs en kwaliteit voor cataractbehandelingen (Heijink et al., 2013) bleek de kwaliteit van zorg in zeer beperkte mate te variëren tussen ziekenhuizen. Door de grote spreiding in prijzen voor deze behandelingen werd geen relatie gevonden tussen prijs en kwaliteit.

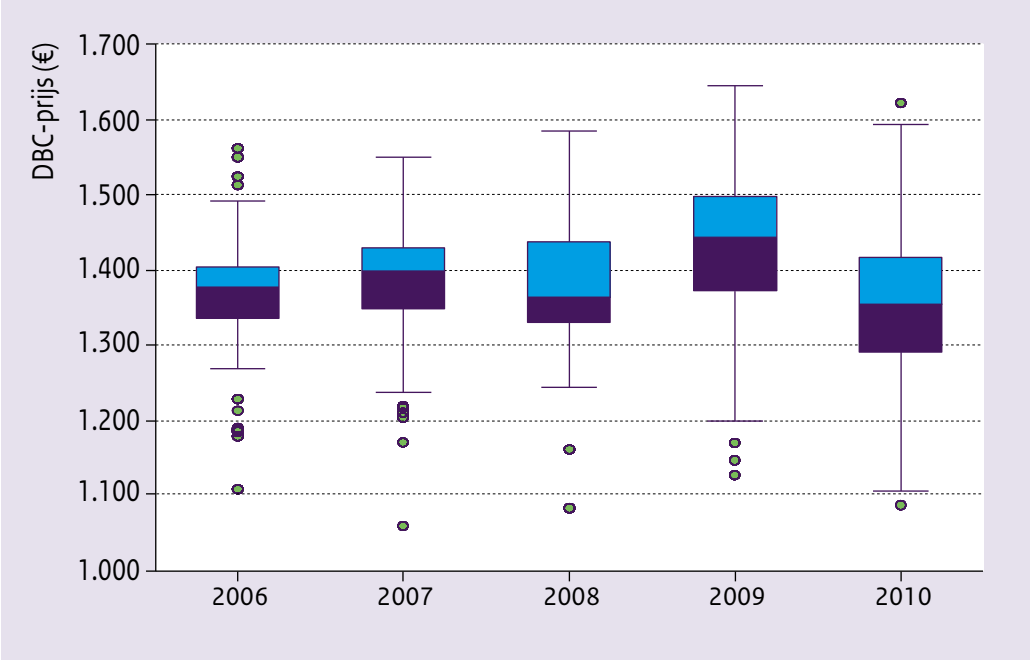
Aangezien in 2012 met de invoering van het DOT-systeem een nieuwe productstructuur is geïntroduceerd, zijn de prijzen vanaf 2012 niet meer vergelijkbaar met de voorgaande jaren. Op dit moment is er nog geen zicht op de mate van variatie in DOT-prijzen.

12.5.3 Conclusie

In de zorginkoopmarkt van geneesmiddelen onderhandelt de zorgverzekeraar met de fabrikant van de geneesmiddelen en met de apotheker. Ondanks dat selectieve contractering is toegestaan, worden vrijwel alle apothekers gecontracteerd. Informatie met betrekking tot kwaliteit en prijs van geneesmiddelen is voor de consument nog onvoldoende inzichtelijk. In de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker speelt kwaliteit tot dusver nog een beperkte rol. Verzekeraars passen twee soorten inkoopbeleid toe: het preferentiebeleid en de prijsgarantie. De prijzen van geneesmiddelen en de apotheektarieven zijn in de afgelopen jaren gedaald, mede door dit inkoopbeleid. Ondanks een toename in consumptie van geneesmiddelen heeft de prijsdaling tot besparingen geleid. De financiële positie van apothekers zou hierdoor onder druk kunnen komen te staan.

In de zorginkoopmarkt van die medisch-specialistische zorg wordt er onderhandeld over prijs, kwaliteit en volume van behandelingen binnen het B-segment. Voor behandelingen binnen het A-segment gelden maximumtarieven. Zorgverzekeraars sluiten met vrijwel alle

Figuur 12.2: Prijsvariatie behandeling cataract (Bron: NZa, databewerking RIVM).



De figuur bevat 5 boxplots, voor 2006-2010. Iedere box heeft 5 horizontale lijnen, van boven naar onder geven deze weer: de hoogste waarde (excl. uitschieters), het derde kwartiel, het tweede kwartiel, het eerste kwartiel en de laagste waarde (excl. uitschieters). De stippen representeren de uitschieters.

ziekenhuizen een contract af maar niet voor alle behandelingen. Er wordt eerst onderhandeld over de bekostigingsmethode, daarna over de prijzen op DBC-niveau. De groei van de ziekenhuisomzet verminderde en bleef in de periode 2011-2012 nagenoeg gelijk. De prijzen zijn in 2012 gemiddeld gedaald met circa 2 procent. Tussen aanbieders bestaat echter variatie in de prijzen voor bepaalde behandelingen. Er zijn veel initiatieven geweest om de kwaliteit van zorg transparanter te maken. Dit heeft ertoe geleid dat de transparantie is toegenomen al is het nog niet voldoende. In de onderhandelingen speelt kwaliteit nog een beperkte rol.

12.6 De zorgverleningsmarkt

De naam 'zorgverleningsmarkt' is enigszins misleidend, in die zin dat de zorgverleningsmarkt niet volledig als zelfstandige markt functioneert. Immers, prijsverschillen tussen zorgaanbieders worden grotendeels door de zorgverzekeraar vergoed. In het stelsel van gereguleerde concurrentie speelt de interactie tussen zorgaanbieders en verzekerden echter

wel een belangrijke rol. Wanneer verzekerden een weloverwogen keuze maken tussen zorgaanbieders, worden zorgverzekeraars namelijk geprikkeld tot een betere zorginkoop. Dit prikkelt zorgaanbieders weer om doelmatigere zorg aan te bieden. In deze paragraaf gaan we in op keuzegedrag in de zorgverleningsmarkt.

12.6.1 Keuzegedrag op de zorgverleningsmarkt

Gebruik van vergelijkende informatie door patiënten
Uit onderzoek is gebleken dat een beperkt aantal patiënten (7%) beschikbare informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken gebruikt bij hun keuze. Vrijwel alle patiënten (96%) verwachten wel dat er kwaliteitsverschillen zijn (Van der Geest & Varkevisser, 2012). Of deze groep kritische patiënten voldoende groot en representatief is om invloed uit te oefenen op de kwaliteit van het door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbod, zal de toekomst moeten uitwijzen.

Een mogelijke verklaring voor het beperkte gebruik van kwaliteitsinformatie is dat patiënten de beschikbare informatie niet begrijpen. In haar proefschrift concludeert Damman (2011) dat de wijze waarop gegevens worden gepresenteerd van invloed is op het begrip en het gebruik van vergelijkende kwaliteitsinformatie. Ook in andere landen blijkt dat het publiekelijk beschikbaar maken van consumenteninformatie geen garantie geeft dat patiënten de informatie ook daadwerkelijk gebruiken om een goede keuze te maken (Marshall, 2003; Kling et al., 2012).

Advies van huisarts en zorgverzekeraar
Patiënten lijken over het algemeen zelf dus geen informatie te zoeken maar vragen bij het kiezen van een zorgverlener wel anderen om advies. In totaal blijkt bijna de helft van de patiënten zich te laten adviseren (Van der Geest & Varkevisser, 2012). In veruit de meeste gevallen betreft dit een advies van de huisarts. Maar ook familie, vrienden, kennissen of een andere zorgverlener worden door patiënten geraadpleegd. Het is dus goed mogelijk dat de beschikbare kwaliteitsinformatie via de verschillende adviseurs toch een aanzienlijke groep patiënten bereikt.

Hoewel de zorgverzekeraar zorg inkoopt namens verzekerden, wenden slechts weinig patiënten zich tot hun zorgverzekeraar voor informatie en advies. De zorgverzekeraar wordt door lang niet iedereen gezien als een belangrijke en betrouwbare informatiebron, zo blijkt uit een enquête onder een verzekerdenpanel (Bes et al., 2012b). Dit bevestigt het eerder gesignaleerde gebrek aan vertrouwen waar zorgverzekeraars mee te maken hebben (Boonen & Schut, 2009; Boonen & Schut, 2011). Het is mogelijk dat er verschillen zijn tussen patiëntengroepen ten aanzien van het vertrouwen in de zorgverzekeraar. Zo hebben Dautzenberg en collega's (Dautzenberg et al., 2012) onderzocht in hoeverre borstkankerpatiënten gebruik hebben gemaakt van de lijst met de beste ziekenhuizen voor borstkankerzorg die een grote Nederlandse zorgverzekeraar in 2010 en 2011 publiceerde. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de meerderheid van de respondenten het opstellen van de lijst en het selectief inkopen van borstkankerzorg positief beoordeelt. Onder meer omdat het ziekenhuizen kan prikkelen tot

het leveren van betere kwaliteit van zorg. Het percentage respondenten dat (helemaal) geen vertrouwen heeft in het oordeel van de betreffende zorgverzekeraar is laag (7%).

Reisbereidheid van patiënten
Patiënten kunnen zorgaanbieders ertoe aanzetten om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Als patiënten bereid zijn om te reizen voor betere kwaliteit van zorg, levert een kwaliteitsverbetering aanbieders namelijk meer patiënten en afhankelijk van de precieze contractvorm ook meer inkomsten op. De relatie tussen de beschikbare kwaliteitsinformatie en de gemaakte keuzen van Nederlandse patiënten op de zorgverleningsmarkt is in enkele studies onderzocht.

Varkevisser en collega's (Varkevisser et al., 2010) analyseerden het keuzegedrag van patiënten die in 2003 een ziekenhuis moesten kiezen voor een eerste afspraak op de polikliniek neurochirurgie. Zij vonden dat de gemiddelde patiënt een voorkeur heeft voor algemene ziekenhuizen, ziekenhuizen met een goede reputatie en ziekenhuizen met een korte wachttijd. Wel blijken er verschillen te bestaan in de reisbereidheid van patiënten. Dotterpatiënten bleken in 2006 gemiddeld genomen bereid zijn om twee minuten langer te reizen naar een ziekenhuis met een 1-procentpunt lager percentage heropnames (Varkevisser et al., 2012). Hoewel er verschillen zijn tussen patiënten, blijken slechts weinig patiënten niet bereid te zijn tot reizen voor een ziekenhuis met minder heropnames. Veranderingen in het percentage heropnames hebben een aanzienlijk effect op het aantal patiënten van een ziekenhuis. Een 1-procentpunt lager percentage heropnames resulteert gemiddeld in 12% meer patiënten. Deze patiënten komen in de regel van het dichtstbijzijnde concurrerende ziekenhuis.

Beukers en collega's (Beukers et al., 2013) onderzochten aan de hand van declaratiegegevens uit 2008-2010 het keuzegedrag van patiënten die voor een niet-spoedeisende heupoperatie in een ziekenhuis zijn opgenomen. Ook uit dit onderzoek kwam naar voren dat patiënten gevoelig zijn voor verschillen in kwaliteit en wachttijd, waarbij reistijd de dominante keuzefactor bleek.

Effectiviteit van sturingsinstrumenten
De vraag in hoeverre verzekerden zich op de zorgverleningsmarkt laten sturen door zorgverzekeraars, is nog grotendeels onbeantwoord. Er is nagenoeg geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar naar de effectiviteit van sturingsinstrumenten. Voor Nederland is in twee studies onderzocht wat het effect was van een positieve prikkel op het werkelijke keuzegedrag van verzekerden.[3] Boonen en collega's (Boonen et al., 2008) analyseerden de apotheekkeuze van verzekerden in de periode januari 2003 tot december 2004 en in de periode augustus 2004 tot mei 2005 aan de hand van declaratiegegevens van twee zorgverzekeraars. Het bleek dat de inzet van financiële en kwalitatieve prikkels verzekerden kan motiveren om gebruik te maken van een preferente apotheek.

[3] De prikkel kan als positief beschouwd worden, omdat vergeleken met de situatie van vóór de inzet van het sturingsinstrument de keuze voor een voorkeursaanbieder beloond wordt.

Van der Geest en Varkevisser (Van der Geest & Varkevisser, 2010) onderzochten de effectiviteit van het gedifferentieerd eigen risico bij staar- en spataderbehandelingen in 2009 bij één zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar houdt de kosten van behandeling buiten het eigen risico wanneer deze behandeling bij een voorkeursaanbieder wordt afgenomen. Een evaluatie van dit experiment laat een bescheiden effect zien op het keuzegedrag van verzekerden. Alleen bij spataderbehandelingen lijkt de inzet van het eigen risico tot een verschuiving van de marktaandelen te hebben geleid in het voordeel van de voorkeursaanbieders.

12.6.2 Conclusie

Hoewel patiënten zich nog weinig tot kwaliteitsinformatie lijken te wenden, wint bijna de helft van de patiënten adviezen van anderen in wanneer het gaat om de keuze voor een zorgaanbieder. Hoewel over het algemeen de zorgverzekeraar nog niet gevonden of vertrouwd wordt, zou dit voor specifieke patiëntengroepen anders kunnen liggen.

Als patiënten kwaliteitsinformatie vergaren, lijken zij hier ook naar te handelen. De reisbereidheid voor een betere kwaliteit van zorg is aanwezig. Tot slot lijken patiënten zich ook te laten sturen door enkele financiële prikkels die betrekking hebben op hun zorggebruik.

12.7 Conclusie

In vergelijking met de Zorgbalans uit 2010, wordt in 2014 in grotere mate voldaan aan de randvoorwaarden voor succesvolle gereguleerde concurrentie. Deze conclusie wordt onderstreept in het recent uitgevoerde vervolg op evaluatie van de Zorgverzekeringswet uit 2009 (Van Kleef et al., 2014; Van de Ven et al., 2009).

In de periode 2010-2014 hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte gekregen om zichzelf te profileren richting elkaar en richting verzekerden. Uit een analyse van de inkoopcontracten tussen beiden blijkt dat verzekeraars in toenemende mate zijn gaat sturen op kosten en volume, maar dat er vooralsnog op een zeer algemeen niveau over kwaliteit van zorg gesproken wordt. Daarnaast vindt er op verzekeraarsniveau nog op beperkte schaal selectieve contractering plaats. De relatieve toename van (deels) gecontracteerde zorgpolissen op het totaal aan zorgpolissen, en de beoogde aanpassing van artikel 13 Zvw – waarmee het zorgverzekeraars mogelijk wordt gemaakt om niet-gecontracteerde zorg in het geheel niet te vergoeden – zijn wel tekenen van een mogelijk verdere profilering op polisniveau in de toekomst.

Belangrijk voor deze ontwikkeling is wel dat de kwaliteit van de zorg voldoende transparant is voor verzekerden, dat zij zich ook (laten) informeren over kwaliteitsverschillen, dat zij handelen naar kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en handelen naar kwaliteitsverschillen in het gecontracteerde zorgaanbod van zorgverzekeraars. Hierbij is het belangrijk dat de zorgverzekeringsmarkt transparant is en dat verzekerden vrij en onbelemmerd kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk en in

het hoofdstuk 'Transparantie van Kwaliteit' zijn ten aanzien van deze voorwaarden enkele knelpunten geconstateerd en enkele aandachtspunten besproken.

Ten aanzien van de transparantie van kwaliteit van zorg lijkt men het er over eens te zijn dat deze vooralsnog onvoldoende is. De zorgverzekeringsmarkt daarentegen lijkt inmiddels wel voldoende transparant naar oordeel van zowel de NZa als de verzekerden zelf. Wel blijkt ten aanzien van de aanvullende verzekering vaak ten onrechte de impressie te bestaan dat men om gezondheidsredenen zou worden afgewezen voor een aanvullende verzekering bij een (andere) zorgverzekeraar. Dit verklaart deels de ervaren overstapbelemmeringen onder verzekerden met hoge verwachte zorgkosten (Roos & Schut, 2012).

Ervaren overstapbelemmeringen voor hoogrisicoverzekerden kunnen ertoe leiden dat er van deze groep een lagere dreiging tot overstappen uitgaat. Daarnaast concludeert eerder aangehaald onderzoek dat er op bepaalde hoogrisicopopulaties een voorspelbaar negatief vereveningsresultaat behaald wordt, ondanks verdere verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel. Beiden verminderen de prikkel tot het investeren in zorgpolissen die deze populaties kunnen voorzien in hun specifieke behoeften.

Samengevat zijn er in de periode 2010-2014 belangrijke acties ondernomen op de randvoorwaarden voor succesvolle gereguleerde concurrentie. Hiermee heeft het Nederlandse zorgstelsel vooruitgang geboekt ten opzichte van 2010. Het verder doorontwikkelen van het stelsel van gereguleerde concurrentie en het adresseren van de geobserveerde knelpunten rondom de hoogrisicopopulatie, lijken op basis van de analyse in dit hoofdstuk logische vervolgstappen in het borgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg.

13 Informatiebehoefte: wat we nog niet weten

De Zorgbalans heeft verschillende functies. De drie belangrijkste zijn:
- het leveren van informatie voor beleid. Hierbij valt vooral te denken aan ondersteuning bij het bepalen van beleidsdoelstellingen en –prioriteiten zoals die worden geformuleerd in het regeerakkoord en de beleidsnota's, en aan de evaluatie van het beleid;
- het leveren van een overzicht van de prestaties van de gezondheidszorg;
- het identificeren van hiaten in beschikbare kennis en gegevens over de prestaties van de gezondheidszorg.

De eerste twee functies vormen de hoofdzaak en daaraan is dan ook invulling gegeven in de voorgaande 12 hoofdstukken. In dit hoofdstuk staat de beschikbare kennis en informatie waaruit we kunnen putten centraal. De mate waarin inzicht kan worden gegeven in de prestaties van de gezondheidszorg hangt natuurlijk ook in sterke mate af de beschikbaarheid en kwaliteit van informatie. De Zorgbalans bouwt immers voort op beschikbare databronnen. Soms doen we dat door zelf data te analyseren, soms door gebruik te maken van analyses die al door anderen zijn verricht.

Deze Zorgbalans is de vierde editie en we zullen dan ook terugblikken op hoe de beschikbaarheid van informatie zich verhoudt tot eerdere edities. Zonder hierbij uitputtend te zijn, zullen we tevens enkele 'kennishiaten' benoemen; kennis waaraan behoefte is, maar die nog niet of in onvoldoende mate beschikbaar is.

Tabel 13.1: Percentages indicatoren die internationaal, in de tijd en met beleidsnormen kan worden vergeleken: huidige en voorgaande drie edities van de Zorgbalans.

Vergelijking	Percentage indicatoren dat aan kenmerk voldoet per editie van de Zorgbalans			
	Zorgbalans 2006	Zorgbalans 2008	Zorgbalans 2010	Zorgbalans 2014
Internationaal	20	26	24	24
Tijdreeks	50	61	71	73
Beleidsnorm	<5	21	18	17

Vergelijkbaarheid van indicatoren

Indicatoren zeggen meestal weinig als ze niet kunnen worden voorzien van een context. De cijfers krijgen pas zeggingskracht als ze ergens mee kunnen worden vergeleken. We doen dat in de Zorgbalans op drie manieren:

- Vergelijkingen met eerdere jaren (tijdreeksen)
- Vergelijkingen met andere landen (internationale vergelijkingen)
- Vergelijkingen met een beleidsnorm

Tabel 13.1 geeft een overzicht van de percentages indicatoren die op elk van deze vergelijkingen konden worden gemaakt. Ten opzichte van de derde Zorgbalans zijn de percentages niet zo veel veranderd. Bijna een kwart kon internationaal worden vergeleken, 73% bevatte een tijdreeks en 17% kon worden vergeleken met een beleidsnorm.

Deze percentages zeggen in de eerste plaats iets over de Zorgbalans en in de tweede plaats over de beschikbaarheid van informatie in Nederland.

Tijdreeksen

Sinds de eerste Zorgbalans is het aandeel indicatoren waarvan tijdreeksen kunnen worden weergegeven flink toegenomen. Om prestatie-indicatoren op een zinvolle manier te relateren aan beleidsmaatregelen is een tijdreeks meestal essentieel. De meeste beleidsmaatregelen zijn er immers op gericht zaken te verbeteren. Hoewel voor het identificeren van causale verbanden meer diepgaand onderzoek nodig is, kan een tijdreeks een aardige indruk geven van de effectiviteit van bepaalde maatregelen. In veel gevallen wordt in de Zorgbalans verwezen naar zulke studies.

Vanzelfsprekend is continuïteit in meetmethoden van belang bij het weergeven van tijdreeksen. Toch zien we vaak dat definities en meetmethoden in de loop der tijd worden aangepast. Dat lijkt onwenselijk, maar is vaak onvermijdelijk. Een eerste veel voorkomende oorzaak is dat er voortschrijdend inzicht is ten aanzien van de methoden: de meting verbetert dus en geeft de stand van zaken beter weer dan voorheen. Zo zijn er in de loop der jaren kleine

aanpassingen geweest in de berekening van gestandaardiseerde ziekenhuissterfte. Een tweede mogelijkheid is dat het gemeten object zelf verandert. Zo werd in het verleden een aparte tijdreeks weergegeven voor de prevalentie van decubitus in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Vandaag de dag is dit onderscheid echter lang niet altijd meer te maken en zijn deze samengevoegd onder de noemer 'instellingen voor verpleging en verzorging'. In de meeste gevallen konden dit soort veranderingen worden opgelost door met terugwerkende kracht een tijdreeks te berekenen op basis van de nieuwe definitie. In enkele gevallen werden tijdreeksen volgens de 'oude' en 'nieuwe' definitie naast elkaar geplaatst, bijvoorbeeld bij de zorguitgaven als percentage van het bbp.

Vaak is het kunnen produceren van bruikbare tijdreeksen een kwestie van investeren in goede registraties. Bij het monitoren van beoogde effecten van beleid verdient het aanbeveling om zo vroeg mogelijk te beginnen met meten.

Internationale vergelijkingen
Een van de belangrijkste bronnen voor internationale vergelijkingen wordt gevormd door de kwaliteitsindicatoren van de OECD. Deze indicatoren worden onder andere gepubliceerd in de tweejaarlijkse rapportage *Health at a Glance*. Deze indicatorenset is voortdurend in ontwikkeling. Achter elke indicator ligt vaak een jarenlang traject van verfijning, analyse en wetenschappelijk onderzoek. Experts van de aangesloten lidstaten praten mee over de indicatorenset. In Nederland zijn verschillende experts hierbij betrokken waaronder vertegenwoordigers van het Zorgbalans-team.

Naast de OECD-indicatoren vormen onder andere de patiënten surveys van het Commonwealth Fund een belangrijke bron. Het aansluiten bij internationale projecten is een belangrijke manier om te leren van succesvol beleid in andere landen en om samen de kwaliteit van indicatoren te verbeteren. Bovendien kan een internationale vergelijking leiden tot bewustwording. Een illustratie daarvan is de beweging die op gang is gekomen in de zorg rond zwangerschap en geboorte die is beschreven in *hoofdstuk 2*. De publicatie van internationale cijfers over perinatale sterfte in de studie Euro-Peristat vormde daarvoor de belangrijkste impuls.

De afgelopen jaren is binnen het indicatorenprogramma van de OECD een toenemende aandacht waarneembaar voor onderzoek van de verklaringen achter de verschillen tussen landen.

Informatie die er niet of te weinig is

In de vorige Zorgbalans beschreven we de roep om verbeteringen in de informatievoorziening. Hoewel we ook voor deze Zorgbalans weer uit een schat aan gegevens hebben kunnen putten, is het informatielandschap in Nederland niet ideaal. Onder dit informatielandschap verstaan we het geheel aan beschikbare databronnen, de onderlinge compatibiliteit daarvan, de kwaliteit en 'vulling' van registraties en standaarden hiervoor en de regelingen en afspraken omtrent eigenaarschap, trekkingsrechten en transparantie. In *hoofdstuk 11* is dit onderwerp al aan de orde gekomen.

In de de *Meerjarenagenda Zorginformatie* (VWS, 2013k) is de visie van VWS hierop beschreven en wordt het traject beschreven om te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg.

De indicatoren zoals in de Zorgbalans beschreven, vormen een resultante van enerzijds wat van belang is om te meten en anderzijds wat gemeten kan worden. In veel gevallen kan in cruciale zaken weinig inzicht worden gegeven omdat de gegevens ontbreken of niet toegankelijk zijn. Zonder uitputtend te zijn, geven we hier enkele belangrijke 'witte vlekken' of hiaten in de kennis.

Preventie
Er zijn veel preventieve interventies in de zorg. Een greep daaruit zijn de verschillende taken van de jeugdgezondheidszorg, signalering van kindermishandeling op de SEH, spuitomruil op GGD'en, bevordering van mondgezondheid in de tandartspraktijk, preventie van cardiometabole aandoeningen en psychische stoornissen in de huisartspraktijk, e-health preventie en opsporing van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en door wijkverpleegkundigen. Uit recente rapporten over kwaliteit en effectiviteit van zorggerelateerde preventie blijkt dat voor de meeste vormen van preventie wel algemene informatie beschikbaar is over het aanbod, maar dat over het bereik al veel minder bekend is. Over de effecten op gezondheid zijn wel resultaten uit wetenschappelijk onderzoek bekend, maar weinig structurele informatiebronnen. Schattingen over de uitgaven en financiële opbrengsten zijn helemaal schaars (Koopmans et al., 2012; Van den Berg et al., 2013; Hamberg-van Reenen & Meijer, 2014).

Het volgen van de patiënt 'door de keten'
De meeste informatiebronnen zijn gerelateerd aan aanbieders. Zo zijn er huisartsenregistraties, ziekenhuisregistraties, en dergelijke. Dit is begrijpelijk, het zijn immers doorgaans zorgverleners die dossiers bijhouden, niet de patiënt. Echter, steeds meer is het besef doorgedrongen dat kwaliteit van zorg niet alleen afhangt van de prestaties van individuele zorgverleners of organisaties. Steeds meer mensen hebben met steeds meer verschillende zorgverleners te maken. Het totale resultaat hangt vaak juist af van de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners. In de Zorgbalans zijn enkele indicatoren opgenomen die iets zeggen over deze afstemming. Bijvoorbeeld de vraag aan patiënten of zij tegenstrijdig informatie ontvingen. Naast deze meer subjectieve vragen, zouden we veel meer inzicht kunnen krijgen in de kwaliteit van zorg wanneer personen 'gevolgd' kunnen worden door het systeem zodat ook meer objectieve gegevens aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Eenheid in registratie, koppelbaarheid en heldere afspraken over privacy, koppeling en ontsluiting zijn daarbij essentieel. Binnen de eerder genoemde Meerjarenagenda (VWS, 2013k) zijn deze problemen geadresseerd.

Sociaal kwetsbare groepen
Een deel van de bevolking is sociaal kwetsbaar. Dit zijn mensen voor wie de draaglast van de ervaren problemen en tegenslagen te groot is voor de beschikbare draagkracht. Hierdoor worden ze bedreigd met maatschappelijke uitval of sociale uitsluiting. Kwetsbare mensen hebben een combinatie van problemen en kunnen niet in hun bestaansvoorwaarden voorzien.

Daarnaast ontvangen ze vanuit het perspectief van de professionele hulpverleners niet de zorg die nodig is om zich in de samenleving te handhaven en stellen geen hulpvraag waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft; er is vaak sprake van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening buiten het 'reguliere' systeem. Voorbeelden zijn dak- en thuislozen, verslaafden en personen zonder wettige verblijfsstatus, etc.

Voor het maken van de Zorgbalans zijn we doorgaans afhankelijk van gegevens die wel binnen de reguliere maatschappelijke kanalen worden verzameld en daarbinnen blijven deze groepen vaak buiten beeld. Er is dus naast een maatschappelijk probleem sprake van een informatieprobleem: juist over de groepen waarbij het aannemelijk is dat er problemen bestaan met betrekking tot kwaliteit en toegankelijkheid van zorg kunnen we weinig zeggen. De meest kwetsbaren doen zelden mee aan enquêtes en ontbreken vaak in databases.

Momenteel loopt er een door ZonMw gefinancierd project waarbinnen een model voor een monitor sociaal kwetsbare groepen wordt ontwikkeld. Dit zou voor de Zorgbalans mogelijk een waardevolle informatiebron kunnen worden (Tranzo, 2014).

De toekomst

Informatie in de Zorgbalans is altijd gebaseerd op wat daadwerkelijk gemeten kan worden en zegt dus per definitie niets over de toekomst. Desondanks anticiperen we wel op ontwikkelingen. Zo zal de grote verschuiving van zorg van de AWBZ naar de Wmo en Zvw aandachtig worden gevolgd en wordt al gewerkt aan nog betere indicatoren om dit proces te monitoren. Ook de transparantie van kwaliteit is actueel, en zal dat in de nabije toekomst zeker blijven. Juist in tijden dat het zorgsysteem zo volop in beweging is, is het van belang om een robuust instrument te hebben dat de vinger aan de pols houdt op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Tegelijkertijd vragen nieuwe ontwikkelingen vaak ook om nieuwe en andere indicatoren. De komende jaren zal de Zorgbalans dan ook mee veranderen met de vele ontwikkelingen, maar blijft het meten van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid de kern.

Referenties

Achmea. Inkoopbeleid medisch specialistische zorg 2014. Zeist: Achmea, 2013.

Achterberg P, van Kranen HJ, Conyn M, Lock A, van den Berg M. Effecten van vaccinatie en screening in Nederland. Achtergrondrapportage bij VTV2010 deelrapport 'Effecten van preventie'. Bilthoven: RIVM, 2010.

Acquadro C, Berzon R, Dubois D, Leidy NK, Marquis P, Revicki D, et al. Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001. Value Health 2003;6(5):522-31.

ActiZ. In beweging, achtergrondrapportage. Inzichten vanuit de Benchmark in de zorg 2013. Utrecht: ActiZ, 2013a.

ActiZ. Spiegelrapportage: positieve ervaringen 2013. Utrecht: ActiZ, 2013b.

ActiZ. Kwaliteitskoers 2.0. Utrecht: ActiZ, 2012.

Agora. Statistieken zorg kiezen – cijfers palliatieve zorg Nederland 2007-2014. www.agora.nl/ZorgKiezen/Statistieken/tabid/3847/View/H/Mod/10198/Default.aspx. Geraadpleegd mei 2014.

Agora. Netwerken palliatieve zorg. http://www.agora.nl/ZorgKiezen/Netwerkenpalliatievezorg.aspx. Geraadpleegd december 2013.

AHRQ, Agency for Health Research and Quality. Patient Safety Indicators Overview: AHRQ Quality Indicators. Rockville, MD: AHRQ, 2006.

Akkermans C. Omdat ik er geen last van heb... De toegankelijkheid van sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang. Sociale interventie 2008;17(1):35-43.

Algemene Rekenkamer. Rijksbrede resultaten en thema's verantwoordingsonderzoek 2013. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2014.
Algemene Rekenkamer. Indicatoren voor kwaliteit in de zorg. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2013a.
Algemene Rekenkamer. Transparantie ziekenhuisuitgaven. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2013b.
Altobelli E, Lattanzi A, Paduano R, Varassi G, di Orio F. Colorectal cancer prevention in Europe: burden of disease and status of screening programs. Prev Med 2014;62(May):132-41.
Alzheimer Nederland. Neemt het aantal mensen met dementie toe of af? http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/onderzoek/2014/februari/aantal-mensen-met-dementie.aspx, 2014. Geraadpleegd juni 2014.
Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie. Alzheimer Nederland, 2012.
Amir Y, Meijers J, Halfens RJG. Retrospective study of pressure ulcer prevalence in Dutch general hospitals since 2001. J Wound Care 2011;20:18-25.
Arah OA. Performance reexamined. Concepts, content and practice of measuring health system performance. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2005. Dissertatie.
Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Quality Health Care 2006;18:Suppl:5-13.
Armstrong M. Competition in two-sided markets. Rand J Econ 2006;37(3):668-91.
Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. Fam Pract 1997;14(2):160-76.
AZN, Ambulancezorg Nederland. Ambulances in-zicht 2012. Zwolle: AZN, 2013.
AZN, Ambulancezorg Nederland. Ambulances in-zicht 2008. Zwolle: AZN, 2009.
AZR, AWBZ-brede Zorgregistratie. Tabellen toegankelijkheid AWBZ (peildatum 31 maart 2014). https://www.zorgregistratie.nl/web/zorgregistratie/wachtlijstinformatie, 2014. Geraadpleegd mei 2014a.
AZR, AWBZ-brede zorgregistratie. Wachtlijstinformatie. https://www.zorgregistratie.nl/web/zorgregistratie/wachtlijstinformatie. Geraadpleegd februari 2014b.
Baarsma B, de Kam F, Linschoten R, Verloren van Themaat W, Varkevisser M. Advies commissie macrobeheersinstrument. Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimum remedium. 2012.
Baarsma B, van Damme E, van Dijk T, Verloren van Themaat W. Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. 2009.
Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. Obstet Gynecol 2010;116:25–34.
Bailit JL, Garrett J.Comparison of risk-adjustment methodologies for cesarean delivery rates. Obstet Gynecol 2003;102(1):45-51.
Bailit JL, Love TE, Dawson NV. Quality of obstetric care and risk-adjusted primary cesarean delivery rates. Am J Obstet Gynecol 2006;194(2):402-7.
Baker L, Atlas SW, Afendulis CC. Expanded Use of Imaging Technology and the Challenge of Measuring Value. Health Aff 2008;27(6):1467-1478.
Bastiaannet E, Portielje JE, van de Velde CJ, de Craen AJ, van der Velde S, Kuppen PJ, et al. Lack of survival gain for elderly women with breast cancer. Oncologist 2011;16(4):415-23.

Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. Int J Cancer 2010;126(11):2700-15.
Bath PA, Deeg DJ. Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section. Eur J Ageing 2005;2:24-30.
BCG, Boston Consulting Group. Zorg voor waarde. Amsterdam: BCG, 2011.
Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, et al. Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: The European RightTimePlaceCare Study. J Am Med Dir Assoc 2014 Jan;15(1):54-61. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.010.
Bejot Y, Aouba A, de Peretti C, Grimaud O, Aboa-Eboule C, Chin F, et al. Time trends in hospital-referred stroke and transient ischemic attack: results of a 7-year nationwide survey in France. Cerebrovasc Dis 2010; 30(4): 346-54.
Bentley TG, Effros RM, Palar K, Keeler EB. Waste in the U.S. Health care system: a conceptual framework. Milbank Q 2008;86(4):629-59.
Berendsen AJ. Ontslag uit het ziekenhuis: kink in de keten. Commentaar. Ned Tijdschr Geneeskd 2013;157:A6394.
Bes R, Brabers A, Wendel S, Reitsma-van Rooijen M, Bouwhuis S, de Jong J. Alleen wisselen voor de aanvullende zorgverzekering? Niet bij alle zorgverzekeraars mogelijk! Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, 2012a.
Bes R, Wendel S, de Jong J. Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars. Econ Stat Ber 2012b;97(4647):676-77.
Beukers PDC, Kemp RGM, Varkevisser M. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. Eur J Health Econ 2013, doi: 10.1007/s10198-013-0535-7, 2013 Oct 25 [Epub ahead of print].
Bijenhof AM, Folkertsma MA, Slobbe LCJ, Polder JJ. Kostenontwikkeling GGZ. Bilthoven: RIVM, 2012.
Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de perinatale sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
Booij J, de Boer D, van der Hoek L, Delnoij D. Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T 2010. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2010.
Boonen LH, Donkers B, Schut FT. Channeling consumers to preferred providers and the impact of status quo bias: does type of provider matter? Health Serv Res 2011;46(2):510-30.
Boonen LHMM, Schut FT. Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. Health Econ Policy 2011;6(2):219-35.
Boonen LHHM, Schut FT. Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem. Econ Stat Ber 2009;94(4572): 678-81.
Boonen LHHM, Schut FT, Koolman X. Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. Health Econ 2008;17(3):299-316.
Borghans I. Reducing hospital length of stay by improving quality and safety of care? Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2012.
Bos N, van Stel HF. Consumer Quality Index Spoedeisende hulpafdeling (CQI SEH). Utrecht: Julius centrum, UMCU, 2013.

Bos J, Schoneveld M, van der Heiden E, van Niekerk J. Zorginkoop onder de loep. Den Haag: Consumentenbond, 2008.
Brandt HE, Francke AL, Pasman HRW, Claessen SJJ, van der Putten MJA, Deliens L. Indicatoren voor palliatieve zorg; ontwikkeling en toetsing van een set kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorgverlening. NIVEL i.s.m. EMGO+/VUmc en IGZ. Utrecht: NIVEL, 2009.
Brenner H, Hakulinen T. Implications of incomplete registration of deaths on long-term survival estimates from population-based cancer registries. Int J Cancer 2009,125(2):432-7.
Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster RJ, Lavoie JAA, et al. Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association, 2009.
Brinkman-Stoppelenburg A, Vergouwe Y, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B. Obligatory consultation of an independent physician on euthanasia requests in the Netherlands: What influences the SCEN physicians judgment of the legal requirements of due care? Health Policy 2014;115(1):75-81.
Browne J, Jamieson L, Lewsey J, van der Meulen J, Copley L, Black N. Case-mix & patients' reports of outcome in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS providers. BMC Health Serv Res 2008;8:78.
Browne J, Jamieson L, Lewsey J, van der Meulen J, Black N, Cairns J, et al. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in Elective Surgery. London: London School Hygiene & Tropical Medicine, 2007.
BS Health Consultancy. Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid en prijs. Vinkeveen: BS Health Consultancy, 2014.
Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148(38):1855-60.
Buitendijk S, Zeitlin J, Cuttini M, Langhoff-Roos J, Bottu J. Indicators of fetal andinfant health outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;111(1):66-77.
Burgering-van Gelder EG, van Meggelen ML, Middelburg-Hebly MH. Palliatieve sedatie in Nederlandse ziekenhuizen. Eindrapportage. 29 april 2011. KNMG in samenwerking met IKNL. Utrecht: KNMG, 2011.
Cammu H, Martens G, Ruyssinck G, et al. Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study. Am J Obstet Gynecol 2002:186:240–4.
Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
Casusregister Argus. Gegevens verkregen van het Casusregister Argus. Den Dolder: Expertisecentrum Agressie management, 2014. http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunten/dwang-en-drang/argus.html.
CBO. Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0. Den Haag: CBO, 2013.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Laagste groei zorguitgaven in 15 jaar. CBS Persbericht PB14-031 14 mei 2014. Den Haag/Heerlen: CBS, 2014.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Uitgaven aan zorg met 3,7 procent gestegen. CBS Persbericht PB13-037 16 mei 2013. Den Haag/Heerlen: CBS, 2013.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS, Gezondheidsenquête, 2012a.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS, Gezondheidsenquête, 2010-2012b.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS, Bestedingen naar huishoudkenmerken 2006 en 2010.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS, Inkomstenbelasting particuliere huishoudens 2006 en 2010.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. POLS, Gezondheid en Welzijn 1990/1992-2009.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers. Perinatale sterfte onder de loep genomen. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009.
CBS Statline. Bevalling, lengte en gewicht bij geboorte, borstvoeding. 2014a. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37302&D1=0-1,45-48&D2=0,5-l&HD=110413-1418&HDR=G1&STB=T. Geraadpleegd februari 2014.
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. Sterfte, kerncijfers; zuigelingensterfte. 2014b. http://statline.cbs.nl/StatWeb/Download/Sterfte__regio_naar__260614101938.xlsx.
CBS Statline. Zorguitgaven internationaal vergelijkbaar; functies en aanbieders. 14 mei 2014c. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81892NED&D1=0&D2=0,24-26,l&D3=0&D4=a&HDR=T,G2,G3&STB=G1&VW=T. Geraadpleegd mei 2014.
CBS Statline. Berekeningen ten behoeve van RIVM Zorgbalans, op basis van Zorgrekeningen. 2014d. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=37-43&D2=a&HDR=G1&STB=T&VW=T.
CBS Statline. Zorgrekeningen; uitgaven en financiering vanaf 1972. 2014e. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?DM=SLNL&PA=71988NED&D1=7%2c12%2c16&D2=a&VW=T. Geraadpleegd juni 2014.
CBS Statline. Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering. 14 mei 2014f. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=0-23&D2=a&HDR=G1&STB=T&VW=T. Geraadpleegd mei 2014.
CBS Statline. Ziekenhuisopnamen; geslacht, leeftijd, regio en diagnose-indeling VTV. 6 juni 2014g. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71862ned&D1=0-5&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=a&HDR=T,G1&STB=G2,G4,G3,G5&VW=T. Geraadpleegd april 2014.
CBS Statline. Ziekenhuisopnamen; kerncijfers; geslacht, leeftijd en regio. 26 april 2013a. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71857ned&D1=4&D2=0&D3=0&D4=0&D5=26-30&HDR=T,G1&STB=G2,G3,G4&VW=T. Geraadpleegd april 2014.
CBS Statline. Doodsoorzaken; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken. 5 augustus 2013b. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7022GZA&D1=0&D2=0&D3=0&D4=57-62&VW=T. Geraadpleegd april 2014.
CBS Statline. Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers. 23 december 2013c. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81628ned&D1=103-106&D2=a&HDR=G1&STB=T&VW=T. Geraadpleegd februari 2014.
CBS Statline. Sterfte; kerncijfers naar diverse kenmerken. 18 oktober 2013d. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37979ned&D1=26-27&D2=0,5,10,15,20,25,30,35,40,45,50,55,60-62&VW=T. Geraadpleegd april 2014.
CBS Statline. Gezonde levensverwachting; vanaf 1981. 12 september 2013e. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71950ned&D1=0-1,7&D2=a&D3=0,7,14&D4=0&D5=0,10,20,28-31&VW=T. Geraadpleegd april 2014.

CBS Statline. Bestedingen; beknopte indeling naar huishoudkenmerken. 14 september 2011. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=60046ned&D1=0-1,3&D2=21&D3=10-17&HD=140507-1344&HDR=T&STB=G1,G2. Geraadpleegd april 2014.
CG-raad, LOC-LPR, VG P, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, et al. Intentieverklaring. Zorg voor vrijheid. Samen naar minder vrijheidsbeperking in 2011. http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/kennispleindoc/showcases/Intentieverklaring.pdf, 2008. Geraadpleegd mei 2014.
Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, et al. NHG-standaard stoppen met roken. Huisarts Wet 2007:50(7):306-14.
CHBB, College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. Jaarverslagen, 2007-2012. Utrecht: CHBB, 2008-2013.
CHBB, College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. Regeling CHBB 2006-7. Utrecht: CHBB, 2012.
Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM. Increased Spending On Health Care: Long-Term Implications For The Nation. Health Aff 2009;28(5):1253-55.
Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM. Increased Spending On Health Care: How Much Can The United States Afford? Health Aff 2003;22(4):15-25.
CIZ, Centrum indicatiestelling zorg. Indicatiewijzer versie 6.0. Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013 zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. Driebergen: CIZ, 2013.
CKZ, Centrum Klantervaring Zorg. Jaarrapportage Centrum Klantervaring Zorg 2007. Utrecht: CKZ, 2008.
Clarke, A. Length of in-hospital stay and its relationship to quality of care. Qual Saf Health Care 2002;11(3):209-210.
Cochrane AL, St Leger AS, Moore F. Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries. J Epidemiol Community Health 1978;32:200-5.
Coenen S, Ferech M, Haaijer-Ruskamp FM, Butler CC, vander Stichele RH, Verheij TJ, et al. ESAC Project Group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality indicators for outpatient antibiotic use in Europe. Qual Saf Health Care 2007;16(6):440-5.
Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol 2008;9(8):730-56.
Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. Am J Public Health 2002;92:725-9.
Coonrod DV, Drachman D, Hobson P, Manriquez M.Nulliparous term singleton vertex cesarean delivery rates: institutional and individual level predictors. Am J Obstet Gynecol 2008;198(6):694-711.
CPB, Centraal Planbureau. Macro Economische Verkenning 2014. Den Haag: CPB, 2013.
CPB, Centraal Planbureau. Kostenbeheersing door een macrobudget? Den Haag: CPB, 2011. CPB Policy Brief, Vol. 6.
CQ-index. http://www.centrumklantervaringzorg.nl/cqi-richtlijnen.html. 2013.
Cutler DM. Are we finally winning the war on cancer? J Econ Perspect 2008;22:3-26.
CVZ, College voor Zorgverzekeringen. GIPdatabank. Gegevens over geneesmiddelen. Geactualiseerd op 12-11-2013. Diemen: CVZ, 2013a.

CVZ, College voor Zorgverzekeringen. GIPeiliningen 2012. Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik. Diemen: CVZ, 2013b.
CVZ, College voor Zorgverzekeringen. 7e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen. Diemen: CVZ, 2013c.
CVZ, College voor Zorgverzekeringen. 6e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen. Diemen: CVZ, 2012.
CVZ, College voor Zorgverzekeringen. Verloskundig Vademecum. Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. Diemen: CVZ, 2003.
CZ, CZ Zorgverzekeraar. Selectieve contractering medisch specialist. http://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders/specialistische-zorg/medisch-specialist/beleid/selectieve-contractering. 2013. Geraadpleegd november 2013.
CZ, CZ Zorgverzekeraar. CZ geeft advies en begeleiding op het gebied van de beste borstkankerzorg. http://www.gezonderworden.nl/2010/09/cz-zorgverzekeraar-ziekenhuizen-borstkankerzorg-2011/Persbericht CZ 2010. Geraadpleegd november 2013.
Damman OC. Public reporting about healthcare users' experiences: the Consumer Quality Index. Utrecht: NIVEL, 2010. Proefschrift.
Dautzenberg M, Weenkink JW, Faber M, Ouwens M. Kiezen borstkankerpatiënten voor kwaliteit? Borstkankerpatiënten over vergelijkende kwaliteitsinformatie borstkankerzorg. Nijmegen: IQ Healthcare, 2012.
De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al.; EUROCARE-5 Working Group. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5 - a population-based study. Lancet Oncol 2014;15(1):23-34.
De Beurs E, den Hollander-Gijsman ME, van Rood YR, van der Wee NJA, Giltay EJ, van Noorden MS, et al. Routine outcome monitoring in the Netherlands: Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. Clin Psychol Psychother 2011;18(1):1-12.
De Beurs E. De genormaliseerde T-score. Een 'Euro' voor testuitslagen. MGv 2010;65:684-695.
De Blok C, Koster E, Schilp J, Wagner C. Implementatie VMS Veiligheidsprogramma. Evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/EMGO+ Instituut, 2013.
De Boer D, Krol M, van der Hoek L, Plass AM. Ontwikkeling van een versnelling van de casemixcorrectie in de VV&T. Utrecht: NIVEL, in voorbereiding.
De Boer D, Delnoij D, Rademakers J. The importance of patient-centered care for various patient groups. Patient Educ Counsel 2013;90(3); 405-410.
De Boer D, Delnoij D, Rademakers J. The discriminative power of patient experience surveys. BMC Health Serv Res 2011;11:332.
De Bruijne MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/EMGO Instituut, 2007.
De Groot MH, van de Glind G (red.). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
De Jong J, van der Horst A. Grenzen aan de groei van de zorg. In: Van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P (red.). Toekomst voor de zorg. Den Haag: CPB, 2013.

De Kok IM, van der Aa MA, van Ballegooijen M, Siesling S, Karim-Kos HE, van Kemenade FJ, et al. Trends in cervical cancer in the Netherlands until 2007: has the bottom been reached?. Int J Cancer 2011;128(9):2174-81.
De Korte D, Nagelhout G, Willemsen M. Themapublicatie. Stoppen-met-rokenadvisering door huisartsen in Nederland 2001-2009. Den Haag: STIVORO, 2010.
De Leeuw J, de Wit C, Bruinse H, Kuijken J. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG 2008;115:104–108.
De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. BJOG 2001;108(4):383-7.
de Nationale ombudsman. Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers. Den Haag: de Nationale ombudsman, 2013.
De Roo ML, Miccinesi G, Onwuteaka-Philipsen BD, van Den Noortgate N, van den Block L, et al.; EURO IMPACT. Actual and preferred place of death of home-dwelling patients in four European countries: making sense of quality indicators. PLoS One 2014;9(4):e93762. doi: 10.1371/journal.pone.0093762.
De Volkskrant. Ondeugdelijk, zeg maar fout. de Volkskrant 7/30/2011.
De Wilde RF, Besselink MG, van der Tweel I, de Hingh IH, van Eijck CH, de Jong CH, et al; Dutch Pancreatic Cancer Group. Impact of nationwide centralization of pancreaticoduodenectomy on hospital mortality. Br J Surg 2012;99(3):404-10.
Delnoij D. Kritiek op CQI. Zorgvisie, 2011;8 nov. http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Verdieping/2011/11/Kritiek-op-CQI-ZVS012636W/. Geraadpleegd november 2013.
Deuning CM (RIVM). Reistijd (in minuten) tot dichtstbijzijnde ziekenhuis 2013. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Ziekenhuiszorg\Algemene en academische ziekenhuizen\Aanbod, 20 september 2013a.
Deuning CM (RIVM). Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2013. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Ziekenhuiszorg\Algemene en academische ziekenhuizen\Aanbod, 20 september 2013b.
Devlin NJ, Parkin D, Browne J. Patient-reported outcome measures in the NHS: new methods for analysing and reporting EQ-5D data. Health Econ 2010;19(8):886-905.
DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. FTO-peilingen 2004-2007. Kwaliteit van farmacotherapieoverleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV, 2005-2008.
DHD, Dutch Hospital Data, NFU, NVZ. Eindrapportage proof of concept Omzetmonitor: Resultaten uit de monitor 2013. Utrecht: DHD, 2014.
DHD, Dutch Hospital Data. Hospital Standardised Mortality Ratio. http://www.dutchhospitaldata.nl/informatieproducten/hospital-standardised-mortality-ratio/Paginas/default.aspx. Geraadpleegd november 2013.
DICA, Dutch Institute for Clinical Auditing. Dutch Institute for Clinical Auditing. http://www.clinicalaudit.nl/. Geraadpleegd november 2013a.
DICA, Dutch Institute for Clinical Auditing. Wat is DICA 2013. http://www.clinicalaudit.nl/node/12. Geraadpleegd november 2013b.

DICA, Dutch Institute for Clinical Auditing. Kwaliteitsregistraties: zorg verbetert en kosten dalen. http://www.clinicalaudit.nl/node/101. Geraadpleegd november 2013c.
DICA, Dutch Institute for Clinical Auditing. Huidkankerregistratie: blauwdruk voor de toekomst. http://www.clinicalaudit.nl/node/102. Geraadpleegd november 2013d.
Dijs-Elsinga J, Otten W, Versluijs MM, Smeets HJ, Kievit J, Vree R, et al. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. Med Decis Making 2010;30(5):544-55.
Dik E, Meulepas M, Smeenk I. Handboek FTO. Werken aan verbetering van het FTO-niveau. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2008.
Dikken JL, Dassen AE, Lemmens VEP, Putter H, Krijnen P, van der Geest L, et al. Effect of hospital volume on postoperative mortality and survival after oesophageal and gastric cancer surgery in the Netherlands between 1989 and 2009. Eur J Cancer 2012;48(7):1004-1013.
Donker GA, Slotman FG, Spreeuwenberg P, Francke AL. Palliatieve sedatie Nederlandse huisartspraktijken. Dynamische cohortstudie van trends en redenen in de periode 2005-2011. Ned Tijdschr Geneesk 2014,158(A7265).
Donselaar CG, de Boer D, van der Hoek L, Krol MW, Rademakers J, Delnoij DMJ. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Utrecht: NIVEL, 2011.
Douven R. Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder? Den Haag: CPB, 2010. CPB Document 212.
Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. Landelijke monitor populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen. Bilthoven: RIVM; 2014.
Drijver R, Jochems P (red.). Nederlands Triage Systeem. Op weg naar eenduidige triage. NHG, LAMP, NVSHV en GGZ Nederland, 2006.
Duijmelinck DMID, Laske-Aldershof T, Mosca I, van de Ven WPMM. Belemmeringen voor subgroepen van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekering. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2013a.
Duijmelinck DMID, van de Ven WPMM, van Vliet RCJA, van Kleef RC. Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2013b.
Dumaij ACM. Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op productiviteit 1972-2010. Delft: IPSE Studies, TU Delft, 2011.
ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2011. Stockholm: ECDC, 2014a.
ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net). Stockholm: ECDC, 2014b.
Ehrenthal DB, Jiang X, Strobino DM. Labor induction and the risk of a Cesarean delivery among nulliparous women at term. Obstet Gynecol 2010;116:35–42.
Eijkenaar F. Pay-for-performance for healthcare providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2013.
Elferink MA, van Steenbergen LN, Krijnen P, Lemmens VE, Rutten HJ, Marijnen CA, et al. Marked improvements in survival of patients with rectal cancer in the Netherlands following changes in therapy, 1989-2006. Eur J Cancer 2010;46(8):1421-9.

Elissen AMJ, van Raak AJA, Derckx EWCC, Vrijhoef HJM. Improving homeless persons' utilisation of primary care: lessons to be learned from an outreach programme in The Netherlands. Int J Social Welfare 2011;22:80–89. doi: 10.1111/j.1468-2397.2011.00840.x
Elissen A, van Raak A, Derckx E, Vrijhoef B. Dokter voor vagebonden. Laagdrempelige straatdokterspraktijk haalt daklozen wél binnen. Med Contact 2009:64(19):842-5.
Ende A van der, Spanjaard L. Bacteriële meningitis in Nederland 2001-2010. Infectieziekten Bull 2011;22(6):189-193.
EU, Raad van de Europese Unie. Aanbeveling van de Raad van 22 december 2009 inzake de vaccinatie tegen seizoensinfluenza. (Voor de EER relevante tekst) (2009/1019/EU). Publicatieblad EU 2009;(L 348):71-72.
EURO-PERISTAT European Perinatal Health Report. Data from 2004. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT, 2008. EURO-PERISTAT http://www.europeristat.com/.
EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
EU-SILC, 2012.
Evenhuis H, Hermans H. ZZP-VG3; zelfstandigheid en gezondheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG3: een analyse op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD). Rotterdam: Erasmus MC, 2013.
Evenhuis H, Hermans H. Zelfstandigheid en gezondheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG4: gegevens op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD). Rotterdam: Erasmus MC, 2012.
Faber MJ, van Loenen T, Westert GP. International Health Policy Survey 2013. Common Wealth Fund. Onderzoek onder burgers in 11 landen. Nijmegen: UMC St. Radboud Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare), 2013.
Faber MJ, Burgers JS, Westert GP. International Health Policy Survey 2011 Commonwealth Fund. Onderzoek onder patiënten in 11 landen. Nijmegen: UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), 2011.
Faber MJ, Burgers JS, Voerman GE, Grol RPTM. International Health Policy Survey 2010 Commonwealth Fund. Onderzoek onder burgers in 11 landen. Nijmegen: UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), 2010.
Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. Med Care 2009;47(1):1-8.
Farmatec. Apotheekhoudende huisartsen. Kerkrade: Farmatec, 2014. http://www.farmatec.nl/geneesmiddelen/vergunningen/apotheekhoudendehuisartsen/default.aspx. Geraadpleegd april 2014.
Feijten P, Marangos AM, de Klerk M, de Boer A, Vonk F. De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012. Tweede Wmo-evaluatie, deelrapport aanvragers en mantelzorgers. SCP-publicatie 2013-20. Den Haag: SCP, 2013.
Feinstein AR. Is "quality of care" being mislabeled or mismeasured? Am J Med 2002;112(6):472-8.

Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2011b; 377(9774): 1331-1340.
Flenady V, Middleton P, Smith GC, Duke W, Erwich JJ, Khong TY, et al. Stillbirths: the way forward in high-income countries. For the Lancet's Stillbirths Series steering committee. Lancet 2011a; 377(9778): 1703-1717.
Francke AL, Claessen SJJ, Deliens L. Kwaliteitsindicatoren voor Palliatieve Zorg: Praktische Handleiding voor Zorgaanbieders. NIVEL i.s.m. EMGO+/VUmc. Utrecht: NIVEL, 2012.
Fröhleke B, Watering M van de, Jansen-Landheer M. Te weinig consultatie bij palliatieve zorg. IKNL wordt onvoldoende ingeschakeld om het lijden te verlichten. Med Contact 2013;(11):608-610.
Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Ann Intern Med 2008;148(2):111-23.
Gao GG, Greenwood BN, McCullough J, Agarwal R. Vocal Minority and Silent Majority: How do Online Ratings Reflect Population Perceptions of Quality? http://warringtonufledu/departments/isom/docs/seminar/paper_2013Agarwal_OnlineRatingspdf. Geraadpleegd december 2013.
Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. Br Med J 2013; 346: f108.
Geelkerken RH, Mastboom WJB, Bertellink BP, van der Palen J, Berg M, Kingma JH. Een onrijp instrument. Sterfte niet geschikt als maat voor ziekenhuiskwaliteit. Med Contact 2008;63(9):370-9.
Geesink R. Increasing importance of patient ratings. A study on the validity and reliability of ZorgkaartNederland.nl. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2013. Master thesis Policy and Organization of Healthcare.
Geodan. Afstandenmatrix 2013.
Gerding G. CQ-index is duur en ineffectief om cliënttevredenheid te verbeteren. Zorgvisie, 2011. http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Verdieping/2011/10/CQ-index-is-duur-en-ineffectief-om-clienttevredenheid-te-verbeteren-ZVS012471W/. Geraadpleegd november 2013.
Getzen TE. Aggregation and the measurement of health care costs. Health Serv Res 2006;41(5):1938-54; discussion 55-8.
GGZ Nederland. Sectorrapport ggz 2012. Feiten en cijfers over een sector in beweging. Amersfoort: GGZ Nederland, 2014.
GGZ Nederland. GGZ in de Zorgverzekeringswet. Tabellen over de jaren 2008-2010. Amersfoort: GGZ Nederland, April 2013a.
GGZ Nederland. Slotrapportages GGZ instellingen. Projectgelden terugdringen Dwang en Drang 2012. Amersfoort: GGZ Nederland, 2013b.
GGZ Nederland & RIBW Alliantie. Hervorming langdurige zorg: de positie van de GGZ. Amersfoort/Tilburg: GGZ Nederland/RIBW Alliantie, 2013.
GGZ Nederland & ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014. 2013.

GGZ Nederland & ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Bestuurlijk akkoord. GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland 2010. http://www.onvz.nl/ONVZ/documenten/2011/bestuurlijk-akkoord-ggz-n-en-zn.pdf.
Giard RWM. Ziekenhuizentop-100: wisselende ranglijsten, wisselende reputaties. Ned Tijdschr Geneesk 2006;150(43):2355-8.
Giesbers H (RIVM). Donorregistraties per gemeente 1 februari 2014. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen\Lichaamsmaterialen, 12 maart 2014.
Giesbers H (RIVM), Kommer GJ (RIVM). Reistijd naar ziekenhuis met afdeling spoedeisende hulp 2013 (met de auto). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Ziekenhuiszorg\Algemene en academische ziekenhuizen\Aanbod, 17 maart 2014.
Giesbers H (RIVM), Eskes M (PAN), Waelput AJM (PAN), Kommer GJ (RIVM). Reistijd overdag naar ziekenhuis met afdeling verloskunde 2011 (met ambulance). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, http://www.zorgatlas.nl/zorg/ambulancezorg/reistijd-overdag-naar-ziekenhuis-met-afdeling-verloskunde-met-ambulance/, 14 juni 2012.
Giesbers H (RIVM), Kommer GJ (RIVM). Bereikbaarheid 24/7 MMT-zorg (vier helikopters) 2011. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Ziekenhuiszorg\Traumazorg, 12 juni 2012.
Gijsen R, van Oostrom SH, Schellevis FC, Hoeymans N. Chronische ziekten en multimorbiditeit samengevat. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/hoeveel-mensen-hebben-een-of-meer-chronische-ziekten/, 14 november 2013.
Gijsen R (RIVM), Kommer GJ (RIVM), Bos N (Julius Centrum), Stel H van (Julius Centrum). Waaruit bestaan de verwijzingen binnen de acute zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Acute zorg, 22 maart 2012.
Gijsen, R (RIVM), Kommer GJ (RIVM), Bos N (Julius Centrum), Stel H van (Julius Centrum). Wat is een afdeling Spoedeisende hulp? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Acute zorg\Spoedeisende hulp, 7 december 2010a.
Gijsen R (RIVM), Kommer GJ (RIVM), Bos N (Julius Centrum), Stel H van (Julius Centrum). Wat is een huisartsenpost? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Acute zorg\Huisartsenposten, 7 december 2010b.
Giordano L, von Karsa L, Tomatis M, Majek O, de Wolf C, et al. Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. J Med Screen 2012;19(Suppl 1):72-82.
Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, et al.; PRISMA. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol 2012 Aug;23(8):2006-15.

Gommer AM, Poos MJJC. Welke ziekten hebben de hoogste prevalentie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/welke-ziekten-hebben-de-hoogste-prevalentie/, 11 december 2013.
Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. J Affect Disord 2012;143(1-3):16-26.
GR, Gezondheidsraad. Grip op griep. Den Haag: GR, 2014.
GR, Gezondheidsraad. Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie. Den Haag: GR, 2013.
GR, Gezondheidsraad. De basis moet goed zijn! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. Den Haag: GR, 2011.
Groeneweg N. Role of patient experiences in healthcare purchasing. Presentation at the EUPHA pre-conference workshop 'Integrating the patient's perspective in public health and health care'. Amsterdam: EUPHA, 2010.
Gulliford MC, Charlton J, Rudd A, Wolfe CD, Toschke AM. Declining 1-year case-fatality of stroke and increasing coverage of vascular risk management: population-based cohort study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010;81(4):416-22.
Gurol-Urganci I, Cromwell D, Edozien L, Mahmood T, Adams E, Richmond D, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. BJOG 2013;120:1516–1525.
Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Invloeden bij het kiezen van geneesmiddelen. Geneesmiddelenbull 2001;35:37-42.
Hackenitz E, van Ginkel E (red.). Evaluatie Programma Palliatieve Zorg in de Terminale Fase – ZonMw. Den Haag: ZonMw, 2004.
Halbersma R, van Manen J, Sauter W. Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel? Utrecht: NZa, 2012.
Halfens RJG, van Nie NC, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, et al. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2013. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, 2013.
Hamaker ME, Bastiaannet E, Evers D, van Water W, Smorenburg CH, Maartense E, et al. Omission of surgery in elderly patients with early stage breast cancer. Eur J Cancer 2013;49(3):545-52.
Hamberg-van Reenen HH, Meijer SA (red.). Gezond opgroeien: Verkenning jeugdgezondheid. RIVM Rapport 270752001. Bilthoven: RIVM, 2014.
Harbers MM (RIVM). Verkeersongevallen: Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Letsels en vergiftigingen\Verkeersongevallen, 10 september 2013.
Hasaart F. Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care: A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2011. Proefschrift.

Heffner LJ, Elkin E, Fretts RC. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. Obstet Gynecol 2003;102:287–93.
Heijink R, Mosca I, Westert G. Effects of regulated competition on key outcomes of care: cataract surgeries in the Netherlands. Health Policy 2013;113(1-2):142-50.
Heijink R, Koolman X, Pieter D, van der Veen A, Jarman B, Westert G. Measuring and Explaining Mortality in Dutch Hospitals; the Hospital Standardized Mortality Rate between 2003 and 2005. BMC Health Serv Res 2008;8:73.
Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DM. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. BMC Health Serv Res 2009;9:167.
Hermens M, van Wetten H, Sinnema H (red.). Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
Hesselink G, Schoonhoven L, Vernooij-Dassen M, Wollersheim H. Worden patiënten met zorg ontslagen? Een onderzoek naar de percepties van patiënten, naasten en zorgverleners. Ned Tijdschr Geneeskd 2013;157:A6097.
Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. Health Aff 2005;24(4):1150-60.
Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. Milbank Q 1997;75(3):395-414.
Hoeymans N, van Loon AJM, Schoemaker CG. Een gezonder Nederland. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM, 2014.
Holland W. European Community atlas of 'avoidable death'. Oxford: Oxford University Press, 1988.
Hopman P, de Boer D, Rademakers J. Kennisvraag: wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd? Utrecht: NIVEL, 2011.
Hsmr.nl. HSMR in the Netherlands. http://www.hsmr.nl/hsmr/hsmr-in-the-netherlands. Geraadpleegd november 2013.
Hurks R. Discrepancies in abdominal aortic aneurysm expressions and repair. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2011. Proefschrift.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt Ziekenhuizen 2003-2012. Den Haag/ Utrecht: IGZ, 2005-2014.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt Ziekenhuizen 2009-2012. Utrecht: IGZ, 2011-2014.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt Ziekenhuizen 2004-2008. Den Haag: IGZ, 2006-2009.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Apothekersregister van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. IGZ: Den Haag, 20 april 2014a. http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/apotheken/apotheekregister/Register_van_gevestigd_apothekers.aspx. Geraadpleegd april 2014.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt Ziekenhuizen 2012. Utrecht: IGZ, 2014b.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Werkplan IGZ 2014. Utrecht: IGZ, 2014c.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam. Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012. Utrecht: IGZ, 2014d.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inzet professionele tolken en overdacht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers. Utrecht: IGZ, 2014e.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verantwoorde medische zorg in detentie en uitzetcentra; Signaleren van psychische kwetsbaarheid moet systematischer. Utrecht: IGZ, 2014f.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsindicatoren Basisset ziekenhuizen 2014. Utrecht: IGZ, 2013a.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Aantal meldingen van suïcides in de GGZ. Den Haag: IGZ, 07 november 2013b. http://www.igz.nl/actueel/nieuws/aantal_meldingen_van_su_cides_in_de_ggz.aspx. Geraadpleegd april 2014.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risicoanalyses door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag: IGZ, 2013c.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bevindingen en conclusies van de inventarisatie naar de stand van zaken rond de implementatie van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen in Nederland op 1 november 2011. Utrecht: IGZ, 2012a.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisarts voldoet aan veldnormen telefonische bereikbaarheid. Den Haag: IGZ, 2012b.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat. Den Haag: IGZ, 2011a.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt Ziekenhuizen 2010. Utrecht: IGZ, 2011b.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Uitkomsten inspectieonderzoek naar de preventie van separeren 2008-2011. Utrecht: IGZ, 2011c.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Goede vooruitgang in toegankelijkheid huisartsenzorg en bereik publieke gezondheidszorg volgens nieuw zorgmodel voor asielzoekers. Utrecht: IGZ, 2011d.
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt Ziekenhuizen 2004. Den Haag: IGZ, 2005.
IGZ & NPCF, Inspectie voor de gezondheidszorg / Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren. Den Haag: IGZ, 2008.
IKNL, Ingegraal Kankercentrum Nederland. Kankerzorg in beeld. Utrecht: IKNL, 2014a.
IKNL, Ingegraal Kankercentrum Nederland. Kankerzorg in beeld: Mammacarcinoom. Utrecht: IKNL, 2014b.
IKNL, Ingegraal Kankercentrum Nederland. Kankerzorg in beeld: Colorectaal carcinoom. Utrecht: IKNL, 2014c.
IKNL, Ingegraal Kankercentrum Nederland. Gegevens uit de Nederlandse Kanker Registratie, verkregen op verzoek. Utrecht: IKNL, 2013a.

Intomart GfK. Keuzegedrag bij zorg. Intomart GfK, 2013.
IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality chasm: A New Health System for the 21st century. Washington DC: National Academies Press, 2001.
IPSE Studies. Ziekenhuismiddelen in verband. Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009. Delft: IPSE Studies, TU Delft, 2011.
Israëls A, van der Laan J, van den Akker-Ploemacher J, de Bruin A. HSMR 2012: Methodological report. Den Haag/Heerlen: CBS, 2013.
IVM, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2013. Utrecht: IVM, 2013a.
IVM, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. FTO-peiling 2011. Kwaliteit van farmacotherapieoverleg in beeld. Utrecht, 2013b.
IVM, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2011. Utrecht: IVM, 2012a.
IVM, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2012. Utrecht: IVM, 2012b.
Jansen B, Tacken M, Mulder J, Korevaar J, Schlief A, Tiersma W, Braspenning J. Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Griepppreventie 2012. Nijmegen: IQ Healthcare, 2013.
Jansen B, Tacken M, Mulder J, Visscher S, Schlief A, Tiersma W, et al. Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Griepppreventie 2011. Nijmegen: IQ Healthcare, 2012.
Jansen JB, van Rossum LG, Laheij RJ. Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker; Bij voorkeur met een immunologische test op fecaal occult bloed. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A474.
Janssen W, Noorthoorn E, van de Sande R, Nijman H, Smit A, Hoogendoorn A, et al. Zes jaar Argus. Vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ in 2012 en ontwikkelingen ten opzichte van voorgaande jaren. Den Dolder: Expertisecentrum Agressie management, 2014.
Janssen DJA, Spruit MA, Schols JMGA, Wouters EFM. Dynamic preferences for site of death among patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure, or chronic renal failure. J Pain Symptom Managem 2013;46(3):826-836.
Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. Br Med J 1999;318(7197):1515-20.
Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
Joumard I, André C, Nicq C. Health Care Systems: Efficiency and Institutions. Paris: OECD Publishing, 2010.
Kassa. Welke zorgverzekeraar is het goedkoopst? VARA Consumentenprogramma. 16/11/2013.
Kerste M, Kok L. Winst in de eigendomsstructuur. Amsterdam: Stichting Economisch Onderzoek, 2010.
Kiers B. Darmkankerregistratie levert 20 miljoen op. Zorgvisie 2013a;3 juni.
Kiers B. Ziekenhuizen sturen brandbrief over zorginkoop. Zorgvisie 2013b;24 september.
Kiers B. Menzis geeft prijsvoordeel aan topzorgziekenhuizen. Zorgvisie 2008;7 oktober.
Klaufus LH, Fassaert TJL, de Wit MAS. Equity of access to mental health care for anxiety and

depression among different ethnic groups in four large cities in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014; doi: 10.1007/s00127-014-0837-9.
Kling JR, Mullainathan S, Shafir E, Vermeulen LC, Wrobel MV. Comparison friction: experimental evidence from Medicare drug plans. Q J Econ 2012;127(1):199-235.
KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Spiegelinformatie SCEN 2008-2012. Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. Utrecht: KNMG, 2009-2013.
KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-richtlijn Goede steun en consultatie bij euthanasie voor SCEN-artsen. Utrecht: KNMG, 2012.
KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie. Utrecht: KNMG, 2009.
KNMG/KNMP, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst / Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag: KNMG/KNMP, 2012.
KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Standaard 'Prenatale verloskundige begeleiding'. Utrecht: KNOV, 2008.
KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Standaard 'Prenatale diagnostiek'. Bilthoven: KNOV, 2005.
KNOV/NHG, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen / Nederlands Huisartsengenootschap. Standaard 'Preconceptiezorg'. Utrecht: KNOV/NHG, 2013.
Ko W, Beccaro M, Miccinesi G, van Casteren V, Donker GA, et al.; EURO IMPACT. Awareness of general practitioners concerning cancer patients' preferences for place of death: evidence from four European countries. Eur J Cancer 2013 May;49(8):1967-74. doi: 10.1016/j.ejca.2013.01.006.
Kool T, van der Veen A, Westert G. Sterftemaat is valide instrument. Med Contact 2007;62(50):2090-1.
Koolman X, Visser J, Appelman M. Indicatorstandaard. Methodologische criteria voor de ontwikkeling van betrouwbare kwaliteitsindicatoren in de zorg. Versie 1.5. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2012.
Koopman L, Sixma H, de Boer D, Delnoij D. Handboek CQI Ontwikkeling. Richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2011.
Koopmans B, Korevaar J, Nielen M, Verhaak P, de Jong J, van Dijk L, et al. NIVEL Overzichtstudies: preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg. Utrecht: NIVEL, 2012.
Kotseva K, Wood D, de Backer G, de Bacquer D, Pyorala K, Keil U.Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet 2009;373(9667): 929-40.
Kringos DS, Anema HA, ten Asbroek AHA, Fischer C, Botje D, Kievit J, et al. Beperkt Zicht. Amsterdam: 2012.
Krol M, Sixma H, Plass AM. CQI Spoedeisende Ambulancezorg: Actualisatie en bepaling van het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 2013.

Krol MW, de Boer D, Booij JC, Rademakers J, Delnoij DMJ. Ervaringen van clienten met de hulp in het huishouden. Resultaten van de eerste en tweede verwerkingsronde van de landelijke meting met de CQ index hulp bij het huishouden. Utrecht: NIVEL/CKZ, 2012.
Kruikemeier S, Schäfer WLA, Coppen R, Friele RD. Evaluatie Gefaseerd Toezicht. Utrecht: NIVEL, 2010.
Kwee A, Elferink-Stinkens PM, Reuwer PJ, Bruinse HW. Trends in obstetric interventions in the Dutch obstetrical care system in the period 1993-2002. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 132(1): 70-5.
Kwz, Kwaliteitswet zorginstellingen. 1996. Geldend op: 04/07/2014.
Lackland D, Roccella EJ, Deutsch AF, Fornage M, George MG, Howard G, et al.Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014; 45(1): 315-53.
Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;146:71–5.
Landelijk Platform GGz. Patiënten melden lange wachttijden bij psychiaters en instellingen. Utrecht: Landelijk Platform GGz, 23 mei 2014. http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni002657. Geraadpleegd mei 2014.
Landelijk Platform GGz, GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Meer GGZ, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde psychologen en & Psychotherapeuten, Ministerie van VWS. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Den Haag, 2012.
Landeweerd JA, Boumans NPG, Nissen JMF. Arbeidsvoldoening bij verplegenden en verzorgenden. De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg. Handboek Verpleegkundige Innovatie. Houten: Bohn Stafleu, 1996.
Langelaan M, de Bruijne MC, Baines RJ, Broekens MA, Hammink K, Schilp J, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/EMGO+ Instituut, 2013.
Langelaan M, Baines RJ, Broekens MA, Siemerink KM, van de Steeg L, Asscheman H, et al. Monitor zorggerelateerde schade 2008: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/EMGO+ Instituut, 2010.
Lanting CI, van Wouwe JPK, van den Burg I, Segaar D, van der Pal-de Bruin KM. Roken tijdens de zwangerschap. Trends in de periode 2001-2010. Ned Tijdschr Geneeskd 2012;156:A5092.
LEBA, Landelijke Evaluatie Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. LEBA rapportage tot en met 2011. Rotterdam: Erasmus MC, 2013.
LEBA, Landelijke Evaluatie Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. LEBA rapportage 2011. Rotterdam: Erasmus MC, 2012.
LEBA, Landelijke Evaluatie Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. LEBA rapportage 2009. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
LEBA, Landelijke Evaluatie Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Rapportage 2004-2008. Rotterdam: Erasmus MC, 2009.
Lee S, Shafe AC, Cowie MR. UK stroke incidence, mortality and cardiovascular risk management 1999-2008: time-trend analysis from the General Practice Research Database. BMJ Open 2011f; 1(2): e000269.

LETB, Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker. Landelijke evaluatie van bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Nederland 1990–2011/2012. Het dertiende evaluatierapport. Rotterdam/Nijmegen: Erasmus MC/Radboud UMC, 2014.
LETB, Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker. Landelijke evaluatie van bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Nederland 1990-2007. Het twaalfde evaluatierapport. Rotterdam/Nijmegen: Erasmus MC/UMC St Radboud, 2009.
LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging. Onderzoek Zorgmijden 2014a. http://lhv.artsennet.nl/web/file?uuid=bc7618d5-0be9-41e1-8e18-14de2631227a&owner=4bb84018-92e3-4e3b-83e7-5d5e5e0a5192. Geraadpleegd juli 2014.
LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging. Ledenpeiling Landelijke Huisartsen Vereniging: ledenpeiling. Utrecht: LHV, 2014b.
LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging. Update van de richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg. Rapportage van de werkgroep bereikbaarheid & beschikbaarheid. Utrecht: LHV, 2013.
Lokker I, Tummers R, Galesloot C, Klinkenberg M. Consultatie Palliatieve Zorg Jaarverslag 2013. IKNL, 2014.
LROI, Landelijke Registratie Orthopedische Ingrepen. LROI-webforms voor PROMs registratie beschikbaar; 2013. http://www.lroi.nl/nl/organisatie/nieuws/nieuws/lroi-webforms-voor-proms-registratie-beschikbaar. Geraadpleegd november 2013.
Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD001055.
Lynn J, Adamson DM. Living Well at the End of Life. Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. Santa Monica, CA: Rand, 2003.
Mackenbach JP. Korten op preventie? Niet doen! Med Contact 2013(46):2388-9.
Mackenbach JP (red.). Successen van preventie 1970-2010. Rotterdam: Erasmus Publishing/Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidzorg, 2011.
Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. J Clin Epidemiol 1996;49:1207-13.
Main EK, Moore D, Farrell B, Schimmel LD, Altman RJ, Abrahams C, et al. Is there a useful cesarean birth measure? Assessment of the nulliparous term singleton vertex cesarean birth rate as a tool for obstetric quality improvement. Am J Obstet Gynecol 2006;194(6):1644-1651.
Malschaert R, van de Belt TH, Giesen P. Ambulance A1 spoedritten: Wat is de relatie tussen responstijd en gezondheidswinst? Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare & Acute Zorgregio Oost, 2008.
Marshall MN, Shekelle PG, Davies HTO, Smith PC. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. Health Aff (Millwood) 2003;22(3):134-48.
Mathey MF, Vanneste VG, de Graaf C, de Groot LC, van Staveren WA. Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study. Prev Medicine 2001;32:416-23.
Maurits EEM, de Veer AJE, Spreeuwenberg P, Francke AL. De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2013. Cijfers en trends. Utrecht: NIVEL, 2014.
McKeown T. The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

McPherson K, Gon G, Scott M. International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures. OECD Health Working Papers No. 61. Paris: OECD Publishing, 2013.
Mediquest. Wachttijden ziekenhuiszorg; polikliniek, behandeling en diagnostiek. Utrecht: Mediquest, 2009-2014.
Meesterberends E. Pressure ulcer care in the Netherlands versus Germany 0-1; what makes the difference?. Maastricht: Maastricht University, 2013. Dissertatie.
Meeuwesen L. Language barriers in migrant health care: a blind spot. Patient Educ Couns 2012;86(2):135-6. doi: 10.1016/S0738-3991(12)00012-2. PubMed PMID: 22284163.
Meijering YG, Eland A, Kallewaard M, Haeck J, Berg M, Kingma H. Ziekenhuizen gaan prestaties openbaar maken. Med Contact 2003(40).
Mendes de Leon MF. Social engagement and successful aging. Eur J Ageing 2005;2:64-6.
Meulepas M. Relatie tussen FTO-niveau en score op voorschrijfindicatoren. Utrecht: DGV, 2008.
Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: WHO, 2012.
Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de PERISTAT II studie. Ned Tijdschr Geneeskd 2008;152(50):2718-27.
Monitor Langdurige zorg. Indicatie zorg zonder en met verblijf. http://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/indicatie/indicatie-zorg-zonder-en-met-verblijf, 2013a. Geraadpleegd mei 2014.
Monitor Langdurige zorg. Eigen bijdrage. http://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/eigen-bijdrage, 2013b. Geraadpleegd mei 2014.
Monitor Langdurige zorg. Gebruik zorg zonder verblijf. http://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-zorg-zonder-verblijf, 2013c. Geraadpleegd mei 2014.
Moreno-Serra R, Wagstaff A. System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia. J Health Econ 2010;29:585-602.
Morgan D, Astolfi R. Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? Paris: OECD, 2013.
Mulder M (RIVM), Kommer GJ (RIVM), Zwakhals SLN (RIVM). Rijtijd vanaf dichtstbijzijnde ambulancestandplaats 2013. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Ambulancezorg, 24 september 2013.
Nauta ST, Deckers JW, Akkerhuis M, Lenzen M, Simoons ML, van Domburg RT.Changes in Clinical Profile, Treatment, and Mortality in Patients Hospitalised for Acute Myocardial Infarction between 1985 and 2008. PLoS One 2011a;6(11):e26917.
Neuburger J, Hutchings A, Black N, van der Meulen JH. Socioeconomic differences in patient-reported outcomes after a hip or knee replacement in the English National Health Service. J Public Health 2013;35(1):115-24.
NFU, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Naar acht expertisecentra en één Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Visie van de umc's op de toekomstige palliatieve zorg. Utrecht: NFU, 2013

Niaounakis TK. Productiviteitstrends in de geestelijke gezondheidszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1982 en 2010. Delft: IPSE Studies, TU Delft, 2013.
NICE, National Institute for Clinical Excellence. Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean Section. Clinical Guideline. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
Nijs K. Optimizing the ambiance during mealtimes in Dutch nursing homes (Phd thesis). Wageningen: Wageningen University, 2006.
NIVEL. Panel Verpleging & Verzorging. http://www.nivel.nl/panel-verpleging-verzorging-0. Utrecht: NIVEL, 2014a.
NIVEL. Inkomenspositie chronisch zieken en gehandicapten: een kwart teert in. Utrecht: NIVEL, 2014b. http://www.nivel.nl/nieuws/inkomenspositie-chronisch-zieken-en-gehandicapten-een-kwart-teert-in. Geraadpleegd januari 2014.
NIVEL. Beroepenregistratie 2013a. http://www.nivel.nl/beroepen-in-de-gezondheidszorg. Geraadpleegd februari 2014.
NIVEL. Aanvullende analyses resultaten Panel Verpleging & Verzorging, niet gepubliceerd. Utrecht: NIVEL, 2013b .
NIVEL. Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Utrecht: NIVEL, 2013c.
NIVEL. Vaker overgestapt door prijs aanvullende verzekering. Utrecht: NIVEL, 2012.
NIVEL. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2008. Utrecht: NIVEL, 2008.
Nolte E, Bain C, McKee M. Population health. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (red.). Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. Health Aff 2008;27:58-71.
Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.
NPCF, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Acute Zorg: Uitgangspunten en kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF, 2006.
NRBM, Netherlands reference laboratory for bacterial meningitis (AMC/RIVM). Bacterial meningitis in the Netherlands; annual report 1995-2012. Amsterdam: University of Amsterdam, 1996-2013.
NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Cijferbijlage bij het jaarverslag van de Nederlandse Transplantatie Stichting 2011-2013. Leiden: NTS, 2012-2014a.
NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Wachtlijst neemt af: goed of slecht nieuws? NTS: Leiden, 21 januari 2014b. http://www.transplantatiestichting.nl/nieuws/wachtlijst-neemt-af-goed-slecht-nieuws. Geraadpleegd april 2014.
NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Communicatie rond donatie. Leiden: NTS, 2014c. http://www.transplantatiestichting.nl/professionals/cursussen/communicatie-rond-donatie. Geraadpleegd april 2014.
NTS, Nederlandse Transplantatie Stichting. Jaarverslag 2004-2010. Leiden: NTS, 2005-2011.
NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Indicatiestelling Sectio Caesarea. Utrecht: NVOG, 2011a.

NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn dreigende vroeggeboorte. Utrecht: NVOG, 2011b.
NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Foetale Groeibeperking versie 2.1. Utrecht: NVOG, 2008.
NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Inductie van de baring. Utrecht: NVOG, 2006.
NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Vaginale kunstverlossing. Utrecht: NVOG, 2005.
NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. De kwaliteit van verloskundige zorg en het aantal keizersneden in uw ziekenhuis. Utrecht: NVOG, 2004.
NVVP, Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten. Verenigingsbestuur en kernhoogleraren roepen leden op ROM vragenlijsten te gaan hanteren: ROM is een zinvolle toevoeging aan de behandeling van patiënten. Emailbericht aan de leden van de NVVP. 25/05/2012.
NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Zorg loont. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013. Utrecht: NVZ, 2013.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief Ambulancezorg. Weergave van de markt 2010-2013. Utrecht: NZa, 2014a.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars. Utrecht: NZa, 2014b.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor en beleidsbrief zorginkoop. Utrecht: NZa, 2014c
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Eén prijs voor ambulanceritten. 27-06-2013. http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ambulancezorg/Nieuws/Een-prijs-voor-ambulanceritten/, 2013a. Geraadpleegd december 2013.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief Medisch specialistische zorg. Weergave van de markt 2009-2013. Utrecht: NZa, 2013b.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief AWBZ. Weergave van de markt 2010-2012. Utrecht: NZa, 2013c.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief GGZ. Weergave van de markt 2008-2012. Utrecht: NZa, 2013d.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Tariefbeschikking. TB/CU-7053-02. Utrecht: NZa, 2013e.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Tarieventabel-DBC-zorgproducten-en-overige-producten - per 1 oktober 2013. Utrecht: NZa, 2013f.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Ziekenhuizen moeten sterftecijfers publiceren. Utrecht: NZa, 2013g. http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Ziekenhuizen-moeten-sterftecijfers-publiceren/. Geraadpleegd maart 2014.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel TH/BR-010: Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2013. Utrecht: NZa, 2013h.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Doorontwikkelagenda DOT. Utrecht: NZa, 2013i.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief extramurale farmaceutische zorg; beeld van de markt met vrije prijzen. Utrecht: NZa, 2013j.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief zorgverzekeringsmarkt. Utrecht: NZa, 2013k.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte 2012. Weergave van de markt 2007-2012. Utrecht: NZa, 2012a.

NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Advies Bekostiging integrale zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerken. Utrecht: NZa, 2012b.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan medisch specialistisch zorg. Utrecht: NZa, 2012c.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan ketenzorg. Weergave van de markt 2007-2010. Utrecht: NZa, 2012d.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt. Utrecht: NZa, 2012e.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars. Utrecht: NZa, 2010a.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Thematisch onderzoek Zorgplicht. Utrecht: NZa, 2010b.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Visiedocument Transparantie. Utrecht: NZa, 2009.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Declaraties beter controleerbaar. Utrecht: NZa, 2006a.
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem. Visiedocument. Utrecht: NZa, 2006b.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data: Pharmaceutical market. OECD Health Statistics (database). Paris: OECD, 2014.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2013a.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data: Health care utilisation. OECD Health Statistics (database). Paris: OECD, 2013b. Geraadpleegd mei 2014.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Cancer Care: assuring quality to improve survival. OECD Health Policy Study. Paris: OECD Publishing, 2013c.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2013, chapter 8.9.1. Long-term care public expenditure (health and social components), as a share of GDP, 2011 (or nearest year). 2013d. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en. Geraadpleegd mei 2014.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2013. Paris: OECD, 2013e.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Note on general comparability of Health Expenditure and Finance Data in OECD Health Data 2012. Paris: OECD Publishing, 2012.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2011.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings. Paris: OECD Publishing, 2010.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. Paris: OECD, Eurostat, WHO, 2011.
OMS, Orde van Medisch Specialisten. Visiedocument: De Medisch Specialist 2015. Utrecht: OMS, 2012.
Onderzoeksraad voor Veiligheid. Veiligheid van vreemdelingen. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2014.
Orde heroverweegt samenwerking ZiZo. Med Contact 2009(40):1610. http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/66076/orde-heroverweegt-samenwerking-zizo.htm. Geraadpleegd november 2013.

Palliactief. Financiering & organisatie van palliatieve zorg: De pioniersfase voorbij? Een verkennend signalement van knelpunten in de palliatieve terminale zorg bij patiënten, nabestaanden en medewerkers van palliatieve terminale zorgvoorzieningen. Nijmegen: Palliactief, 2011.
PAN, Stichting Perinatale Audit Nederland. http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/161/deelname. Geraadpleegd mei 2014.
PAN, Stichting Perinatale Audit Nederland. A terme sterfte 2011. Perinatale audit: de voortgang. Utrecht: PAN, 2013.
Panteia, SEOR, Etil. Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ. Eindrapport Onderzoeksfase 1. Zoetermeer: Panteia, 2013.
Pasman HRW, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality-indicators for palliative care: a systematic review. J Pain Symptom Man 2009;38(1):145-156.
Peeters J, Rademakers J. Actuele kennisvraag. Monitoren van veranderingen in de Langdurige Zorg. Inventarisatie van indicatoren, instrumenten en "witte vlekken". Utrecht: NIVEL, 2014.
Peeters J, Werkman W, Francke AL. Dementiemonitor mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers. Utrecht: NIVEL/Alzheimer Nederland, 2012.
Perspekt Keurmerk Palliatieve Zorg. http://www.perspektkeurmerk.nl/keurmerkregister/keurmerk-palliatieve-zorg. Geraadpleegd januari 2014.
Plomp E, Schut FT, Varkevisser M. Winstuitkering bij ziekenhuiszorg. Econ Stat Ber 2013;98(4667):508-11.
Plug I, Hoffmann R, Mackenbach J. AMIEHS - Avoidable mortality in the European Union: Towards better indicators for the effectiveness of health systems. Rotterdam: Erasmus MC Rotterdam, 2011.
Pons H, Lingsma H, Bal R. De ranglijst is een slechte raadgever. Med Contact 2009;64(47):1969-71.
Post N (RIVM), Gijsen R (RIVM). Wat is gezondheidszorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg, 5 september 2013.
Pouw ME, Peelen LM, Moons KG, Kalkman CJ, Lingsma HF. Including post-discharge mortality in calculation of hospital standardised mortality ratios: retrospective analysis of hospital episode statistics. Br Med J 2013;347:f5913.
PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2009. Utrecht: PRN, 2013a.
PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2010. Utrecht: PRN, 2013b.
PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2011. Utrecht: PRN, 2013c.
PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2012. Utrecht: PRN, 2013d.
PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2008. Utrecht: PRN, 2011.
PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2007. Utrecht: PRN, 2009.

PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2005. Utrecht: PRN, 2008a.
PRN, Stichting Perinatale Registratie Nederland. Jaarboek. Perinatale Zorg in Nederland 2006. Utrecht: PRN, 2008b.
Proms Nederland. Proms Nederland meet resultaat van geleverde zorg. 2010. http://www.patientuitkomsten.nl/persbericht/proms-nederland-meet-resultaat-van-geleverde-zorg/. Geraadpleegd juli 2014.
Pronk E. Mortaliteit als maat. Med Contact 2005;60(21):876-9.
Provinciale Raad Gezondheid. Factsheet Medische zorg voor dak- en thuislozen en zwerfjongeren in Noord-Brabant. 's Hertogenbosch: Provinciale Raad gezondheid, 2010.
Raad van State. Advies W13.12.0097/III. Den Haag: Raad van State, 2012. Kamerstukken, 33 362 no 4.
Rademakers J, Delnoij D, Nijman J, de Boer D. Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. BMC Health Services Research 2012, 12:261; doi:10.1186/1472-6963-12-261.
Rahmel A (ed.). Annual Report 2012; Eurotransplant International Foundation. Leiden: Eurotransplant, 2012.
Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture – An emerging trend in Finland. Prev Med 2009;49:535–40.
Rauvata L, Lehtonen L, Peltola M, Korvenranta E, Korvenranta H, Linna M, et al., for the PERFECT Preterm Infant Study Group. Pedriatrics 2007;119(1):e257-e263.
RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Patterns of maternity care in English NHS hospitals, 2011/2012. Londen: RCOG, 2013.
Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. Health Policy 2014;115(1):1-8.
Reibestein RWP, Rinnooy Kan AHG. Brief verkenners extramurale farmaceutische zorg aan minister Schippers. 2013.
Reitsma-van Rooijen M, Brabers A. Verzekerden bezuinigen op hun zorgverzekering, het aantal overstappers neemt nog steeds toe. Utrecht: NIVEL, 2013.
Reitsma-van Rooijen M, Brabers A, de Jong J. De aanvullende verzekering speelt een grotere rol bij het overstappen in 2012. Stijging van het aantal overstappers zet door. Utrecht: NIVEL, 2012.
Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 5:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg. Den Haag: RGO, 1990.
RIBW Alliantie. Brancherapport 2012. Resultaten en trends. Tilburg: RIBW Alliantie, 2013.
RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Een gezonder Nederland. De VTV 2014. 2014a. http://www.eengezondernederland.nl.
RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Eerstlijnszorg. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 20 maart 2014b. http://www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/. Geraadpleegd maart 2014.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Wereldkansen voor Preventie? Bilthoven: RIVM, 2013a.
RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kosten van Ziektenstudie. Bilthoven: RIVM, 2013b. http://www.kostenvanziekten.nl.
ROM, Routine Outcome Measurement. Routine Outcome Measurement. 2013. http://www.sbggz.nl/. Geraadpleegd november 2013.
Roos A, Schut FT. Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands. Eur J Health Econ 2012;13(1):51-62.
Roos A, Schut FT. Risico's van koppeling basis- en aanvullende verzekering. Econ Stat Ber 2008;93(4548):710-713.
Rosso S, Gondos A, Zanetti R, Bray F, Zakelj M, Zagar T, et al. Up-to-date estimates of breast cancer survival for the years 2000-2004 in 11 European countries: the role of screening and a comparison with data from the United States. Eur J Cancer 2010;46(18):3351-7.
RTe, Regionale toetsingscommissies euthanasie. Oordelen 2013 (VO's). http://www.euthanasiecommissie.nl/oordelen/oordelen2013vo/. Geraadpleegd april 2014.
RTe, Regionale toetsingscommissies euthanasie. Jaarverslag 2008-2012. Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2009-2013.
Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. N Engl J Med 1976;294:582-8.
Ruwaard S, Douven RCMH, Struijs JN, Polder JJ. Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen? Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. TPE Digitaal 2014;8(2):98-117.
RVZ, Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Zorginkoop. Den Haag: RVZ, 2008.
RVZ, Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Acute Zorg: achtergrondstudies. Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid bij het advies Acute zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.
Safrany N, Monnet DL. Antibiotics obtained without a prescription in Europe. Lancet Inf Dis 2012;12(3):182-3.
Santeon ziekenhuizen. Santeon en Stichting Miletus zetten volgende stap met Consumer Quality Index-Ziekenhuizen (CQI-Z). 2012. http://wwwsanteonnl/nl/nieuws-en-media/81-santeon-en-stichting-miletus-zetten-volgende-stap-met-consumer-quality-index-ziekenhuizen-cqi-z [Internet]. Geraadpleegd november 2013.
SBG, Stichting Benchmark GGZ. Gegevens verkregen op verzoek. Bilthoven: SBG, 2014.
Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. Health Aff 2013;32(12):2205-15.
Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. Health Aff 2011;30(12):2437-48.
Scholtens B. Sterftecijfers bekend, maar weinigzeggend. Med Contact 2010;65(28):1384-7.
Scholtes HHM. Transparantie, icoon van een dolende overheid. Tilburg: Tilburg University, 2012.
Schoneveld M, van der Heiden E, van Niekerk J. Van goede zorginkoop verzekerd. Den Haag: Consumentenbond, 2007.

Schut E. De houdbaarheid van de stijgende zorguitgaven. Econ Stat Ber 2011;96:448-51.
Schut FT, Varkevisser M, van den Ven WPPM. Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen. Econ Stat Ber 2011;96(4610):294-97.
SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen. Palliatieve sedatie bij een op de zes sterfgevallen. Pharm Weekbl 2014;149(16).
SFK. Data en feiten 2013: het jaar 2012 in cijfers. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2013.
SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen. Meer dan 6% palliatieve sedatie. Pharm Weekbl 2007;142(8).
Siesling S, Visser O, Luth TK, Karim-Kos HE, van de Poll-Franse LV, Aben KK, et al. Volwassen kankerpatienten overleven langer in Nederland; 5-jaarsoverleving 12% toegenomen tussen 1989-1993 en 2004-2008. Ned Tijdschr Geneeskd 2011b;155:A3169.
Skipr. Ziekenhuizen moeten sterftecijfers publiceren. 2013. http://www.skipr.nl/actueel/id14881-ziekenhuizen-moeten-sterftecijfers-publiceren.html. Geraadpleegd november 2013.
Skipr. NPCF weerlegt kritiek op ZorgkaartNederland.nl. 2010. http://www.skipr.nl/actueel/id5057-npcf-weerlegt-kritiek-op-zorgkaartnederland.nl.html. Geraadpleegd december 2013.
Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. Bilthoven: RIVM, 2011.
Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2002.
Social Force: De taaiheid van wanbetaling zorgpremie in beeld; zoektocht van Menzis, Stadsbank Oost-Nederland en Enschede, Hengelo en Almelo naar de preventieve werking van een financiële quick scan. Veenendaal: Social Force, 2014.
St-AB, Stichting Adviesgroep Bestuursrecht. Stichting Adviesgroep Bestuursrecht. Tijdelijke wet ambulancezorg. 2012. http://www.st-ab.nl/wetten/1182_Tijdelijke_wet_ambulancezorg.htm. Geraadpleegd februari 2014.
Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD000165.
Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? Arch Gynecol Obstet 2012;286(6):1369-73.
Steinert T, Lepping P, Bernardsgrütter B, Conca, A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiat Epidemiology 2010:45(9):889–97.
Steinert T, Lepping P. Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. Eur Psychiatry 2009;24(2):135-41.
Stichting Fibula. Lijst netwerken. http://www.stichtingfibula.nl/Netwerken/Lijstnetwerken.aspx. Geraadpleegd december 2013.
Struijs JN, Mohnen SM, Molema CCM, de Jong-van Til JT, Baan CA. Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten. Een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomanagement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007-2010. Bilthoven: RIVM, 2012.
Stuurgroep ROM ggz. Visie op ROM in de ggz. Amersfoort: GGZ Nederland, 2010.

Stuurgroep Verantwoorde Kraamzorg. Visie op verantwoorde kraamzorg. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2008.
Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: 2009.
Tacken M, Mulder J, Visscher S, Tiersma W, Donkers J, Verheij R, et al. Monitoring Nationaal Programma Griepppreventie 2009. Nijmegen: IQ healthcare, 2010.
Tacken M, Mulder J, Hoogen H van den, Tiersma W, Donkers J, Verheij R, et al. Monitoring Nationaal Programma Griepppreventie 2008. Nijmegen: IQ Healthcare, 2009.
Terhaar Sive Droste JS, Craanen ME, van der Hulst RW, Bartelsman JF, Bezemer DP, Cappendijk KR, et al. Colonoscopic yield of colorectal neoplasia in daily clinical practice. World J Gastroenterol 2009;15(9):1085-92.
Tetlock PE, Lerner J. The Social Contingency Model. Identifying empirical and normative boundary conditions on the error-and-bias portrait of of human nature. In: Chaiken S, Trope Y (eds.). Dual-process theories in social psychology. New York: The Guildford press, 1999:571-85.
Tiemens B, Kamsteeg F, van Dijke A, Schipper G, Theunissen J, de Jong K, et al. (eds.). ROM ggz. Beslisdocument deelproject Vergelijkbaarheid. Amersfoort: GGZ Nederland, 2009.
TNO. Monitor en evaluatie van de neonatale hielprikscreening bij kinderen geboren in 2002-2011. Leiden: TNO, 2004-2013.
Tranzo http://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/onderzoek/lopend/standaardmodelmonitorsociaalkwetsbaregroepen/. Geraadpleegd juni 2014
Trimbos-Instituut. Trendrapportage ggz 2010. Deel 2 Toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2010.
Tweede Kamer. Waarborgen voor continuïteit van zorg. Den Haag: Tweede Kamer, 2011.
Tweede Kamer. Vragen van de leden Heemskerk en Arib (beiden PvdA) aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Economische Zaken over verticale integratie tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis. Den Haag: Tweede Kamer, 2005.
Vaarama M. Care-related quality of life in old age. Eur J Ageing 2009;6:113-25.
Van Baal P, Obulqasim P, Brouwer W, Nusselder W, Mackenbach J. The influence of health care expenditures on life expectancy. Rotterdam: Institute of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, 2013.
Van Bakel AM (RIVM). Wat zijn de mogelijke gezondheidseffecten van borstvoeding? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Borstvoeding, 25 september 2013.
Van de Ven WPMM, van Kleef RC, van Vliet RCJA. Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten? Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2013a.
Van de Ven WPMM, van Kleef RC, van Vliet RCJA. Risicoselectie bij overstap zorgverzekeraar. Econ Stat Ber 2013b;98(4673):714-717.
Van de Ven WPMM, Varkevisser M. Fusieverbod zorgaanbieders en verzekeraars ongewenst. Econ Stat Ber 2011;96(4606):189.

Van de Ven WPMM, Schut FT, Hermans HEGM, de Jong JD, van der Maat M, Coppen R, et al. Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw, 2009.
Van de Vijsel AR, Heijink R, Schipper M. Has variation in length of stay in acute hospitals decreased? Submitted.
Van de Water W, Bastiaannet E, Liefers GJ. Ouderen met borstkanker niet evidence based behandeld. Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155:A3359.
Van den Berg MJ, Kringos DS, Marks LK, Klazinga NS. The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. Health Res Policy Sys 2014;12:1.
Van den Berg M, Post NAM, Hamberg-van Reenen HH, Baan CA, Schoemaker CG (red.). Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM-rapport nr. 010003002. Bilthoven: RIVM, 2013.
Van den Berg MJ, Deuning C, Gijsen R, Hayen A, Heijink R, Kooistra M, et al. Definitierapport Zorgbalans. RIVM Rapport 260612001/2011. Bilhoven: RIVM, 2011.
Van den Berg M, Schoemaker CG (red.). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007. Bilthoven: RIVM, 2010.
Van den Berg M, Heijink R, Zwakhals L, Verkleij H. Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs. Eurohealth 2010;16(4):27-29.
Van den Bosch WF, Silberbusch J, Roozendaal KJ, Wagner C. Variatie in codering patiëntengegevens beïnvloedt gestandaardiseerd ziekenhuissterftecijfer (HSMR). Ned Tijdschr Geneesk 2010;154(A1189).
Van den Bosch WF, Roozendaal KJ, Silberbusch J. Schommelende sterftecijfers. HSMR nog geen betrouwbare maat voor zorgkwaliteit. Med Contact 2009;64(31-32):1344-8.
Van den Brink CL (RIVM), Savelkoul M (RIVM). Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Meta-informatie\Bronbeschrijvingen, 11 september 2013.
Van den Brink-Muinen A, Rijken PM, Spreeuwenberg P, Heijmans MJWM. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008, Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2009.
Van der Geest S, Varkevisser M. Zorgconsumenten en kwaliteitsinformatie. Econ Stat Ber 2012;97(4631):174-5.
Van der Geest SA, Varkevisser M. Keuzebeïnvloeding via eigen risico werkt, maar kan beter. TPEdigitaal 2010;4(4):34-48.
Van der Heide A, Brinkman-Stoppelenburg A, van Delden H, Onwuteaka-Philipsen B. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Sterfgevallenonderzoek 2010. Den Haag: ZonMw, 2012a.
Van der Heide A, Legemaate J, Onwuteaka-Philipsen B, Bolt E, Bolt V, et al. Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw, 2012b.
Van der Ploeg CPB, Rijpstra A, Verkerk PH. Monitoring van de neonatale gehoorscreening door de jeugdgezondheidszorg in 2012. Met voorlopige diagnostiekuitkomsten. Rapportnummer TNO/CH/2013/R11874. Leiden: TNO, 2013.

Van der Ploeg CPB, van de Pal SM, van Gameren-Oosterom HBM, Oomen P. Procesmonitoring prenatale screening infectieziekten en erytocytenimmunisatie 2009-2011. Rapportnummer TNO/CH 2012 R10893. Leiden: TNO, 2012.
Van der Ploeg CPB, van de Pal SM, Oomen P. Procesmonitoring prenatale screening infectieziekten en erytocytenimmunisatie 2007-2009. Rapportnummer KvL/P&Z/2010.066. Leiden: TNO, 2010.
Van der Schee E, de Jong JD, Groenewegen PP. Eén jaar na problemen in een ziekenhuis: kan verloren vertrouwen worden herwonnen? TSG 2013;91(1):60-7.
Van der Torre A, Ooms I, de Klerk M. Het persoonsgebonden budget in de zorg. Monitor 2012. SCP-publicatie 2013-18. Den Haag: SCP, 2013.
Van der Veer J, Waverijn G, Spreeuwenberg P, Rijken M. Werk en Inkomen: kerngegevens & trends, Rapportage 2013, Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Utrecht: NIVEL, 2013.
Van der Voort P, de Jonge E. Sterfte als maat voor kwaliteit. Med Contact 2007;62(43):1766-7.
Van Dillen J, Brouwers H, Buist F, Hermus M, Waelput A, Eskes M, van Swigchum F. Wat komt er uit de PAN? Samen om de tafel: perinatale audit in heel Nederland. Tijdschr Verloskundigen 2013;(Juni):72-74.
Van Dishoeck AM, Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Steyerberg E, Robben PB, Mackenbach JP. Transparantie: is het effect van toezicht te meten? Haalbaarheid van effectmeting door de Inspectie. Ned Tijdschr Geneeskd 2013;157:A1676.
Van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P. Toekomst voor de zorg. Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Den Haag: CPB, 2013.
Van Gestel YR, Lemmens VE, Lingsma HF, de Hingh IH, Rutten HJ, et al. The hospital standardized mortality ratio fallacy: a narrative review. Med Care 2012;50(8):662-7.
Van Hoof F, Knispel A, Schneider J, Beeley C, Aagaard J, Putten M. Trendrapportage GGZ 2011. Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
Van Kleef RC, Schut FT, van de Ven WPMM. Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2014.
Van Kleef RC, van Vliet RCJA, van de Ven WPMM. Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg 2012a.
Van Kleef RC, van Vliet RCJA, van de Ven WPMM. Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993-2011. TSG 2012b;90(5):312-26.
Van Laere IRAL, Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009.
Van Lier EA, Oomen PJ, Giesbers H, Conyn-van Spaendonck MAE, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff IF, de Melker HE. Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland; verslagjaar 2014. RIVM-rapportnummer 150202003. Bilthoven: RIVM, 2014.
Van Loon AJM, Tolboom RAL. Ontwerprapport kiesBeter.nl 2006-2007. Bilthoven: RIVM, 2005.
Van Montfoort G. Van Montfort wil af van CQ-index en Zichtbare Zorg. Zorgvisie, 2011. http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2011/8/Van-Montfort-wil-af-van-CQ-index-en-Zichtbare-Zorg-ZVS012157W/. Geraadpleegd november 2013.

Van Os J, Kahn R, Denys D, Schoevers RA, Beekman ATF, Hoogendijk WJG, et al. rom: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. Tijdschr Psychiatrie 2012;54(3):245-53.
Van Steenbergen LN, Elferink MA, Krijnen P, Lemmens VE, Siesling S, Rutten HJ, et al. Improved survival of colon cancer due to improved treatment and detection: a nationwide population-based study in The Netherlands 1989-2006. Ann Oncol 2010;21(11):2206-12.
Van Steenbergen LN, Lemmens VE, Louwman MJ, Straathof JW, Coebergh JW. Increasing incidence and decreasing mortality of colorectal cancer due to marked cohort effects in southern Netherlands. Eur J Cancer Prev 2009;18(2):145-52.
Van Veldhuizen H, Heijnen M, Lansdorp-Vogelaar I. Aanpassing uitvoering bevolkingsonderzoek darmkanker in 2014 en 2015. Bilthoven: RIVM, 2014.
Van Venrooij T. Registreren, terugkoppelen en publiceren. Med Contact 2009;64(11):449-51.
Van Wensveen D. Onderzoeksresultaten Zorgmonitor TNS NIPO herfst 2013. Amsterdam: TNS NIPO, 2013.
Vandermeulen L. Waarom de patiënten wegblijven. Zorgvisie 2014:3.
Varkevisser M, van der Geest SA, Schut FT. Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence form the market for angioplasty in the Netherlands. J Health Econ 2012;31(2):371-78.
Varkevisser M, Schut FT. Zorgspecifieke fusietoets is overbodig en ongewenst. Tijdschr Toezicht 2011;2(1):33-41.
Varkevisser M, van der Geest SA, Schut FT. Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities. Int J Health Care Finance Econ 2010;10(1):43-60.
Varkevisser M, Polman N, van der Geest SA. Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'. Econ Stat Ber 2006;91(4478):38-40.
Vektis. Zorgthermometer, zorg in regio's. Zeist: Vektis, 2013a.
Vektis. Zorgthermometer - verzekerden in beweging. Zeist: Vektis, 2011-2013b.
VenJ, Ministerie van Veiligheid en Justitie. Kabinetsreactie onderzoek Nationale ombudsman naar de medische zorg voor vreemdelingen. Den Haag: VenJ, 2013.
Verhoof E, Uitdehaag M, van der Veer W, Veerbeek l. Evaluatie gebruik richtlijnen oncologische en palliatieve zorg. Onderzoeksverslag. Utrecht: IKNL, 2013.
VHN, Vereniging Huisartsenposten Nederland. Benchmarkbulletin 2009-2012. Utrecht: VHN, 2010-2013.
Victoor A, Rademakers J, Rooijen MR, Jong JD, Delnoij D, Friele R. The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. J Health Serv Res Policy 2014 Jan;19(1):4-11. doi: 10.1177/1355819613498380.
Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers JJ. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Serv Res 2012a;12:272.
Victoor A, Friele RD, Delnoij DM, Rademakers JJ. Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. BMC Health Serv Res 2012b;12:441.
Visser J, Boonen L, Stam P. Effectiviteit van inkoopbeleid geneesmiddelen. Econ Stat Ber 2013;98(4659):284-86.

VMSzorg. Geaccrediteerde/gecertificeerde ziekenhuizen, 2014. http://www.vmszorg.nl/over-ons/geaccrediteerde-or-gecertificeerde-ziekenhuizen. Geraadpleegd april 2014.
VNG, Vereniging Nederlandse Gemeenten. Terugblik op eerste regietafel decentralisaties. https://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/nieuws/terugblik-op-eerste-regietafel-decentralisaties, 2014. Geraadpleegd mei 2014.
Von Wagner C, Good A, Whitaker KL, Wardle J. Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. Epidemiol Rev. 2011 Jul;33(1):135-47. doi: 10.1093/epirev/mxq018. Epub 2011 May 17. Review. PubMed PMID: 21586673.
VPTZ, Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland. VPTZ Organisaties. http://www.vptz.nl/page/142/vptz-organisaties.html. Geraadpleegd december 2013.
VPTZ, Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg. VPTZ Trendrapport 2014. Bunnik: VPTZ, 2014.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Schippers aan de Tweede Kamer over financiering van eerstelijns geboortecentra d.d. 14 maart 2014a.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Schippers aan de Tweede Kamer over de ruzie binnen de perinatale zorg d.d. 27 maart 2014b.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Landelijke agenda suïcidepreventie en Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013. Den Haag: VWS, 20 januari 2014c.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kabinetsreactie op rapport Nationale Ombudsman. Den Haag: VWS, 2014d.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beantwoording Kamervragen over de 5 euro die onverzekerbare vreemdelingen moeten betalen voor medicijnen (2014Z00604). 191272-116406-Z. Den Haag: VWS, 2014e.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief over inzet van tolken in de zorg. http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brieven/2014/03/11/brief-over-de-inzet-van-tolken-in-de-zorg.html. Den Haag: VWS, 2014f.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verzoek tot uitstel van de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in verband met toezending van een nota van wijziging. Den Haag: VWS, 2014g.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Alles is gezondheid... Het Nationaal Programma Preventie 2014–2016. Den Haag: VWS, 2013a.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting 2014. Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS, 2013b.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg. Bijlage bij de brief "Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst" van drs. M.J. van Rijn aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 25 april 2013. Den Haag: VWS, 2013c.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg van drs. M.J. van Rijn aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 6 november 2013. Den Haag: VWS, 2013d.
VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Inventarisatieronde meerbedskamers 2013. Den Haag: VWS, 2013e.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Intensiveringsmiddelen langdurige zorg. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 april 2013. Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag: VWS, 2013f.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Investeren in palliatieve zorg. Kamerbrief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, d.d. 11 december 2013g.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regeling palliatieve terminale zorg. Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 8 november 2007, nr. DLZ-KZ-2802433, houdende subsidiëring van palliatieve terminale zorg. De regeling vervalt op 1 januari 2017. Geraadpleegd december 2013h.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting 2014 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vergaderjaar 2013–2014. 33 750 XVI Nr. 1. Voorstel van wet, 17 september 2013i.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Implementatie verbetertraject IGZ. Den Haag: VWS, 2013j.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een duurzaam informatiestelsel in de zorg. Kamerbrief. Den Haag: VWS, 2013k.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Van systemen naar mensen. Beleidsbrief. Den Haag: VWS, 2013l.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Risicovereveningsmodel 2014. Den Haag: VWS, 2013m.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017. Den Haag: VWS, 2013n.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief tussenrapportage verhoging eigen risico en zorgmijding. Den Haag: VWS, 20130.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verzekerdenmonitor 2012. Den Haag: VWS, 2012a.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Betreft Aanpak terugdringen doorlooptijden euthanasiemeldingen. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, d.d. 12 april 2012b.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ex post compensaties in het risicovereveningssysteem. Den Haag: VWS, 2012c.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Herziening zorgstelsel. Den Haag: VWS, 2012d.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben. Den Haag: VWS, 2012e. Kamerstukken, 33 362 no 1.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuiktering aanbieder medisch-specialistische zorg). Kamerstukken, 33 168 no 3. Den Haag: VWS, 2012f.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VWS, 2011a.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015. Den Haag: VWS, 2011b.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk Kwaliteitsinstituut. Den Haag: VWS, 2010a.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Volumenormen beperken risico voor de patiënt. Den Haag: VWS, 2010b.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ketenzorg zwangerschap en geboorte. Kamerstuk 29 323/ 22 , nr 49. Juli 2008a.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk: Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Kenmerk MC-U-2860925. Den Haag: VWS, 2008b.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting 2008. Hoofdstuk XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS, 2007.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota Vraag aan bod: Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: VWS, 2001.
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Privacy in verpleeghuizen. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 november 1996. Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 1996–1997, 25 123, nr. 1. Den Haag: VWS, 1996.
Waelput AJM (PAN), Achterberg PW (RIVM). Welke factoren beïnvloeden de sterfte rond de geboorte? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/sterfte-rond-de-geboorte/welke-factoren-beinvloeden-de-sterfte-rond-de-geboorte/, 27 mei 2013.
Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery In: Culyer AJ, Newhouse JP (eds.). Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier, 2000.
Wapstra B, Salomé L, Koppelman L. De Wmo-uitgaven van gemeenten in 2010. Den Haag: SCP, 2014.
Warner B, Musial MJ, Chenier T, Donavan E. The effect of birth hospital type on the outcome of very low birth weight infants. Pediatrics 2004;113:35–41.
Westert GP, van den Berg M, Zwakhals S, Heijink R, de Jong J, Verkleij H. Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg. Bilthoven: RIVM, 2010.
WHA, World Health Assembly. The Fifty-sixth World Health Assembly. Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics. Geneva: World Health Organization, 2003.
Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
WHO, World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. Geraadpleegd februari 2014.
WHO, World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO, 1998. WHO/CHD/98.9.
WHO, World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Safe motherhood practical guide. Geneva: WHO, 1996.

Wiegant E. Tweede LHV-PeilinG over GGZ-nieuwe stijl. Huisartsen pakken GGZ voortvarend op. De Dokter 2014(mei):14-17.
Wmg, Wet marktordening gezondheidszorg. 2006. Geldend op: 04/07/2014.
Wolter PJ, Lako CJ. Hoe kiezen patiënten een ziekenhuis? TSG 2012;90(1):45-50.
Wtl, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Geldend op 15-12-2013.
Wtzi, Wet toelating zorginstellingen. 2005. Geldend op: 04/07/2014.
www.studies-obsgyn.nl. Geraadpleegd april 2014.
Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. Public Health Nutr 2001;4(2B):729-39.
ZiZo, Zichtbare Zorg. Cliëntervaringsindicatoren uit de Kernset Prestatie-Indicatoren 2012; Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2013a.
ZiZo, Zichtbare Zorg. Openbare databestanden Zichtbare Zorg. https://data.zichtbarezorg.nl/. Geraadpleegd november 2013b.
ZiZo, Zichtbare Zorg. Zorginhoudelijke Indicatoren. Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde. Verslagjaar 2011. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2011.
ZiZo, Zichtbare Zorg. Raamwerk kwaliteitsindicatoren. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2009.
ZiZo, Zichtbare Zorg. Zichtbare Zorg in Zicht! Evaluatierapportage Inloopperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2008.
ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Minimum kwaliteitsnormen ziekenhuizen. http://wwwminimumkwaliteitsnormennl/Normenhtm. 2013. Geraadpleegd november 2013.
ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Zorgverzekeraars ondersteunen klinische registraties DICA. Persbericht 2012. https://www.zn.nl/concept/nieuws/pers/persbericht/?newsId=f4cf795a-cba8-4cf7-87e6-da03bafbe9cc. Geraadpleegd november 2013
ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Visie op kwaliteit. Zeist: ZN, 2011.
ZN & GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland. Bestuurlijk Akkoord GGZ, 2010.
ZonMw. Jaarverslag ZonMw 2013. Den Haag: ZonMw, 2014.
ZonMw. Nationaal Programma Palliatieve Zorg binnenkort van start http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/nationaal-programma-palliatieve-zorg-binnenkort-van-start/. Geraadpleegd juni 2014a.
ZonMw. Programma Zwangerschap en geboorte. Een impressie van de regionale consortia en onderzoeksprojecten. Den Haag: ZonMw, 2013.
ZonMw. Programmaschets Palliatieve Zorg. Den Haag: ZonMw, 2009.
Zorg voor Beter. Thema Vrijheidsbeperking. Afbouwen van bestaande maatregelen. Zorg voor Beter. http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Vrijheidsbeperking-Leren-Acties-Afbouw.html, 2014. Geraadpleegd mei 2014.
Zorginstituut Nederland. Gegevens verkregen op verzoek. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2014a.
Zorginstituut Nederland. GIPdatabank. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2014b. https://www.gipdatabank.nl
Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2014c.
ZorgkaartNederland. Veelgestelde vragen: Hoeveel bezoekers heeft ZorgkaartNederland? http://www.zorgkaartnederland.nl/content/veelgestelde-vragen. Geraadpleegd april 2014.

Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers J. De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: tijd voor een brede benadering. Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg; 2012.
Zuidgeest M, Delnoij DM, Luijkx KG, de BD, Westert GP. Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly: comparing scores over time. BMC Health Serv Res 2012;12:26.
Zvw, Zorgverzekeringswet. 2005. Geldend op: 04/07/2014.
Zwakhals SLN (RIVM). Tarieven huisartsenposten 2014. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Eerstelijnszorg\Huisartsenzorg\Aanbod, 2 juni 2014.
Zwakhals SLN (RIVM). Reistijd (in minuten) tot dichtstbijzijnde huisartsenpost 2012. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> Zorgatlas\Zorg\Eerstelijnszorg\Huisartsenzorg\Aanbod, 21 maart 2013.
Zwakhals SLN, Kommer GJ. Analyse gevoelige ziekenhuizen 2013. Bilthoven: RIVM, 2013. http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/publicaties/2013/09/20/analyse-gevoelige-ziekenhuizen-2013/analyse-gevoelige-ziekenhuizen-2013.pdf.

Bijlagen

Bijlage 1

Leden Projectgroep RIVM
Leden Wetenschappelijke Adviesgroep
Leden Projectgroep VWS / IGZ / NZa
Externe experts
Experts RIVM

Leden Projectgroep RIVM

Projectleiding

Dhr. dr. M.J. van den Berg	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie

Redactie

Dhr. dr. M.J. van den Berg	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. dr. D. de Boer	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Dhr. drs. R. Gijsen	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. dr. R. Heijink	RIVM, Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
Mw. drs. L.C.M. Limburg	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. drs. S.L.N. Zwakhals	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie

Projectgroep

Dhr. dr. M.J. van den Berg	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. dr. D. de Boer	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Mw. dr.ir. S.R. de Bruin	RIVM, Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
Mw. drs. C. Deuning	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. drs. R. Gijsen	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. A.P. Hayen, MSc	Tilburg University, Tranzo
Dhr. dr. R. Heijink	RIVM, Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
Mw. ir. M. de Bruin-Kooistra	RIVM, Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
Dhr. dr. M.S. Lambooij	RIVM, Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
Mw. drs. L.C.M. Limburg	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. drs. S.L.N. Zwakhals	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie

Leden Wetenschappelijke Adviesgroep

Mw. prof.dr. D.M.J. Delnoij	Zorginstituut Nederland, Kwaliteitsinstituut
Dhr. prof.dr. P.P. Groenewegen	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Dhr. prof.dr. N.S. Klazinga	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Afdeling Sociale Geneeskunde
Dhr. prof.dr. D. Ruwaard	Maastricht University, Department of Health Services Research
Dhr. prof.dr. F.T. Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Dhr. drs. H.J. Smid	ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Dhr. prof.dr. G.P. Westert	Radboud Universiteit Nijmegen, Radboudumc, IQ healthcare
Dhr. prof.dr. A.N. van der Zande, voorzitter	RIVM, Directeur Generaal

Leden Projectgroep VWS / IGZ / NZa

Dhr. drs. H.G. van der Burg	VWS, Directie Langdurige zorg
Dhr. mr. G.J. Buijs	VWS, Directie Markt en consument
Mw. drs. P.H.C. Jansen	VWS, Financieel-economische zaken
Dhr. dr. M. de Kort	VWS, Directie Internationale Zaken
Mw. drs. L. Leliveld	VWS, Publieke gezondheid
Mw. G.B. Mentink-Kleiss	VWS, Directie Markt en consument
Dhr. ir. G.C.C. Molenaar	VWS, Directie Markt en consument
Dhr. ir. C.V. Neevel	VWS, Directie Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Dhr. drs. J. Paulus, MSc LLM	VWS, Directie Zorgverzekeringen
Mw. drs. R. Wouters	VWS, Directie Zorgverzekeringen
Dhr. drs. A.J.M. Zengerink	VWS, Directie Curatieve zorg
Mw. drs. A.E. Vedder	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Mw. drs. I. Seinen	Nederlandse Zorgautoriteit

Externe experts

Mw. drs. C.C. Alberda-Harmsen	VWS, Directie Curatieve zorg
Mw. dr. S. van Beek	ActiZ
Dhr. dr. E. de Beurs	Stichting Benchmark GGZ
Mw. dr.ir. A. de Bruin	Centraal Bureau voor de Statistiek
Mw. A. Bruis	Alzheimer Nederland
Dhr. drs. P.T.P.W. Burgers	Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus MC / IJsselland Ziekenhuis
Dhr. prof.dr. J.W. Deckers	Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus MC

Dhr. dr. A. van der Ende	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum
Mw. prof.dr. M.-L. Essink-Bot	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum
Dhr. drs. E. Faber	GGZ Nederland
Dhr. prof.dr. A. Franx	Universiteit van Utrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Divisie Vrouw & Baby
Mw. drs. S.A. van der Geest	Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Dhr. dr. R.J.G. Halfens	Maastricht University, Department of Health Services Research
Mw. dr.ir. C.W.P.M. Hukkelhoven	Stichting Perinatale Registratie
Mw. dr. M. Lamkaddem	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum
Mw. drs. E.E.M. Maurits	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Mw. dr. K. Monshouwer	Trimbos-instituut
Mw. drs. E. Mulder	RIBW Alliantie
Mw. dr. G.E. Nagelhout	Alliantie Nederland Rookvrij
Mw. dr. S.S. Natsch	Radboud Universiteit Nijmegen, Radboudumc
Dhr. dr. T. de Neef	Stichting Perinatale Registratie
Dhr. dr. E. Noorthoorn	Altrecht Aventurijn / GGNet
Mw. drs. M. Nijpels	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Mw. drs. L. van Opheusden	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Dhr. drs. V.C.A. van Polanen Petel	Centraal Bureau voor de Statistiek
Mw. dr. J.J.D.J.M. Rademakers	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Mw. dr. N.J.H. Raijmakers	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Mw. S. Ruwaard, MSc	Tilburg University, Tranzo
Dhr. prof.dr. F.T. Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Mw. dr. S. Siesling	Integraal Kankercentrum Nederland
Dhr. dr. J.M. Smit	Centraal Bureau voor de Statistiek
Dhr. R. Soffers, MSc	Tilburg University
Dhr. drs. G.A. de Winter	Stichting Perinatale Registratie

Experts RIVM

Dhr. dr. P.W. Achterberg	RIVM, Verkenningen Volksgezondheid
Mw. prof.dr. C.A. Baan	RIVM, Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
Dhr. dr. M. van den Berg	RIVM, Preventie en Voeding
Mw. drs.ing. H. Giesbers	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Mw. dr.ir. L. Grievink	RIVM, Centrum voor Bevolkingsonderzoek

Mw. ir. E.A. van Lier	RIVM, Rijksvaccinatieprogramma
Dhr. drs. M. Mulder	RIVM, Verkenningen Volksgezondheid
Dhr. prof.dr. J.J. Polder	RIVM, Chief Science officer
Mw. dr. M. Savelkoul	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. dr. C.G. Schoemaker	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Dhr. ir. L.C.J. Slobbe	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie
Mw. dr.ir. J.F. van Sonderen	RIVM, Verkenningen Zorg en Preventie

Bijlage 2

Indicatoren

Hoofdstuk 2 Zorg rond de geboorte

Toegankelijkheid

- Percentage zwangere vrouwen dat binnen 10 minuten de dichtstbijzijnde verloskundigenpraktijk kan bereiken
- Percentage zwangere vrouwen dat met een auto binnen 30 minuten een afdeling verloskunde kan bereiken
- Percentage zwangere vrouwen dat met de ambulance binnen 45 minuten naar een afdeling verloskunde vervoerd kan worden

Kwaliteit

Kwaliteit van de preventie

- Percentage vrouwen (totale groep van zwangere vrouwen en uit achterstandswijken) dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerste lijn en waarbij het eerste consult plaatsvond vóór de 10e week van de zwangerschap
- Percentage vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap

Kwaliteit van de eerstelijnsverloskunde

- Percentage vrouwen dat is bevallen met een episiotomie (knip) in de eerste lijn
- Percentage rupturen na vaginale bevalling zónder instrument
- Percentage kinderen dat is geboren in de eerste lijn met een APGAR-score <7 na 5 minuten
- Percentage kinderen dat vanaf de geboorte borstvoeding krijgt

Kwaliteit van de tweede- en derdelijnsverloskunde

- Wijze van bevallen:
  - Percentage spontane bevallingen in de 'NTSV-groep'
  - Percentage inleidingen in de 'NTSV-groep'
  - Percentage kunstverlossingen in de 'NTSV-groep'
  - Percentage ongeplande keizersneden in de 'NTSV-groep'
  - Percentage geplande keizersneden in de 'NTSV-groep'
- Percentage vrouwen dat spontaan bevallen is met een episiotomie
- Percentage episiotomieën bij een kunstverlossing
- Percentage rupturen na vaginale bevalling mét instrument
- Percentage rupturen na vaginale bevalling zónder instrument

Kwaliteit van de kraamzorg

- Percentage vrouwen met meestal of altijd goede ervaring met kraamzorg

Kwaliteit van de ketenzorg

- Promillage foetale sterfte
- Promillage zuigelingensterfte
- Percentage bijgewoonde bijeenkomsten van de perinatale audit

- Percentage te vroeg geboren baby's geboren in een ziekenhuis zonder neonatale intensive care unit

Kosten

- Totale uitgaven eerstelijns verloskundige zorg
- Totale uitgaven tweedelijns verloskundige zorg
- Totale uitgaven kraamzorg

Hoofdstuk 3 Gezond blijven

Kwaliteit

- Percentage personen uit de doelgroep dat deelneemt aan een georganiseerd bevolkingsonderzoek
- Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening dat is opgespoord in het programma 'neonatale hielprikscreening'
- Percentage 2-jarige kinderen dat geen basisvaccinatie heeft gehad en woont in een gemeente met een te lage vaccinatiegraad (onder de kritische grens voor groepsimmuniteit)
- Jaarlijks aantal nieuwe gevallen van bacteriële meningitis
- Percentage mensen dat behoort tot een doelgroep van het Nationaal Programma Grieppreventie dat is gevaccineerd tegen de griep
- Percentage rokers met een consult bij de huisarts dat een stopadvies van de huisarts heeft gekregen
- Percentage mensen dat contact heeft gehad met een jeugdarts op een consultatiebureau en goede ervaringen had met de uitleg, beschikbare tijd en mogelijkheid tot vragen stellen

Kosten

- Percentage van de zorguitgaven dat besteed wordt aan preventie
- Percentage van de zorguitgaven dat per inwoner besteed wordt aan preventie

Hoofdstuk 4 Acute zorg

Toegankelijkheid

- Percentage mensen dat binnen 15 minuten rijtijd van de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats woont
- Percentage mensen dat binnen 45 minuten met de ambulance naar de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpdienst vervoerd kan worden
- Percentage mensen dat met de auto langer dan 30 minuten moet reizen naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost
- Percentage mensen dat overdag binnen 30 minuten bereikt kan worden door een mobiel medisch team

Kwaliteit

- Percentage spoedeisende ambulanceritten dat binnen de norm van 15 minuten ter plaatse is
- Percentage huisartspraktijken dat voldoet aan de veldnorm van 30 seconden voor telefonische spoedoproepen
- Percentage spoedoproepen bij huisartsenposten dat binnen de veldnorm van 30 seconden wordt beantwoord
- Percentage patiënten dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acuut myocardinfarct is overleden

- Percentage patiënten dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een beroerte is overleden
- Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen 24 uur na presentatie is geopereerd
- Mate waarin patiënten goede ervaringen hebben met communicatie en informatie bij de ambulancezorg en op de spoedeisende hulpdienst

Kosten

- Kosten van acute zorg (ambulancezorg, huisartsenposten, spoedeisende hulpdiensten, traumacentra)
- Landelijke verschillen in consulttarieven van huisartsenposten

Hoofdstuk 5 Beter worden: niet-acute curatieve zorg

Toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid

- Percentage mensen met een zorgverzekering dat ten minste zes maanden hun zorgverzekeringspremie niet heeft betaald
- Percentage zorgconsumenten dat vanwege de kosten afziet van zorg
- Eigen bijdrage in de zorgkosten als percentage van het besteedbare inkomen

Geografische toegankelijkheid

- Percentage mensen dat met de auto langer dan 10 minuten moet reizen naar de dichtstbijzijnde huisartspraktijk of apotheek
- Percentage mensen dat met de auto langer dan 30 minuten moet reizen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis

Tijdigheid

- Percentage huisartspraktijken dat niet binnen twee minuten telefonisch bereikbaar is voor niet-spoedeisende oproepen
- Percentage ziekenhuisafdelingen met wachttijden langer dan de Treeknorm
- Aantal wachtenden op een donororgaan

Kwaliteit

Effectiviteit

- Mate waarin huisartsen conform richtlijnen voorschrijven aan de hand van 20 indicatoren
- Percentage Farmacotherapeutisch Overleg-groepen dat op niveau 3 of 4 functioneert
- Percentage patiënten met een bepaalde vorm van kanker (borstkanker, baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker) dat na 5 jaar nog in leven is, vergeleken met het percentage personen uit de algemene bevolking dat na 5 jaar nog in leven is
- Aantal ziekenhuisopnamen per 100.000 inwoners per jaar voor aandoeningen waarvoor preventie en behandeling primair ambulant plaatsvinden
- Percentage behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg waarbij het behandeleffect met ROM is gemeten
- Percentage kortdurende behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg met een positief behandeleffect
- Percentage patiënten dat problemen heeft ervaren met coördinatie en afstemming van zorg

Patiëntveiligheid

- Percentage patiënten dat tijdens hun opname in het ziekenhuis zorggerelateerde schade opliep

- Percentage patiënten dat een medische, medicatie- of diagnostische fout heeft ervaren
- Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte tijdens ziekenhuisopname
- Percentage patiënten dat een zorginfectie kreeg tijdens hun opname in het ziekenhuis
- Percentage ziekenhuizen dat het minimale aantal vereiste hoog-complexe chirurgische ingrepen uitvoert
- Aantal vrijheidsbeperkende interventies per 1000 opnamen in de geestelijke gezondheidszorg
- Percentage patiënten in behandeling in de geestelijke gezondheidszorg dat zich suïcideert

Vraaggerichtheid

- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zij zorgverlener(s) vragen konden stellen
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) beleefd tegen hen waren
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) dingen op een begrijpelijke manier uitlegden
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) eenduidige informatie gaven
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zij konden meebeslissen over de behandeling
- Mate waarin zorggebruikers aangeven of zorgverlener(s) voldoende tijd voor hen hadden
- Percentage patiënten dat ontslaginformatie heeft ontvangen bij ontslag uit het ziekenhuis
- Percentage cliënten dat gebruik maakt van kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg dat tevreden is over de afstemming en uitvoering van de behandeling

Hoofdstuk 6 Leven met een chronische aandoening of functioneringsprobleem

Toegankelijkheid (en beschikbaarheid)

- Aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg
- Percentage cliënten dat binnen de Treeknormen in zorg wordt genomen
- Percentage cliënten dat binnen een maand na toezegging van de hulp bij het huishouden ook daadwerkelijk huishoudelijke hulp ontvangt
- Percentage mantelzorgers van mensen met dementie bij wie psychosociale en praktische ondersteuning voor henzelf op tijd komt

Kwaliteit

- Aantal meerbedskamers in verzorgings- en verpleeghuizen
- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in zorginstellingen: decubitus, (risico op) ondervoeding, valincidenten en toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen
- Percentage zorgverleners dat tevreden is met de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling
- Percentage zorgverleners dat aangeeft dat de verleende kwaliteit van zorg door de eigen afdeling/team niet goed is
- Percentage zorgverleners dat aangeeft dat er voldoende (gekwalificeerd) personeel is om goede kwaliteit van zorg te leveren
- Percentage cliënten en hun vertegenwoordigers dat nooit of soms goede ervaringen heeft met de ontvangen kwaliteit van zorg in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg: bejegening, communicatie, meebeslissen, vakkundig werken en kwaliteit en sfeer tijdens de maaltijd

- Mate waarin cliënten in de langdurige geestelijke gezondheidszorg goede ervaringen met kwaliteit van zorg hebben
- Mate waarin de kwaliteit van de dementiezorg in Nederland verschilt van die in andere Europese landen
- Mate waarin ervaren zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie veranderen door ondersteuning vanuit de Wmo
- Percentage mantelzorgers dat door het verlenen van zorg participatieproblemen ervaart

Kosten

- Trend in totale AWBZ-uitgaven in Nederland
- Totale AWBZ-uitgaven in 2013 per sector
- Uitgaven voor de langdurige zorg per persoon in Nederland ten opzichte van die in andere OECD-landen
- Eigen bijdragen van cliënten die AWBZ-zorg ontvangen
- Zvw- en AWBZ-uitgaven voor mensen met multimorbiditeit of een handicap
- Gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde per regio
- Gemiddelde Wmo-uitgaven van gemeenten per inwoner
- Aantal PGB-houders en totale uitgaven voor PGB's

Hoofdstuk 7 Zorg rond het levenseinde

Toegankelijkheid

- Aantal voorzieningen voor palliatieve zorg
- Aantal kaderhuisartsen Palliatieve Zorg
- Aantal vrijwilligers dat palliatieve zorg verleent
- Aantal consultvragen bij IKNL consultatieteams Palliatieve Zorg
- Wachttijd voor terminale palliatieve zorg
- Aantal patiënten bij wie palliatieve sedatie werd toegepast volgens de SFK
- Aantal SCEN-artsen
- Aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding
- Percentage sterfgevallen ten gevolge van intensivering van pijn- of symptoombestrijding
- Percentage sterfgevallen ten gevolge van afzien van levensverlengende behandeling

Kwaliteit

- Percentage patiënten dat is overleden op de plaats van voorkeur volgens nabestaanden
- Mate waarin directe naasten zich goed bejegend voelden door zorgverleners
- Mate waarin zorgverleners het levenseinde met de patiënten en nabestaanden bespraken en nazorg
- Mate waarin nabestaanden zich gesteund voelden na het overlijden van patiënten
- Mate waarin nabestaanden gelegenheid hadden om alleen te zijn met hun naaste
- Aantal high-care hospices met een kwaliteitskeurmerk
- Percentage behandelprotocollen voor palliatieve sedatie in ziekenhuizen dat overeenstemt met de KNMG richtlijn
- Percentage gevallen van continue diepe sedatie met alleen morfine
- Percentage gevallen van continue diepe sedatie waarbij kunstmatig vocht of voeding toegediend wordt

- Percentage patiënten en familieleden dat betrokken is bij de besluitvorming rond palliatieve sedatie
- Percentage gevallen van euthanasie met morfine of benzodiazepinen
- Percentage meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat volgens de regionale toetsingscommissies euthanasie niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen
- De gemiddelde periode tussen het indienen van een melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding en de toetsing van de melding door de regionale toetsingscommissies euthanasie

Kosten

- Uitgaven aan palliatieve zorg

Hoofdstuk 8 Zorguitgaven en doelmatigheid

Zorguitgaven

- Totale uitgaven aan de gezondheidszorg op macroniveau en per sector
- Determinanten van de groei in zorguitgaven in termen van prijs en volume
- Totale uitgaven aan de gezondheidszorg internationaal volgens System of Health Accounts
- Percentage van het bruto binnenlands product dat wordt besteed aan gezondheidszorg
- Percentage van de totale collectieve uitgaven dat wordt besteed aan gezondheidszorg
- Collectieve zorguitgaven per werkende internationaal volgens System of Health Accounts

Doelmatigheid

- Zorguitgaven ten opzichte van de levensverwachting in Nederland en internationaal
- Zorguitgaven ten opzichte van vermijdbare sterfte in Nederland en internationaal
- Administratieve lasten in de gezondheidszorg in Nederland en internationaal
- Productiviteit van de ziekenhuiszorg
- Gemiddelde ligduur in ziekenhuizen in Nederland en internationaal
- Doelmatigheid in het voorschrijven en gebruik van extramurale geneesmiddelen
- Productiviteit in de geestelijke gezondheidszorg
- Productiviteit in de verpleging verzorging en thuiszorg
- Variatie in zorggebruik tussen landen
- Substitutie van zorg en vermijden van onnodige dure zorg

Hoofdstuk 9 Zorg en gezondheid

- Levensverwachting en gezonde levensverwachting bij geboorte
- Sterfte aan ziektes die binnen de huidige stand van de zorg en de wetenschap behandeld kunnen worden
- Totale sterfte aan ischemische hartziekten, kankers en zuigelingensterfte
- Relatie tussen zorguitgaven en levensverwachting
- Kwaliteitsindicatoren met gezondheidsuitkomsten samengevat

Hoofdstuk 10 Gelijke zorg bij gelijke behoefte

Verschillen in zorggebruik tussen groepen

- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden
- Percentage van de bevolking dat afziet van periodieke tandartscontrole vanwege de kosten
- Etnische verschillen in toegang tot de geestelijke gezondheidszorg

Verschillen in patiëntgerichtheid tussen groepen

- Verschil in ervaren patiëntgerichte zorg tussen laag- en hoogopgeleiden

Verschillen in financiële toegankelijkheid tussen groepen

- Verschil in eigen bijdrage voor zorgkosten als percentage van het besteedbare inkomen tussen inkomensgroepen
- Percentage chronisch zieken en gehandicapten dat extra uitgaven heeft vanwege hun gezondheid

Toegankelijkheid voor kwetsbare groepen

- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor dak- en thuislozen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus

Bijlage 3

De CQ-index

De afkorting CQI of CQ-index staat voor Consumer Quality Index. Dit is een gestandaardiseerde methodiek om patiëntervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. De methodiek is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. Meestal wordt aan patiënten en cliënten een schriftelijke vragenlijst voorgelegd. Daarnaast wordt gewerkt met online vragenlijsten en met interviews. De gestandaardiseerde werkwijze voor de CQ-index, in combinatie met het gegeven dat enkele vragen in veel verschillende CQ-index vragenlijsten voorkomen, maken de huidige samenstelling van CQ-indicatoren voor de Zorgbalans mogelijk.
In de Zorgbalans zijn er twee typen grafieken met CQI data: staafdiagrammen en spreidingsgrafieken. De staafdiagrammen tonen rechte tellingen per patiëntengroep van de gegeven antwoorden op een bepaalde vraag. Antwoorden als 'weet ik niet', 'niet van toepassing' en dergelijke zijn hierbij niet meegenomen. De spreidingsgrafieken hebben een ander doel en herbergen statistische bewerkingen.
De spreidingsgrafieken geven weer in hoeverre de antwoorden van patiënten verschillen tussen zorgaanbieders. Hiertoe zijn lineaire multi-level regressieanalyses uitgevoerd met twee niveaus: patiënt en zorgaanbieder. De standaard deviatie op het niveau van zorgaanbieders uit het model is – tezamen met de constante (het gemiddelde over alle zorgaanbieders) – gebruikt om de range te berekenen waarin 95% van de scores van aanbieders wordt verwacht. Deze range is berekend als de constante ± 2 standaard deviaties. Het was eenvoudiger geweest om 2,5^{e} en het 97,5^{e} percentiel te nemen, maar aangezien die gevoelig zijn voor uitbijters is hier niet voor gekozen. De afhankelijke variabele was steeds het antwoord op de vraag, veelal in vier antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal en altijd. Onafhankelijke variabelen (bijvoorbeeld kenmerken van de patiënten) zijn niet meegenomen omdat deze analyses niet waren gericht op de vraag of de ene aanbieder beter is dan de andere, maar op de vraag hoe groot de spreiding tussen aanbieders is bij een patiëntengroep. Bij bijvoorbeeld de vraag naar beleefde behandeling bij een heup- of knieoperatie is dus geen rekening gehouden met het feit dat sommige ziekenhuizen relatief vaker heupoperaties doen bij oudere patiënten met artrose en andere ziekenhuizen vaker bij jonge polytraumapatiënt na een ernstig auto-ongeluk.
In *tabel Bijlage 3.1* is een overzicht opgenomen van alle rapporten die betrekking hebben op dataverzamelingen met CQ-index vragenlijsten waarvan data in de Zorgbalans zijn opgenomen. Informatie over steekproeftrekking, respons, de gebruikte vragenlijst etc. is doorgaans in deze rapporten te vinden. In de linker kolom staat de patiëntengroep en het jaartal waarin het rapport is gepubliceerd. Dit correspondeert met de wijze waarop patiëntengroepen zijn aangeduid in de figuren in de Zorgbalans. De overige informatie betreft de publicatiegegevens van het rapport (dat in vrijwel alle gevallen ook openbaar is), het aantal

respondenten en – indien van toepassing - het aantal deelnemende instellingen voor die dataverzameling. Voor meer informatie over de CQI methodiek verwijzen we naar: https://www.cvz.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/cq-index. Voor de bewerking van CQI gegevens voor de Zorgbalans werkt het RIVM nauw samen met het NIVEL, een onderzoeksinstituut dat nauw betrokken is geweest bij de totstandkoming van de CQ-index en vele CQ-index vragenlijsten heeft ontwikkeld (zie: http://www.nivel.nl/cqindex/).

Tabel Bijlage 3.1: Overzicht van alle rapporten die betrekking hebben op dataverzamelingen met CQ-index vragenlijsten waarvan data in de Zorgbalans zijn opgenomen.

Patiëntengroep	Publicatie	N patiënten	N instellingen
Ambulancezorg (2010)	H. Sixma, E. Bloemendal, I. van Wagtendonk & J. Rademakers (2010). CQ-index Ambulancezorg: Ontwikkeling en psychometrische test. Utrecht: NIVEL.	348	-
Ambulancezorg (2013)	M. Krol, H. Sixma & AM. Plass (2013). CQI Spoedeisende Ambulancezorg: Actualisatie en bepaling van het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	1.628	16
Astma (2008)	E. Bloemendal, A.H.M. Triemstra & J.J.D.J.M. Rademakers (2008). CQ-index Astma: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	421	-
Audiologische centra (2013)	J. Booij, M. Hendriks, L. van der Hoek, A.M.C. Plass & J. Rademakers (2013). CQ-index Audiologische centra: Meetinstrumentontwikkeling, psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	1.695	-
Bewoners VV (2010)	J Booij, D. de Boer, L. van der Hoek & D. Delnoij (2010). Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T 2010. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.	13.538	510
Bewoners VV (2013)	D. de Boer, M. Krol, L. van der Hoek & AM. Plass (in voorbereiding). Ontwikkeling van een versnelling van de casemixcorrectie in de VV&T. Utrecht: NIVEL.	7.487	282

Patiëntengroep	Publicatie	N patiënten	N instellingen
Borstafwijking goedaardig (2007)	O.C. Damman, M. Hendriks, A.H.M. Triemstra & H.J. Sixma (2007). CQ-index Mammacare: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	629	-
Borstafwijking kwaadaardig (2007)	O.C. Damman, M. Hendriks, A.H.M. Triemstra & H.J. Sixma (2007). CQ-index Mammacare: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	629	-
Borstafwijking kwaadaardig (2008)	L. Koopman & J. Rademakers (2008). CQ-index Mammacare: onderzoek naar het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	2139	-
Cerebrovasculair accident (2011)	W. den Brok, M. Triemstra & J. Rademakers (2011). CQ-index CVA: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	2323	-
Chronische huidaandoening (2013)	O.D. van Cranenburgh (2013). CQ-Index Chronische Huidaandoening: meetinstrumentontwikkeling. Huidpatiënten Nederland: NIVEL.	1.160	20
Chronische pijn (2013)	M. Krol, D. de Boer, AM. Plass & J. Rademakers (2013). CQ-index module Pijn: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	886	-
Consultatiebureau (2009)	M. Reitsma-van Rooijen, O.C. Damman, H.J. Sixma, P. Spreeuwenberg & J. Rademakers (2009). CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	1.985	13
Diabetes (2009)	Miletus (2009). Beleidsrapportage CQI Diabetes 2009. Zeist: Stichting Miletus.	4530	30
Farmacie (2007)	M. Vervloet, C.P. van Linschoten & L. van Dijk (2007). CQ-index Farmaceutische Zorg: kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL.	1.295	-
Farmacie (2009)	M. van Greuningen, M. Vervloet, L. van der Hoek & L. van Dijk (2009). Het discriminerend vermogen van de CQ-index Farmaceutische zorg. Utrecht: NIVEL.	2.976	68

Patiëntengroep	Publicatie	N patiënten	N instellingen
Fysiotherapie (2009)	D. de Boer, C. Veenhof & D. Delnoij (2009). CQ-index Fysiotherapie, versie 2.3: Psychometrische eigenschappen en discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	1.644	24
Hartfalen (2010)	T. Oosterhuis, M, Triemstra & J. Rademakers (2010). CQ-index Hartfalen: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	397	-
Heup- of knieoperatie (2009)	Stichting Miletus (2009). Beleidsrapportage CQI Heup- of Knieoperatie. Zeist: Stichting Miletus.	5.163	72
Heup- of knieoperatie (2010)	Stichting Miletus (2010). Beleidsrapportage CQI HeupKnie 2010. Zeist: Stichting Miletus.	6.246	78
Huisartsenzorg (2008)	L.E. Meuwissen & D.H. de Bakker (2008). CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	5.539	32
Hulp bij het huishouden (2012)	M. Krol, D. de Boer, J.C. Booij, J. Rademakers & D.M.J. Delnoij (2012). Ervaringen van cliënten met de Hulp bij het Huishouden. Utrecht: NIVEL.	27.159	355
Kankerzorg (2013)	J. C. Booij, M. Zegers, M. P. J. Evers, M. Hendriks, D. M. J. Delnoij & J. J. D. J. M. Rademakers (2013). Improving cancer patient care: development of a generic cancer Consumer Quality Index questionnaire for cancer patients. BMC Cancer.	732	-
Kortdurende ambulante GGZ (2010)	J.C. Booij, N.C. Zwijnenberg, L. Koopman, L.S. van der Hoek, D. de Boer, M. Hendriks & D. Delnoij (2010). Landelijke meting CQ-index kortdurende ambulante GGZ 2009. Utrecht: Nivel.	1.426	17
Kraamzorg (2010)	I. van Wagtendonk, L. van der Hoek & T. Wiegers (2010). Ontwikkeling van een CQ-index voor de kraamzorg. Utrecht: NIVEL.	1.851	20

Patiëntengroep	Publicatie	N patiënten	N instellingen
Palliatieve zorg, nabestaanden (2013)	N.J.H. Raijmakers, J.M. Hofstede, E.J.M. de Nijs, L. Deliens & A.L. Francke (2014). The effect and process evaluations of the national quality improvement programme for palliative care: the study protocol (voorlopige data). BMC Palliative Care.	285	-
Reumatoïde artritis (2007)	M. Zuidgeest, M. Hendriks, A.H.M. Triemstra & H.J. Sixma (2007). CQ-index Reumatoïde Artritis: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	407	-
Reumatoïde artritis (2008)	L. Koopman & J. Rademakers (2008). CQ-index Reumatoïde Artritis: onderzoek naar het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	2.757	20
Revalidatie (2010)	M. Zuidgeest, P.M. Reitsma-van Rooijen, H.J. Sixma, L. van der Hoek & J.J.D.J.M. Rademakers (2010). CQ-index Revalidatie-centra: meetinstrumentontwikkeling en bepaling van het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	1.959	23
Rughernia (2009)	L. Koopman, E. Bloemendal & J. Rademakers (2009). CQ-index Rughernia: onderzoek naar het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	1.521	20
Spataderen (2009)	L. Koopman & J. Rademakers (2009). CQ-index Spataderen: onderzoek naar het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.	2.391	20
Spierziekten revalidatiezorg (2012)	J. Nijman, T. Sibma, J. Rademakers & D. Delnoij (2012). CQ-index Spierziekten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	197	-
Spierziekten ziekenhuis (2012)	J. Nijman, T. Sibma, J. Rademakers & D. Delnoij (2012). CQ-index Spierziekten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	386	-

Patiëntengroep	Publicatie	N patiënten	N instellingen
Spoedeisende hulp (2013)	N. Bos & H.F. van Stel (2013). Consumer Quality Index Spoedeisende hulpafdeling (CQI SEH). Utrecht: Julius centrum, UMCU.	2.441	22
Staaroperatie (2008)	Stichting Miletus (2008). Beleidsrapportage CQI Cataract. Zeist: Stichting Miletus.	11.868	85
Staaroperatie (2010)	Stichting Miletus (2010). Beleidsrapportage CQI Cataract 2010. Zeist: Stichting Miletus.	18.739	100
Thuiszorg (2010)	J Booij, D. de Boer, L. van der Hoek & D. Delnoij (2010). Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T 2010. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.	4.973	187
Thuiszorg (2013)	D. de Boer, M. Krol, L. van der Hoek & AM. Plass (in voorbereiding). Ontwikkeling van een versnelling van de casemixcorrectie in de VV&T. Utrecht: NIVEL.	5.101	135
Vertegenwoordigers VV (2010)	J Booij, D. de Boer, L. van der Hoek & D. Delnoij (2010). Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T 2010. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.	9.599	338
Vertegenwoordigers VV (2013)	D. de Boer, M. Krol, L. van der Hoek & AM. Plass (in voorbereiding). Ontwikkeling van een versnelling van de casemixcorrectie in de VV&T. Utrecht: NIVEL.	6.066	225
Ziekenhuiszorg (2009)	H. Sixma, P. Spreeuwenberg, M. Zuidgeest & J. Rademakers (2009). CQ-index Ziekenhuis-opname: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.	22.380	78

Bijlage 4

Afkortingen

AAA	aneurysma van de aorta abdominalis
ACE-remmer	Angiotensine Converting Enzyme remmer
ACM	Autoriteit Consument & Markt
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMI	acuut myocardinfarct
ARB	angiotensine-II-receptor blokker (of antagonist)
ASA	American society of anaesthesiologists
Awbz	Algemene wet bijzondere ziektekosten
AZN	Ambulancezorg Nederland
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratie
bbp	bruto binnenlands product
BI	betrouwbaarheidsinterval
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMR	bof, mazelen, rodehond
CBO	CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHBB	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
CLINT	Cliëntinterview Instrument
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
CMWF	Commonwealth Fund
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
CPB	Centraal Planbureau
CPZ	College Perinatale Zorg
CQ-index	Consumer Quality Index
CVRM	cardiovasculair risicomanagement
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	diagnose behandeling combinatie
DDD	defined daily dose
DGV	DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
DHD	Dutch Hospital Data
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
DIS	DBC-informatiesysteem

DKTP	difterie, kinkhoest, tetanus, polio
DOT	DBC's Op weg naar Transparantie
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EMGO	Extramuraal geneeskundig onderzoek
EPA	ernstige psychiatrische aandoening
EPB	eerste polikliniekbezoeken
EU	Europese Unie
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
EUR/iMTA	EUR/Institute for Medical Technology Assessment
EUR/MGZ	EUR/Maatschappelijke GezondheidsZorg
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie Personen
GCA	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GEZ	geïntegreerde eerstelijnszorgproducten
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
gGGZ	geneeskundige geestelijke gezondheidszorg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GR	Gezondheidsraad
GVS	geneesmiddelenvergoedingssysteem
HDS	huisartsendienstenstructuur
HFA	Health for All
HIV	human immunodeficiency virus
HPV	humaan papilloma virus
HSMR	Hospital Standardised Mortality Rate
HVZ	hart- en vaatziekten
ICD	International Classification of Diseases
ICS	Inhalatiecorticosteroïden
ICSS	International Cancer Survival Standard
ICT	informatie en communicatie technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
IOM	Institute of Medicine
IVF	in vitro fertilisatie
JGZ	jeugdgezondheidszorg
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
LDL	low density lipoprotein
LEBA	Landelijke Evaluatie Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker
LETB	Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (NIVEL)
LMR	Landelijke Medische Registratie

LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
M&I	Modernisering & Innovatie
mbi	macrobeheersingsinstrument
MenC	Meningokokken C
MMT	Mobiel Medisch Team
NAN	Nederlandse Apotheek Norm
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NICU	neonatale intensive care unit
NIVEL	NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPCF	Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie
NPP	Nationaal Preventie Programma
NSAID	niet-steroïde anti-inflammatoire drugs
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NTSV	nulliparous term singleton vertex
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCR	oesophaguscardia resectie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Orde van Medisch Specialisten
OTO	opleiding, training en oefenen
PAN	Stichting Perinatale Audit Nederland
PGB	persoonsgebonden budget
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie (CBS)
powi	postoperatieve wondinfectie
PPI	proton pump inhibitors (protonpompremmers)
PPP	Purchasing Power Parities
PREZIES	PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance
PRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland
PROM	Patient Reported Outcome Measure
PSIE	prenatale screening infectieziekten en erytrocytenimmunisatie
RAS-remmers	renine-angiotensinesysteem-remmers
RCP	Regionale Coördinatie Programma
RIBW	Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROM	Routine Outcome Monitoring
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

SBG	Stichting Benchmark GGZ
SCEN	Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEH	spoedeisende hulpdienst
SEO	Structureel Echoscopisch Onderzoek
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHA	System of Health Accounts (OECD)
SONCOS	Stichting Oncologische Samenwerking
SSRI	Selective serotonin reuptake (heropname) inhibitor (remmer)
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
SWAB	Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg
UMC	Universitair Medisch Centrum
V&V	verpleging en verzorging
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VMS	veiligheidsmanagementsysteem
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VPTZ	Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland
VSV	verloskundige samenwerkingsverbanden
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VV&T	verpleging, verzorging en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wgp	Wet geneesmiddelenprijzen
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wob	Wet openbaarheid van bestuur
Wtcg	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
Wtl	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wzt	Wet op de zorgtoeslag
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
ZbTK	Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit
ZIN	zorg in natura
ZiZo	Zichtbare Zorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZR	Zorgrekeningen
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

M.J. van den Berg | D. de Boer | R. Gijsen | R. Heijink | L.C.M. Limburg | S.L.N. Zwakhals

RIVM Rapport 2014-0038

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland is goed. Zorgvoorzieningen kunnen doorgaans snel worden bereikt en de meeste wachttijden zijn korter geworden. Wel is de financiële toegankelijkheid voor sommige groepen afgenomen.
Op veel kwaliteitsindicatoren scoort Nederland, vergeleken met andere westerse landen boven gemiddeld. Wel zijn er bij veel vormen van zorg opmerkelijke verschillen tussen aanbieders of instellingen.
De zorguitgaven vertonen na 2011 een opvallende trendbreuk. De uitgaven stegen tussen 2000 en 2013 gemiddeld met 5,5 procent per jaar, maar deze stijging vlakte de laatste drie jaar af. Binnen Europa hoort Nederland nog altijd tot de landen met de hoogste zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product.
De Zorgbalans beschrijft de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van 140 indicatoren.
www.gezondheidszorgbalans.nl

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

september 2014

De zorg voor morgen
begint vandaag

007151