European Commission



State of Health in the EU

Nederland

Landenprofiel Gezondheid 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

De landenprofielreeks

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

De profielen worden gezamenlijk opgesteld door de OESO en door het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie. Het team dankt het Health Systems and Policy Monitor network, het Gezondheidscomité van de OESO en de deskundigengroep inzake de prestatiebeoordeling van gezondheidszorgstelsels (HSPA) van de EU voor hun waardevolle opmerkingen en suggesties.

Inhoudsopgave

1. HOOFDPUNTEN 3
2. GEZONDHEID IN NEDERLAND 4
3. RISICOFACTOREN 7
4. HET ZORGSTELSEL 8
5. PRESTATIES VAN HET ZORGSTELSEL 11
5.1 Doeltreffendheid 11
5.2 Toegankelijkheid 14
5.3 Aanpassingsvermogen 17
6. BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN 22

Gegevens- en informatiebronnen

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

De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 27 lidstaten, tenzij anders is vermeld. In deze EU-gemiddelden zijn IJsland en Noorwegen niet meegenomen.

Dit profiel is in september 2021 voltooid op basis van de gegevens die eind augustus 2021 beschikbaar waren.

Demografische en sociaaleconomische context in Nederland, 2020

Demografische factoren	Nederland	EU
Bevolkingsgrootte	17 407 585	447 319 916
Aandeel van de bevolking ouder dan 65 (%)	19,5	20,6
Vruchtbaarheidscijfer[1] (2019)	1,6	1,5
Sociaaleconomische factoren		
Bbp per hoofd van de bevolking (EUR KKP[2])	39 641	29 801
Relatieve armoede[3] (%, 2019)	13,2	16,5
Werkloosheidspercentage (%)	3,8	7,1

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

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

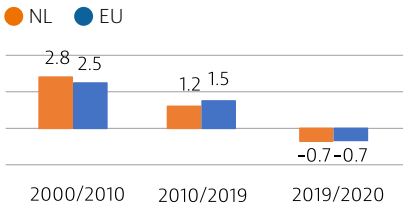
Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden.

Er zijn aanvullende disclaimers voor de WHO van toepassing.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Hoofdpunten

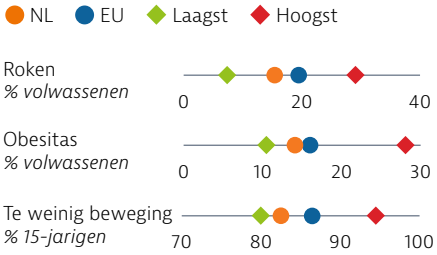
Drie regelingen bieden aan nagenoeg de hele Nederlandse bevolking een uitgebreide dekking op het gebied van gezondheidszorg. Deze regelingen omvatten een concurrerend sociaal verzekeringsstelsel voor curatieve zorg, een volksverzekering voor langdurige zorg en gemeentelijke stelsels voor sociale zorg. Net als de rest van Europa stond Nederland tijdens de COVID-19-pandemie onder grote druk, waardoor in 2020 de levensverwachting tijdelijk daalde. Deze ongekende druk als gevolg van COVID-19 vormde een duidelijke uitdaging op alle niveaus van de Nederlandse gezondheidszorg.



Stijging van de levensverwachting, jaars

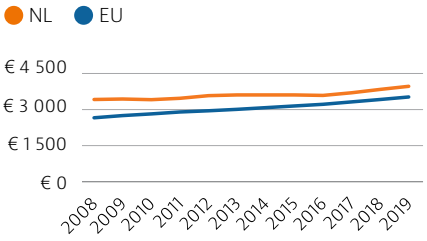
Gezondheidstoestand

De levensverwachting in Nederland ligt ongeveer één jaar hoger dan het EU-gemiddelde, maar stijgt de laatste tien jaar langzamer. Als gevolg van COVID-19 is de levensverwachting tussen 2019 en 2020 met 0,7 jaar gedaald, net als het EU-gemiddelde. Longkanker, beroerten en ischemische hartziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaken in 2019. In 2020 werd 1 op de 15 sterfgevallen toegeschreven aan COVID-19.



Risicofactoren

Gedragsgerelateerde risicofactoren zorgen in Nederland voor minder sterfgevallen dan het EU-gemiddelde. De cijfers voor overgewicht en obesitas liggen onder de EU-gemiddelden. Een op de vijf sterfgevallen in 2019 was echter het gevolg van tabaksgebruik — een groter aandeel dan in de EU — en obesitas onder volwassenen neemt de laatste twintig jaar toe. Nederlandse volwassenen en adolescenten doen meer aan lichaamsbeweging dan hun leeftijdsgenoten in de meeste andere EU-landen.



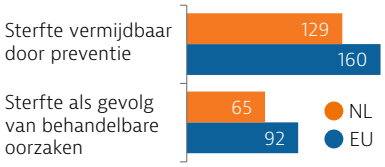
Uitgaven per hoofd van de bevolking (EUR PPP)

Het zorgstelsel

Nederland geeft per hoofd van de bevolking meer uit (3 967 EUR) aan gezondheid dan het EU-gemiddelde (3 523 EUR). Een aanzienlijk deel daarvan gaat naar langdurige zorg. De uitgaven voor extramurale geneesmiddelen en medische hulpmiddelen worden laag gehouden, onder meer door een volume- en prijsbeheersingsbeleid en door goede processen voor de evaluatie van gezondheidstechnologie. Een groot deel van de uitgaven voor gezondheidszorg wordt door publieke middelen gedekt, waardoor de eigen bijdrage voor de gezondheidszorg onder het EU-gemiddelde ligt.

Doeltreffendheid

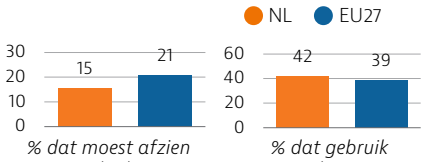
Nederland heeft een van de laagste cijfers in de EU wat sterfte als gevolg van vermijdbare en behandelbare oorzaken betreft. Longkanker is de voornaamste oorzaak van sterfgevallen die door preventie kunnen worden vermeden, terwijl 40 % van de sterfte als gevolg van behandelbare oorzaken kan worden toegeschreven aan darmkanker en borstkanker. De sterftecijfers als gevolg van ischemische hartziekte, beroerten en longontsteking behoren tot de laagste in de EU.



Gestandaardiseerd sterftecijfer per 100 000 inwoners, 2018

Toegankelijkheid

De Nederlandse bevolking rapporteerde van oudsher een laag percentage onvervulde behoeften aan medische behandeling, maar dit is veranderd tijdens de COVID-19-pandemie, toen veel niet-spoedeisende diensten werden geannuleerd of uitgesteld. Er zijn aanwijzingen dat 15 % van de bevolking in de eerste 12 maanden van de pandemie van zorg moest afzien. Er werd gebruik gemaakt van teleconsulten om toegang tot diensten toch mogelijk te maken.

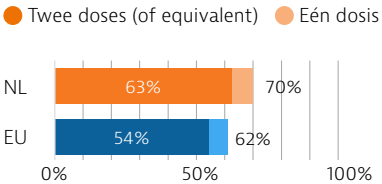


% dat moest afzien van medische zorg tijdens de eerste 12 maanden van de pandemie

% dat gebruik maakte van teleconsult tijdens de eerste 12 maanden van de pandemie

Aanpassingsvermogen

De respons van het gezondheids-systeem op COVID-19 stuitte op problemen, waaronder fragmentatie in testen, bron- en contactonderzoek en vaccineren. Na een langzame start kwam de vaccinatiecampagne in een stroomversnelling en had 63 % van de bevolking eind augustus 2021 twee doses (of equivalent) ontvangen.



Aandeel van de totale tegen COVID-19 gevaccineerde bevolking (stand eind augustus 2021)

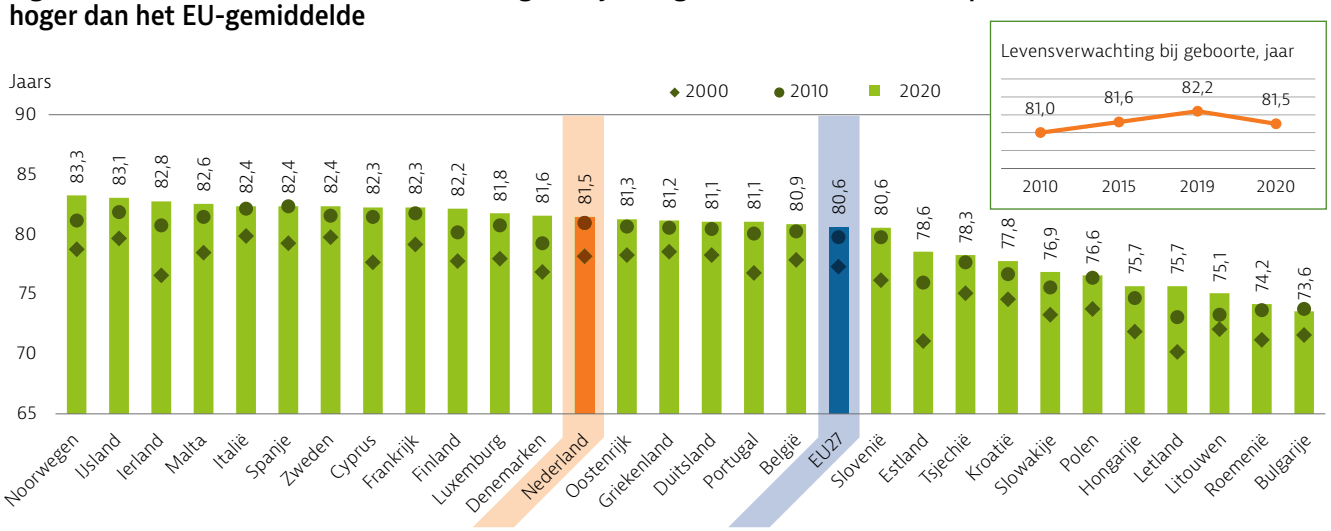
2 Gezondheid in Nederland

De levensverwachting daalde in 2020 tijdelijk met 0,7 jaar tijdens de COVID-19-pandemie

In 2020 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte voor de Nederlandse bevolking 81,5 jaar, bijna een jaar boven het gemiddelde van de EU als geheel (80,6 jaar), maar nagenoeg twee jaar onder dat van de best presterende landen (figuur 1). Mannen in Nederland leven bijna twee jaar langer dan het EU-gemiddelde, terwijl Nederlandse vrouwen bijna vijf maanden korter leven. Deze relatief slechte score voor vrouwen is het resultaat van het hoge tabaksgebruik in vorige generaties (zie punt 3), dat tot een toename van het aantal vrouwen met longkanker heeft geleid.

De afgelopen twintig jaar is de levensverwachting aanzienlijk gestegen, maar tussen 2010 en 2019 nam de levensverwachting van vrouwen slechts met 0,7 jaar toe en die van mannen met 1,7 jaar. Deze vertraging is niet alleen in Nederland te zien. Als gevolg van de COVID-19-pandemie is de totale levensverwachting tijdelijk gedaald van 82,2 jaar in 2019 tot 81,5 jaar in 2020, wat neerkomt op een daling van bijna 8,5 maanden.

Figuur 1. De Nederlandse levensverwachting is 1,3 jaar lager dan die van het best presterende EU-land, maar is hoger dan het EU-gemiddelde



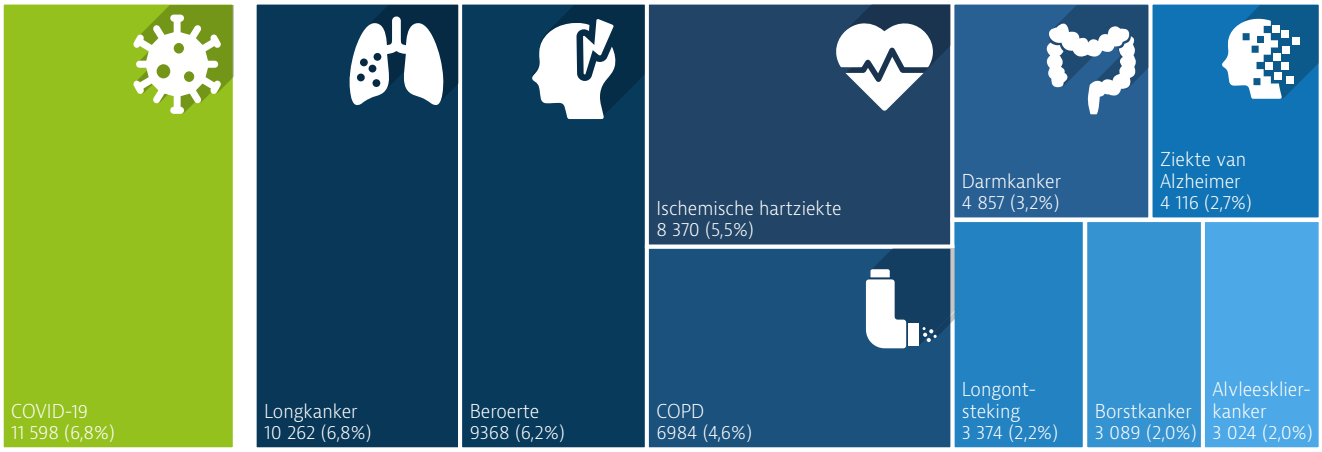
Opmerking: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde. De gegevens voor Ierland hebben betrekking op 2019.
Bron: Eurostat-databank.

COVID-19 was in 2020 verantwoordelijk voor een groot aantal sterfgevallen in Nederland

In 2019 waren de voornaamste doodsoorzaken in Nederland longkanker, beroerte en ischemische hartziekte (figuur 2). De sterfgevallen als gevolg van longkanker en chronische obstructieve longziekte (COPD) blijven, ondanks enige dalingen in de loop der jaren, tot de hoogste in de EU behoren. Sterftecijfers als gevolg van beroerten en ischemische hartziekten behoren tot de laagste in de EU (zie punt 5.1).

In 2020 was COVID-19 verantwoordelijk voor ongeveer 11 600 sterfgevallen in Nederland — bijna 7 % van alle sterfgevallen — terwijl eind augustus 2021 nog eens 6 400 sterfgevallen werden toegeschreven aan COVID-19. Het merendeel van de sterfgevallen betrof mensen van 60 jaar en ouder. Over het geheel genomen lag het sterftecijfer als gevolg van COVID-19 eind augustus 2021 in Nederland ongeveer 35 % lager dan het gemiddelde van de EU-landen (ongeveer 1 035 per miljoen inwoners tegenover een EU-gemiddelde van circa 1 590). De bredere indicator van oversterfte wijst er echter op dat het directe en indirecte dodental in verband met COVID-19 in 2020 wellicht hoger lag (kader 1).

Figuur 2. Longkanker, beroerten en ischemische hartziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland



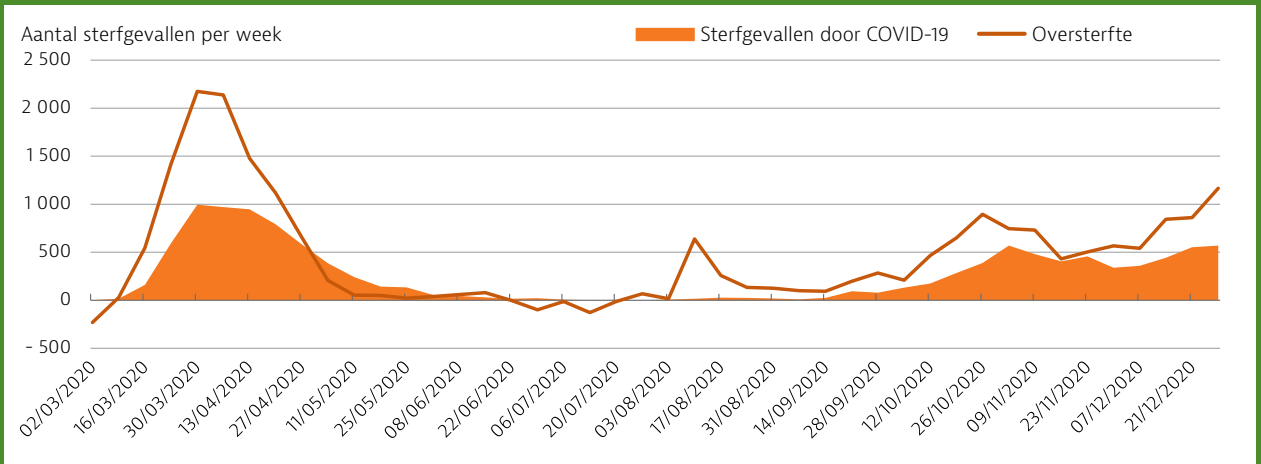
Opmerking: het aantal en het aandeel van sterfgevallen door COVID-19 hebben betrekking op 2020, terwijl het aantal en het aandeel van andere oorzaken betrekking hebben op 2019. De grootte van het kader van COVID-19 staat in verhouding tot de grootte van de andere belangrijke doodsoorzaken uit 2019.
Bronnen: Eurostat (voor doodsoorzaken in 2019); ECDC (voor sterfgevallen door COVID-19 in 2020, tot en met week 53).

Kader 1. In Nederland is er in 2020 sprake van lacunes tussen sterfgevallen ten gevolge van COVID-19 en oversterfte

Net als in veel andere landen is in Nederland het werkelijke aantal sterfgevallen als gevolg van COVID-19 waarschijnlijk hoger dan het aantal gemelde sterfgevallen, met name omdat er geen verplichting bestaat om COVID-19 als doodsoorzaak op te geven totdat deze blijkt uit de overlijdensakten, die pas enkele maanden later beschikbaar zijn. In het aantal gemelde sterfgevallen door COVID-19 wordt daarnaast geen rekening gehouden met de mogelijke toename van de sterfgevallen als gevolg van andere oorzaken die tijdens of na de pandemie kunnen optreden. Deze kunnen bijvoorbeeld te wijten zijn aan een verminderde toegang tot gezondheidsdiensten voor niet-COVID-19-patiënten of aan het feit dat minder mensen zich laten behandelen omdat zij bang zijn om besmet te raken met het virus (indirecte sterfgevallen). De indicator van oversterfte (gedefinieerd als het aantal sterfgevallen door alle oorzaken dat boven de normale verwachting ligt, op grond van basisgegevens van de voorgaande vijf jaar) kan een bredere maatstaf zijn voor de directe en indirecte impact van COVID-19 op sterfte, die niet wordt beïnvloed door kwesties in verband met tests en praktijken in verband met de registratie van doodsoorzaken.

In Nederland waren de trends voor oversterfte en gemelde sterfgevallen door COVID-19 tussen maart en december 2020 over het algemeen consistent, maar waren er in april en vanaf midden oktober 2020 enige toenames te zien in de kloof tussen de twee (figuur 3). Een hittegolf in augustus 2020 was waarschijnlijk de oorzaak van de relatief sterke verhoging van oversterfte op dat moment, die geen verband hield met COVID-19. In totaal waren er tussen maart en december 2020 ongeveer 20 000 gevallen van oversterfte.

Figuur 3. COVID-19 en oversterfte bereikten in het voorjaar 2020 een piek in Nederland



Opmerkingen: de berekening van oversterfte is gebaseerd op het gemiddelde over de voorgaande vijf jaar (2015-2019).
Bronnen: ECDC (voor sterfgevallen door COVID-19); OESO op basis van Eurostat-gegevens (voor oversterfte).

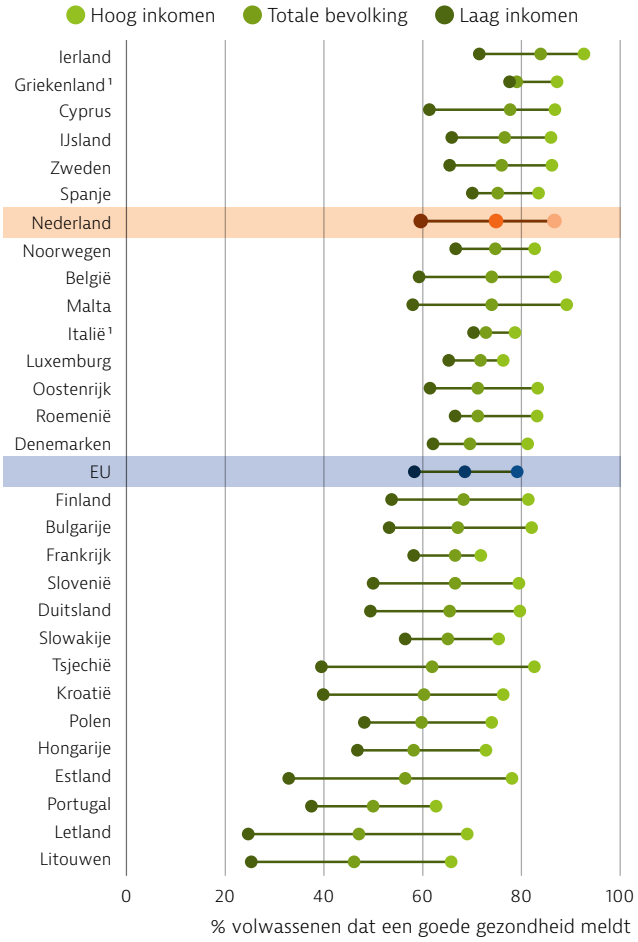
De meeste Nederlanders geven aan gezond te zijn, maar er is sprake van grote verschillen tussen inkomensgroepen

In 2019 gaf ongeveer 75 % van de Nederlanders aan in goede gezondheid te verkeren — een groter percentage dan in de EU als geheel (69 %). Net als in andere landen geven mensen met een lager inkomen echter minder vaak aan gezond te zijn; slechts 60 % van de mensen in het laagste inkomenskwintiel meldde een goede gezondheid, tegenover 87 % van mensen in het hoogste kwintiel (figuur 4).

De door kanker veroorzaakte ziektelast is aanzienlijk in Nederland

Volgens ramingen van het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek werden op basis van de incidentietrends van voorgaande jaren in 2020 in Nederland ongeveer 110 000 nieuwe gevallen van kanker verwacht. Er werden echter minder kankerdiagnoses gesteld dan in voorgaande jaren, waarschijnlijk als gevolg van de onderbreking van de screeningsprogramma's voor kanker in het voorjaar van 2020 tijdens de pandemie. Prostaatkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen, terwijl dit voor vrouwen borstkanker is. Darmkanker en longkanker zijn de op twee na belangrijkste oorzaken van kanker bij beide geslachten (figuur 5). Ondanks de aanzienlijke ziektelast, met meer dan 45 000 sterfgevallen door kanker in 2019, liggen de overlevingspercentages van kanker in Nederland boven het EU-gemiddelde (zie punt 5.1).

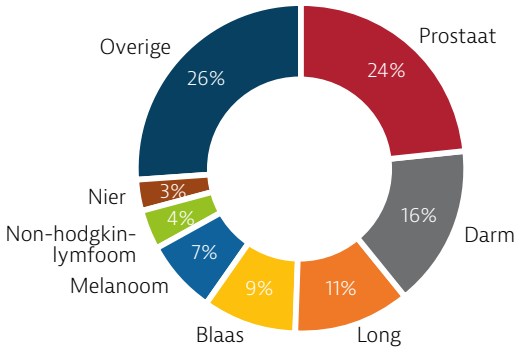
Figuur 4. Ongelijkheden op het gebied van zelfgemelde gezondheid per inkomensniveau zijn relatief groot in Nederland



Opmerking: 1. de aandelen voor de totale bevolking en de bevolking met een laag inkomen zijn ongeveer gelijk.
Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens voor 2019).

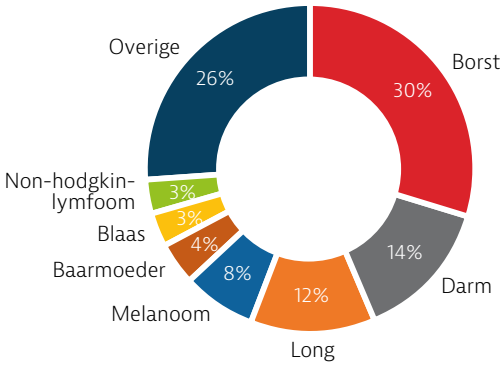
Figuur 5. Het aantal kankerdiagnoses in Nederland in 2020 werd geschat op 110 000

Mannen
61 755 nieuwe gevallen



Gestandaardiseerde cijfers (alle vormen van kanker)
NL: 759 per 100 000 inwoners
EU: 686 per 100 000 inwoners

Vrouwen
52 846 nieuwe gevallen



Gestandaardiseerde cijfers (alle vormen van kanker)
NL: 577 per 100 000 inwoners
EU: 484 per 100 000 inwoners

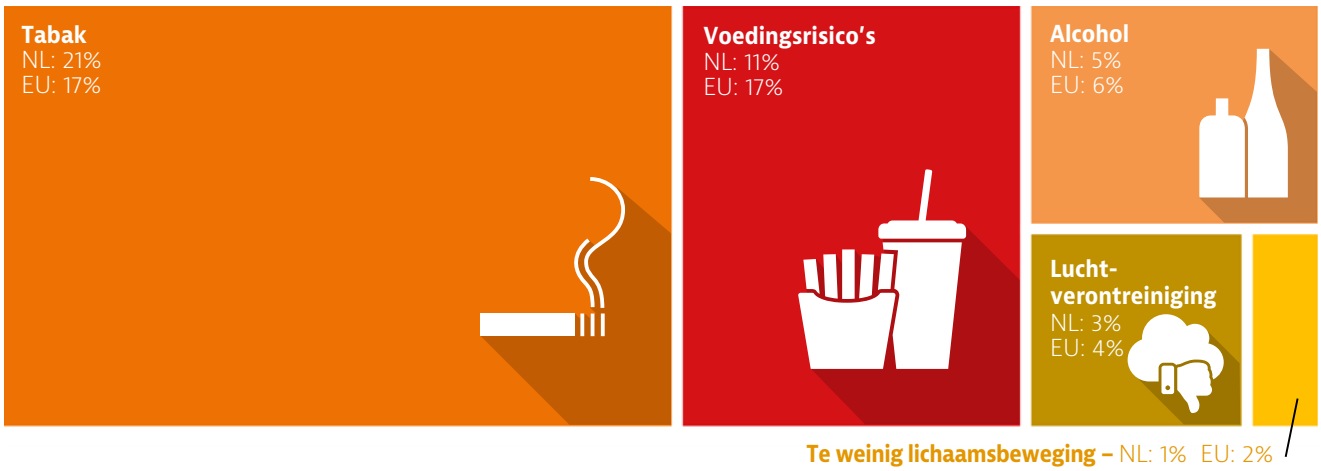
Opmerking: niet-melanoom huidkanker is niet opgenomen. Baarmoederkanker omvat geen baarmoederhalskanker.
Bron: ECIS — Europees informatiesysteem voor kanker

3 Risicofactoren

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

Meer dan een derde (35 %) van alle sterfgevallen in Nederland kan worden toegeschreven aan gedragsgerelateerde risicofactoren, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 39 %. Hiertoe behoren roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging (figuur 6). Een op de vijf sterfgevallen in 2019 kon worden toegeschreven aan roken (actief en passief roken), wat hoger is dan het EU-gemiddelde (21 % tegenover 17 %). Voedingsrisico's zijn de tweede belangrijke risicofactor (waaronder te weinig groenten en fruit en te veel suiker en zout), die verantwoordelijk waren voor zo'n 11 % van de sterfgevallen in 2019, ruim onder het EU-gemiddelde (17 %). Ongeveer 5 % van de sterfgevallen hield verband met alcoholgebruik, wat dicht bij het EU-gemiddelde ligt (6 %). Milieufactoren zoals luchtverontreiniging, in de vorm van blootstelling aan fijne zwevende deeltjes ($PM_{2.5}$) en ozon alleen, waren in Nederland in 2019 goed voor bijna 5 000 sterfgevallen (of 3 % van alle sterfgevallen, tegenover 4 % in de EU).

Figuur 6. Roken is de voornaamste gedragsgerelateerde risicofactor die bijdraagt aan sterfte in Nederland



Opmerking: het totale aantal sterfgevallen in verband met deze risicofactoren is kleiner dan de som van elk van hen afzonderlijk, omdat sommige sterfgevallen aan meer dan één risicofactor kunnen worden toegeschreven. Voedingsrisico's omvatten 14 componenten, zoals te weinig groenten en fruit en te veel gezoete dranken. Met luchtverontreiniging wordt blootstelling aan $PM_{2.5}$ en ozon bedoeld.
Bronnen: IHME (2020), Global Health Data Exchange (schattingen voor 2019).

Roken en alcoholgebruik zijn afgenomen onder zowel volwassenen als adolescenten

Na de invoering van rookvrije werkomgevingen en andere beleidswijzigingen (zie punt 5.1) is het tabaksgebruik onder volwassenen gedaald en ligt het onder het EU-gemiddelde. In 2018 gaf ongeveer een achtste van de 15-jarigen in Nederland aan de voorafgaande maand sigaretten te hebben gerookt, een aanzienlijke daling vergeleken met 2014, toen dit een vijfde was.

Het totale alcoholgebruik onder volwassenen is sinds 2000 met ongeveer 20 % gedaald en is nu lager dan in de meeste andere EU-landen. Herhaalde dronkenschap onder 15-jarigen is ook iets minder wijdverbreid in Nederland dan in de EU: in 2018 meldde 19 % van de 15-jarigen meer dan eens dronken te zijn geweest, tegenover een EU-gemiddelde van 22 %.

De cijfers voor overgewicht en obesitas stijgen

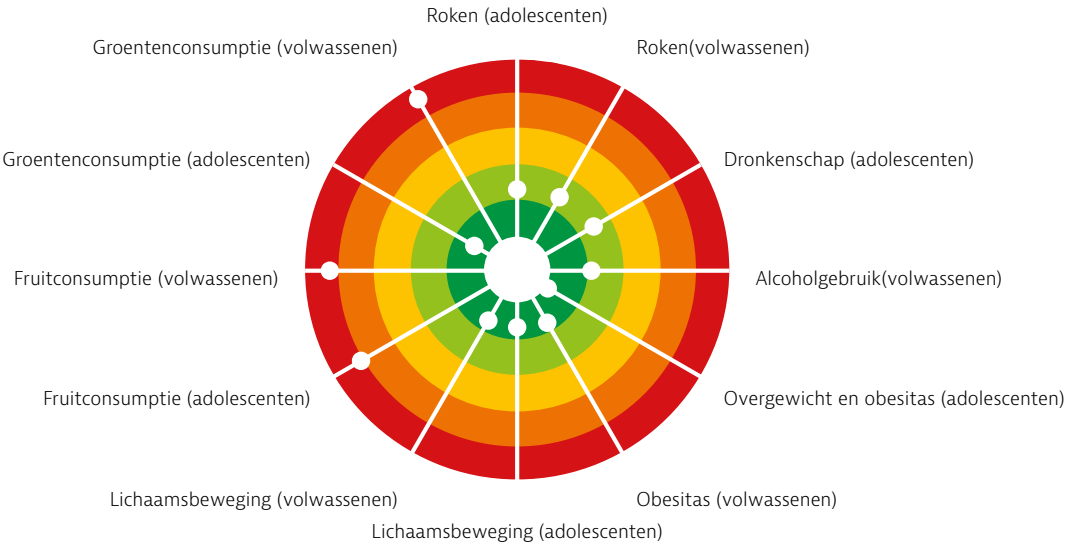
De cijfers voor overgewicht en obesitas bij Nederlandse tieners en volwassenen zijn lager dan in de meeste EU-landen (figuur 7). Meer dan een op de acht volwassenen (14 %) in het land was in 2019 obees, tegenover 10 % in 2002. Deze trends geven aanleiding tot bezorgdheid, aangezien obesitas een aanzienlijk risico op diabetes, hart- en vaatziekten en verschillende vormen van kanker inhoudt. Dit wijst erop dat de inspanningen om de voedingsgewoonten van zowel kinderen als volwassenen te veranderen, moeten worden opgevoerd.

Bijna nergens in de EU eten volwassenen minder fruit en groenten dan in Nederland: ongeveer 6 op de 10 volwassen gaven aan niet ten minste één portie per dag te eten. Vergeleken met het EU-gemiddelde geeft een hoger percentage adolescenten aan minstens één portie groenten per dag te eten, maar het tegenovergestelde geldt voor de fruitconsumptie: slechts ongeveer een kwart (27 %) van de 15-jarigen gaf aan in 2018 ten minste één portie fruit per dag te eten — wat onder het EU-gemiddelde ligt (31 %).

Minder dan een op de vijf tieners geeft aan dagelijks gematigd te bewegen

Hoewel de meeste volwassenen in Nederland aangeven ten minste 150 minuten per week gematigd te bewegen, is dit bij 15-jarigen niet het geval. Slechts ongeveer 18 % van de Nederlandse tieners geeft in 2018 aan dagelijks gematigd te bewegen, en dit percentage is lager bij meisjes: slechts 14 % van de meisjes gaf aan elke dag ten minste gematigd te bewegen, tegenover 21 % van de jongens. Hoewel dit hoger is dan het EU-gemiddelde van 10 % voor meisjes en 18 % voor jongens, kan te weinig lichaamsbeweging andere gezondheidsresultaten beïnvloeden en het risico op overgewicht en obesitas verhogen.

Figuur 7. Nederland doet het voor veel risicofactoren beter in vergelijking met andere EU-landen



Opmerking: hoe dichter de stip zich bij het midden bevindt, hoe beter het land presteert in vergelijking met andere EU-landen. Er bevindt zich geen enkel land in het witte "streefgebied", aangezien alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren.
Bronnen: OESO-berekeningen op basis van HBSC-onderzoek uit 2017-2018 voor indicatoren voor adolescenten; EHIS 2019 en het Nederlandse gezondheidsinformatiesysteem voor indicatoren voor volwassen.

4 Het zorgstelsel

Drie afzonderlijke regelingen vormen de basis van het Nederlandse zorgstelsel

De Nederlandse overheid reguleert en houdt toezicht op drie regelingen die samen een brede universele dekking bieden. Ten eerste bieden concurrerende zorgverzekeraars een sociale ziektekostenverzekeringen aan voor curatieve zorg. Dit systeem is in 2006 ingevoerd en alle inwoners zijn verplicht verzekeringspolissen af te sluiten voor een door de overheid vastgesteld basispakket. Verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren en moeten contracten sluiten met zorgverleners op basis van kwaliteit en prijs. De sociale ziektekostenverzekeringen dekken alle specialistische zorg, eerstelijnszorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, bepaalde aanverwante zorgdiensten en wijkverpleging. De tweede regeling is een volksverzekering voor langdurige zorg, dat wordt uitgevoerd door de regionaal dominante zorgverzekeraar en dat in 2015 ingrijpend werd hervormd om het toepassingsgebied van de regeling en de uitgaven in te perken. De derde regeling betreft een stelsel van sociale zorg dat met belastinggeld wordt gefinancierd en door de gemeenten wordt uitgevoerd. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geeft richtsnoeren voor volksgezondheidsdiensten op nationaal niveau, terwijl de gemeenten zorg dragen voor de meeste diensten zoals screening, vaccinatie en gezondheidsbevordering (kader 2).

De uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het bbp liggen iets boven het EU-gemiddelde

In 2019 werd in Nederland 10,2 % van het bbp aan gezondheidszorg besteed, wat iets boven het EU-gemiddelde van 9,9 % ligt. Dit komt neer op 3 967 EUR per persoon (gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen), wat ruim boven het EU-gemiddelde van 3 523 EUR ligt. De uitgaven stegen tussen 2013 en 2017 gemiddeld met slechts 1,0 % per jaar, na de invoering van een hervormingspakket dat het financiële risico voor verzekeraars en zorgverleners heeft vergroot en het aandeel van de eigen bijdrage voor gezondheidszorg heeft verhoogd. Daarnaast heeft het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid diverse overeenkomsten gesloten met belanghebbenden, die erop gericht zijn de uitgavengroei binnen een vooraf bepaald niveau te houden. Tussen 2017 en 2019 is de jaarlijkse zorguitgavengroei echter gestegen tot 2,3 % per jaar.

Kader 2. Nederland heeft actie ondernomen om op nationaal niveau te reageren op de COVID-19-crisis

In overeenstemming met het nationale rampenbestrijdingsplan dat vóór de uitbraak van COVID-19 van kracht was, was de eerste respons geconcentreerd op regionaal niveau in de provincie Noord-Brabant, waar de eerste uitbraak van COVID-19 plaatsvond. Al snel werd de respons opgeschaald naar nationaal niveau onder het beheer van het RIVM (zie punt 5.3), dat de regionaal uitgevoerde tests, het bron- en contactonderzoek en de rapportage van de gevallen coördineert. Onder het RIVM valt ook het Outbreak Management Team, dat de premier en het kabinet adviseert over de noodzakelijke maatregelen. Het bestaat uit medisch specialisten, virologen, medisch microbiologen en vertegenwoordigers van het nationale referentielaboratorium. In het najaar van 2020 heeft Nederland geen nationale noodwetgeving aangenomen en konden de gemeentelijke autoriteiten bepalen om al dan niet noodverordeningen uit te voeren. Het land heeft echter op 1 december 2020 de tijdelijke wet maatregelen COVID-19 ingevoerd, die nationale besluitvorming mogelijk maakt. De wet kan te allen tijde met instemming van het parlement worden verlengd of stopgezet.

Bron: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

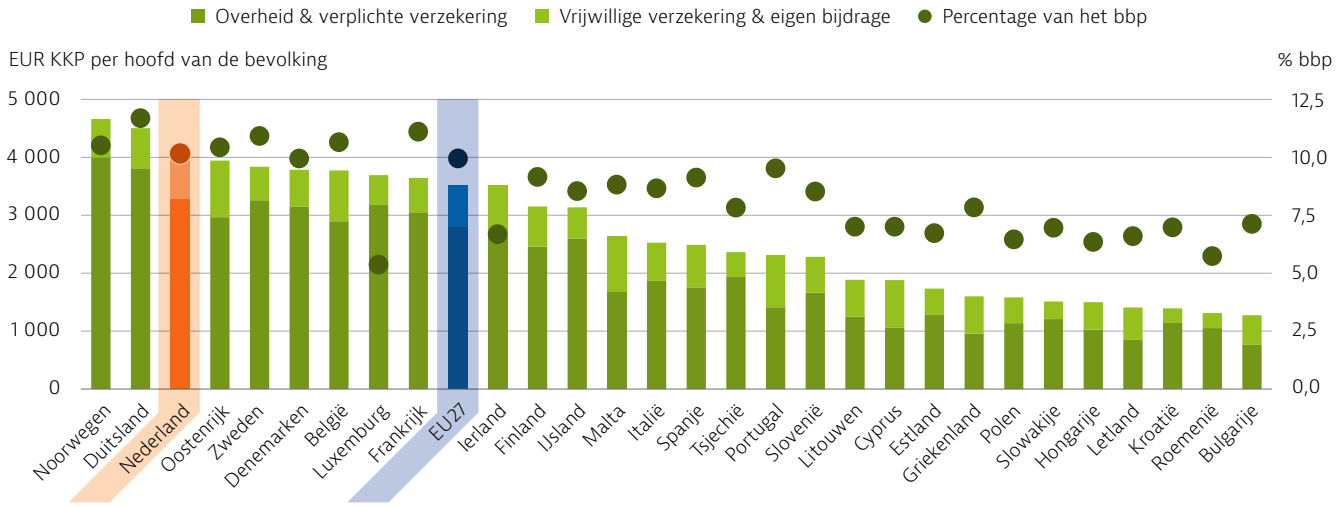
Tijdens de coronacrisis hebben verzekeraars en zorgverleners overeenstemming bereikt over maatregelen om inkomstenverliezen en extra uitgaven als gevolg van COVID-19 te compenseren. De regering heeft voor 2020 en 2021 aanvullende belastinginkomsten toegewezen aan de gezondheidszorg, onder meer voor tests en bron- en contactonderzoek (476 miljoen EUR in 2020 en 450 miljoen EUR in 2021) en voor bedden op intensivecareafdelingen (80,1 miljoen EUR en 93,9 miljoen EUR).

Een relatief grote markt voor vrijwillige ziektekostenverzekering draagt bij tot lage eigen bijdragen

Na de afschaffing van de particuliere ziektekostenverzekering in 2006 stegen de overheidsuitgaven (de staatsuitgaven en de verplichte verzekering) van ongeveer twee derde (68,4 %) van de uitgaven voor gezondheidszorg in 2005 tot 83,8 % in 2006, en daalden zij daarna tot 82,6 % in 2019. Dit blijft iets boven het EU-gemiddelde van 79,7 % (figuur 8).

De eigen bijdrage als percentage van de huidige uitgaven voor gezondheidszorg bedroeg in 2019 ongeveer twee derde van het EU-gemiddelde, namelijk 10,6 % in Nederland tegenover 15,4 % in de EU. Ongeveer 57 % van de eigen bijdrage is toe te schrijven aan kostendeling, hoewel voor huisartsenzorg, verloskundige en kraamzorg en wijkverpleging geen eigen bijdrage hoeft te worden betaald. In Nederland kunnen zorgverzekeraars vrijwillige ziektekostenverzekeringen aanbieden om diensten te dekken die buiten het basispakket vallen. Dit draagt bij tot een relatief grote markt voor vrijwillige ziektekostenverzekeringen (6,8 % van de uitgaven voor gezondheidszorg tegenover 4,9 % in de EU in 2019), aangezien personen die een hoge eigen bijdrage verwachten gewoonlijk een dergelijke verzekering afsluiten (zie punt 5.2).

Figuur 8. De uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking liggen boven het EU-gemiddelde

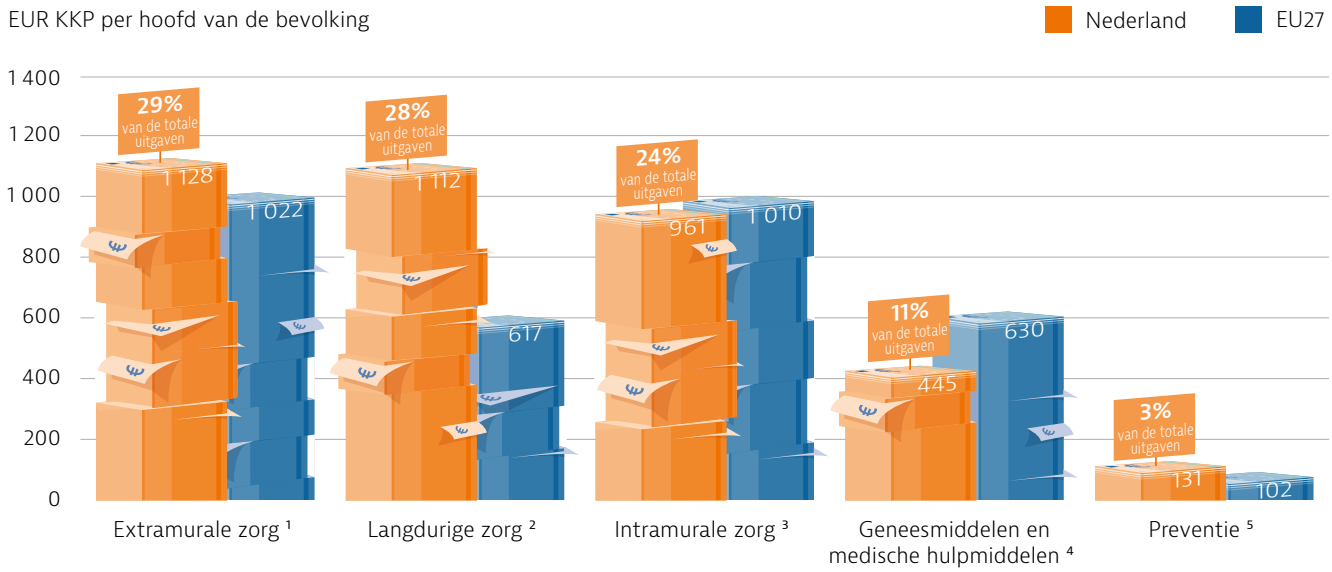


Opmerking: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021 (gegevens voor 2019, met uitzondering van Malta 2018).

Nederland heeft het op een na hoogste aandeel in de uitgaven voor langdurige zorg in de EU

Per hoofd van de bevolking liggen de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland boven het EU-gemiddelde op het gebied van extramurale zorg, langdurige zorg en preventie, en liggen zij onder het EU-gemiddelde voor intramurale zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (figuur 9). Een uitgebreide sector langdurige zorg, die betrekking heeft op ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg, draagt bij tot de relatief hoge totale uitgaven voor gezondheidszorg. De uitgaven voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen liggen ver onder het EU-gemiddelde en daalden zelfs van 13,9 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in 2010 tot 11,2 % in 2019. Nederland heeft met 131 EUR per persoon een van de hoogste uitgavenniveaus voor preventie, tegen een gemiddelde van 102 EUR in de EU, maar dit bedrag is niet gestegen in de loop van de tijd. Tussen 2010 en 2019 is het aandeel van de uitgaven voor preventie gedaald van 4,3 % tot 3,3 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg.

Figuur 9. De uitgaven voor langdurige zorg zijn hoger dan die van de meeste andere EU-landen



Opmerking: Administratiekosten van de gezondheidszorg zijn niet inbegrepen. 1. Omvat thuiszorg en bijkomende diensten (bv. vervoer van de patiënt). 2. Omvat alleen de gezondheidscomponent. 3. Omvat curatieve-revalidatiezorg, al dan niet in het ziekenhuis. 4. Omvat alleen de extramurale markt. 5. Omvat alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's. Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.
Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken 2021, Eurostat-databank (gegevens voor 2019).

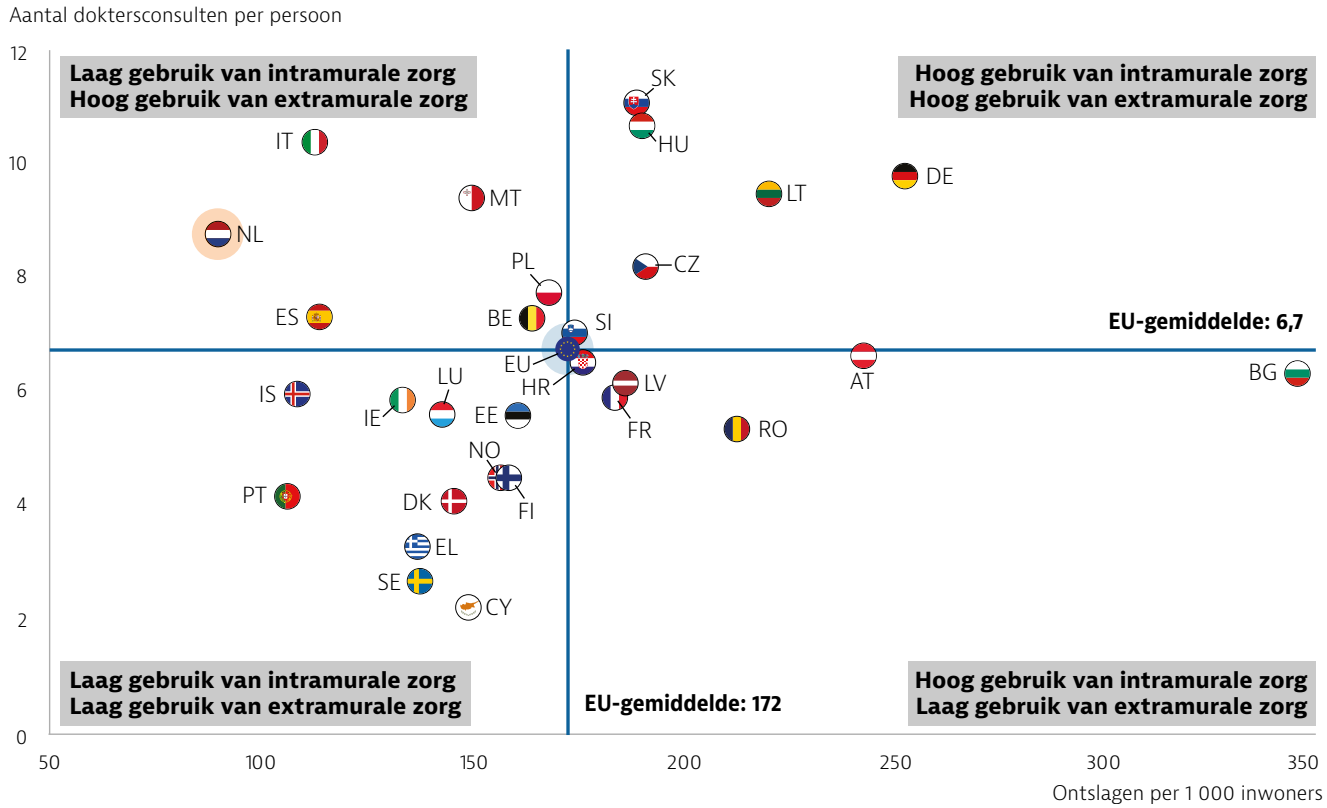
De verpleging trekt meer mensen aan dan in veel andere EU-landen

In de afgelopen 10 jaar is de verhouding tussen artsen en het aantal inwoners gestegen van 3,4 tot 3,7 per 1 000 inwoners, wat in de buurt van het EU-gemiddelde van 3,9 ligt. Het aantal verpleegkundigen is gestegen van 8,7 tot 10,7 per 1 000 inwoners, wat ruim boven het EU-gemiddelde van 8,4 ligt. Er zijn in 2019 60 % meer verpleegkundigen afgestudeerd dan in 2009, terwijl de afstudeerpercentages van artsen met maar 26 % stegen. Taakverschuiving en verpleegkundige specialismen dragen bij aan een aantrekkelijkere werkomgeving voor verpleegkundigen in Nederland. Verpleegkundig specialisten kregen in 2012 de bevoegdheid om zelfstandig te werken en dit werd in 2018 in de wetgeving vastgelegd. Zij mogen alle geneesmiddelen die onder hun bevoegdheid vallen, voorschrijven en endoscopieën uitvoeren, naast andere gespecificeerde diensten. Toch is het verzorgingspersoneel in ziekenhuizen overbelast en ook verplegend personeel en thuisverzorgers kampen met tekorten, die tijdens de coronacrisis nog groter zijn geworden (zie punt 5.3). Een bovengemiddeld percentage artsen werkt als huisarts (24 % van alle artsen tegenover 21 % in de EU).

Sterke eerstelijnszorg en poortwachterschap dragen bij tot een laag aantal ziekenhuisopnames

De gezondheidszorg wordt voor het overgrote deel verleend door particuliere organisaties zonder winstoogmerk en de meeste artsen zijn zelfstandig. Nederland hanteert een streng poortwachtsysteem. Patiënten hebben een verwijzing van een huisarts nodig voor ziekenhuis- en specialistische zorg, ook voor COVID-19 (zie punt 5.3). Hoewel Nederland een relatief groot aantal extramurale contacten meldt, heeft het ook relatief lage aantallen ontslagen uit het ziekenhuis, wat erop wijst dat de sterke eerstelijnszorg en extramurale specialistische behandeling ervoor zorgt dat mensen niet in het ziekenhuis worden opgenomen (figuur 10). Als reactie op historisch hoge institutionaliseringscijfers zijn hervormingen op het gebied van langdurige zorg en geestelijke gezondheidszorg doorgevoerd zodat deze in extramurale omgevingen kunnen worden verstrekt (Kroneman et al., 2016).

Figuur 10. Nederland heeft het laagste gebruik van intramurale zorg in de EU



Opmerking: het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken en Eurostat-databank (gegevens voor 2019 of het dichtstbijzijnde jaar).

5 Prestaties van het zorgstelsel

5.1 Doeltreffendheid

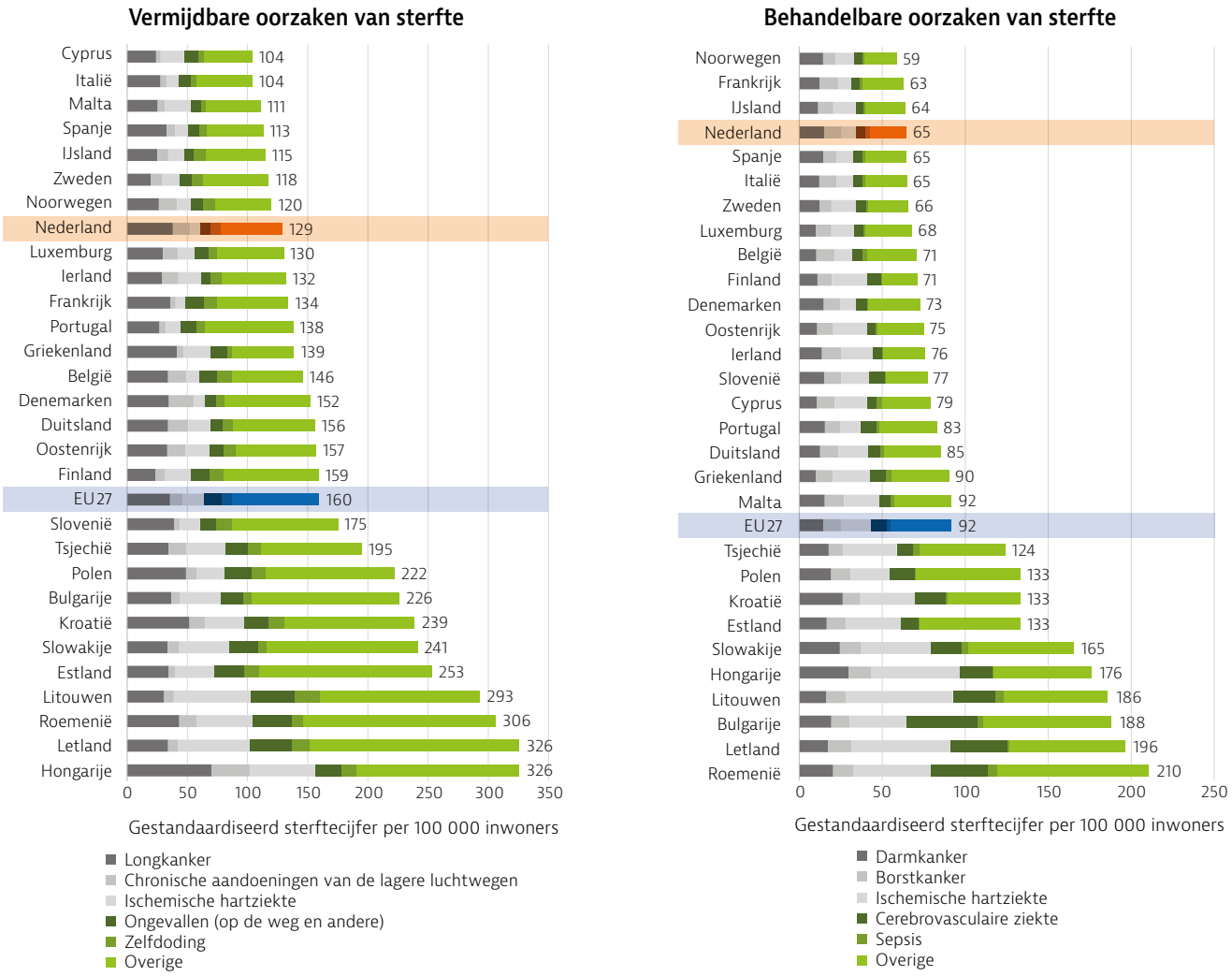
Lage sterftecijfers ten gevolge van vermijdbare en behandelbare oorzaken wijzen op doeltreffende gezondheidsmaatregelen

Het sterftecijfer als gevolg van vermijdbare oorzaken in Nederland is gunstig vergeleken met het percentage in de EU als geheel, namelijk 129 sterfgevallen ten opzichte van 160 per 100 000 inwoners (figuur 11), wat wijst op een lagere prevalentie van risicofactoren en een lagere incidentie van veel van deze gezondheidsproblemen in vergelijking met de meeste andere EU-landen. 30 % van de vermijdbare sterfgevallen in Nederland is toe te schrijven aan longkanker, waardoor de ziekte de voornaamste oorzaak is van door preventie vermijdbare sterfte. Sinds het begin van de jaren 2000 voert de overheid een aantal beleidsmaatregelen op het gebied van de volksgezondheid uit om de gevolgen van gedragsgerelateerde risicofactoren en sociale gezondheidsdeterminanten tot een minimum te beperken. In 2004 werd roken verboden op de werkvloer en in 2008 in cafés en restaurants. De in 2013 ingevoerde alcoholbestrijdingsmaatregelen waren vooral gericht op het terugdringen van alcoholgebruik onder tieners.

Op grond van het in 2018 gesloten Nationaal Preventieakkoord moeten gemeenten regionale en lokale overeenkomsten sluiten om de gezondheidsresultaten te verbeteren en de ongelijkheden op gezondheidsgebied onder hun inwoners te verminderen. Tot dusver zijn er 14 initiatieven ontwikkeld met gemiddeld 41 deelnemende organisaties, die worden ingezet om de doelstellingen voor 2040 te verwezenlijken, namelijk het bereiken van een rookvrije generatie, het terugdringen van het percentage van overgewicht en obesitas van 50 % naar 38 %, en het terugdringen van problematisch alcoholgebruik.

Nederland rapporteert een van de laagste sterftecijfers als gevolg van behandelbare oorzaken, d.w.z. sterfgevallen die hadden kunnen worden voorkomen door middel van doeltreffende maatregelen in de gezondheidszorg (figuur 11). Deze percentages blijven laag in vergelijking met de rest van de EU, ondanks de bovengemiddelde sterfte als gevolg van darm- en borstkanker in Nederland, die in 2018 verantwoordelijk was voor meer dan 40 % van de sterfgevallen als gevolg van behandelbare oorzaken. De sterfte ten gevolge van andere behandelbare oorzaken, zoals ischemische hartziekte, beroerten en longontsteking, behoorde tot de laagste in de EU.

Figuur 11. Het aantal sterfgevallen als gevolg van vermijdbare en behandelbare oorzaken is lager dan in de meeste EU-landen



Opmerking: sterfte die vermijdbaar is door preventie wordt gedefinieerd als sterfte die voornamelijk kan worden voorkomen door middel van maatregelen op het gebied van volksgezondheid en primaire preventie. Sterfte als gevolg van behandelbare oorzaken wordt gedefinieerd als sterfte die voornamelijk kan worden voorkomen door middel van maatregelen voor de gezondheidszorg, met inbegrip van bevolkingsonderzoeken en behandeling. De helft van alle sterfgevallen bij sommige ziekten (bv. ischemische hartziekte en cerebrovasculaire aandoeningen) wordt toegeschreven aan sterfte die vermijdbaar is door preventie; de andere helft wordt toegeschreven aan behandelbare oorzaken. Beide indicatoren hebben betrekking op vroegtijdige sterfte (onder de 75 jaar). De gegevens zijn gebaseerd op de herziene lijsten van de OESO en Eurostat.
Bron: Eurostat-databank (gegevens voor 2018, met uitzondering van Frankrijk 2016).

Nederland heeft te kampen met een toenemend aantal vermijdbare opnamen voor chronische aandoeningen

Nederland meldt over het algemeen een laag aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen, maar de vermijdbare opnamen voor astma en COPD zijn tussen 2007 en 2019 gestegen van 182 naar 208 vermijdbare ziekenhuisopnamen per 100 000 inwoners. Nederland heeft hier de afgelopen tien jaar op gereageerd met voorlichtingscampagnes en diverse beleidsmaatregelen. De eerste resultaten zijn veelbelovend wat het effect van dit beleid betreft, aangezien het aantal vermijdbare opnamen voor COPD tussen 2015 en 2016 is gedaald van 213 naar 200 vermijdbare ziekenhuisopnamen per 100 000 inwoners.

Aanvullende maatregelen die in 2020 zijn uitgevoerd, hebben geleid tot een neutrale verpakking voor sigaretten, een verbod op gearomatiseerde e-sigaretten, een verbod op roken op schoolpleinen, een verbod op het uitstallen van tabaksproducten in supermarkten en een verhoging van de accijnzen op tabaksproducten. Bovendien dragen een sterke eerstelijnszorg en extramurale zorg ertoe bij dat het aantal ziekenhuisopnamen voor diabetes en congestief hartfalen, die ongeveer de helft van het EU-gemiddelde bedragen, tot een minimum worden beperkt. Gebundelde betalingen, waarbij één enkele betaling alle kosten dekt van diensten die door meerdere zorgverleners worden verleend voor een bepaalde zorgepisode, spelen ook een rol bij de coördinatie van de zorg voor diabetici, COPD- en cardiovasculaire patiënten.

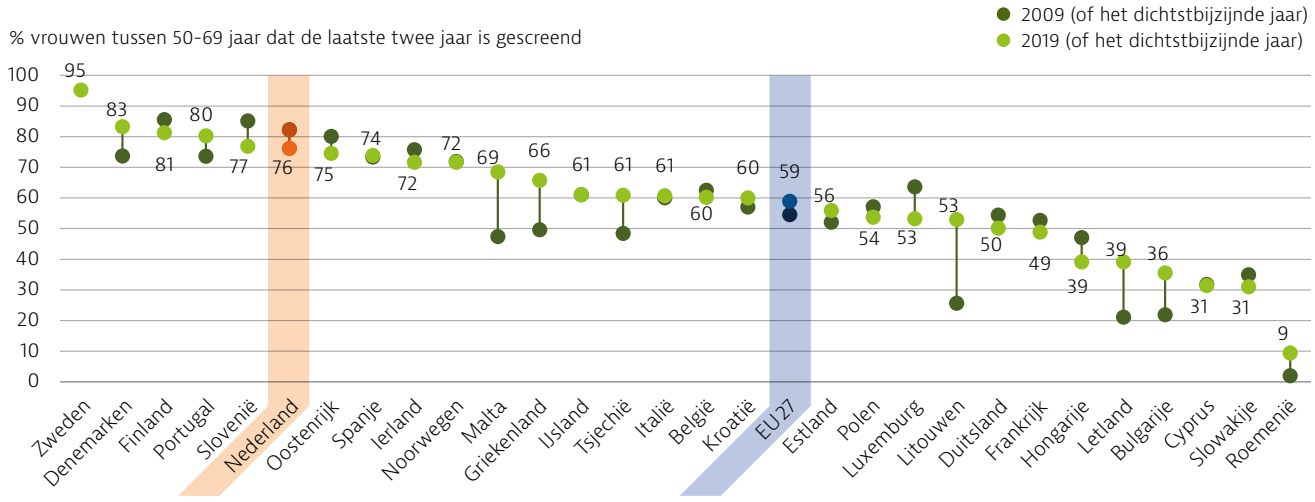
Hoewel de vaccinatiegraad voor griep boven het EU-gemiddelde ligt, vertoonde deze vóór de pandemie een neerwaartse trend

In 2019 vaccineerde Nederland 61 % van zijn bevolking boven de 65 jaar voor seizoensgriep; dat was ruim boven het EU-gemiddelde van 42 %, maar nog steeds onder de door de WHO aanbevolen doelstelling van 75 %. De vaccinatiegraad van 65-plussers in Nederland is de laatste 10 jaar echter met bijna 20 procentpunten gedaald. Griepvaccinaties zijn gratis voor mensen ouder dan 60, maar vaccinatiecampagnes worden gedwarsboomd door onzekerheid over de doeltreffendheid en de neveneffecten van het vaccin en over het vermeende lage risico op het krijgen van of overlijden aan griep. Deze perceptie kan echter zijn veranderd tijdens de COVID-19-pandemie, aangezien de vraag naar het griepvaccin toenam. Sommige huisartsenpraktijken verzochten personen tussen de 60 en 70 jaar zonder onderliggende aandoeningen om zich tijdelijk niet te laten vaccineren om prioriteit te geven aan het vaccineren van mensen ouder dan 70 jaar.

De overlevingskansen voor kanker zijn hoog in Nederland, maar het aantal screenings voor borstkanker en baarmoederhalskanker neemt af

Nederland organiseert bevolkingsonderzoeken voor baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker. De deelname aan bevolkingsonderzoeken voor baarmoederhalskanker is vergelijkbaar met het EU-gemiddelde: 56 % van de vrouwen tussen de 20 en 69 jaar is de afgelopen twee jaar gescreend, hoewel de deelname de afgelopen jaren is gedaald ten opzichte van 68 % in 2007. Ook de deelname aan screenings voor borstkanker ligt hoger dan het EU-gemiddelde (76 % tegenover 59 %), maar ook deze zijn de laatste tien jaar afgenomen (figuur 12). Het relatief nieuwe bevolkingsonderzoek darmkanker (2014) is gericht op iedereen tussen de 55 en 75 jaar. In een evaluatie van het bevolkingsonderzoek in 2019 werd vastgesteld dat de participatiegraad (73 %) boven de verwachtingen lag, met 3,9 miljoen mensen die tussen 2014 en 2017 deelnamen aan zelfscreeningtests, waardoor er meer nieuwe gevallen van darmkanker werden opgespoord dan verwacht. Op basis van deze resultaten wordt voorspeld dat tegen 2030 bijna een op de vijf gevallen van darmkanker en meer dan een op de drie sterfgevallen ten gevolge van darmkanker kan worden voorkomen (RIVM, 2019).

Figuur 12. De deelname aan bevolkingsonderzoeken voor borstkanker is hoog, maar is de laatste 10 jaar afgenomen



Opmerking: het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde. Voor de meeste landen zijn de gegevens gebaseerd op bevolkingsonderzoeken en niet op enquêtes.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021 en Eurostat-databank.

De vijfjaarsoverleving voor kanker is de afgelopen tien jaar verbeterd en ligt over het algemeen boven het EU-gemiddelde (figuur 13). Hoewel Nederland geen nationaal plan voor de bestrijding van kanker heeft, bundelen zorgprofessionals, onderzoekers, beleidsmakers en patiëntenorganisaties hun krachten in de Cancer Survivorship Care Taskforce voor de bevordering van een nationaal actieplan waarin de blijvende behoeften van kankerpatiënten en -overlevenden worden erkend. Dit sluit aan bij een van de belangrijkste actiegebieden van het recente Europees kankerbestrijdingsplan voor de verbetering van de levenskwaliteit van kankerpatiënten en -overlevenden, met inbegrip van revalidatie en maatregelen ter ondersteuning van sociale integratie en re-integratie op de werkplek (Europese Commissie, 2021a).

Figuur 13. De cijfers voor de vijfjaarsoverleving voor zes soorten kanker liggen boven het EU23-gemiddelde



Prostaatkanker
Nederland: 89 %
EU23: 87 %

Kinderleukemie
Nederland: 90 %
EU23: 85 %

Borstkanker
Nederland: 87 %
EU23: 82 %

Baarmoederhalskanker
Nederland: 68 %
EU23: 63 %

Darmkanker
Nederland: 63 %
EU23: 60 %

Longkanker
Nederland: 17 %
EU23: 15 %

Opmerking: de gegevens hebben betrekking op mensen die tussen 2010 en 2014 een diagnose hebben gekregen. Kinderleukemie verwijst naar acute lymfatische kanker.
Bron: CONCORD-programma, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Er zijn veelbelovende initiatieven genomen om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren

In het Nederlandse zorgstelsel wordt van concurrerende verzekeraars verwacht dat zij een belangrijke rol spelen bij het verbeteren van de kwaliteit door middel van contractonderhandelingen met zorgverleners (zie punt 4). In de praktijk leggen verzekeraars bij het sluiten van contracten echter eerder de nadruk op de omvang en de prijzen dan op de kwaliteit, deels vanwege de versplintering en de administratieve last bij het verzamelen van kwaliteitsindicatoren. Het Zorginstituut Nederland is belast met het ontwikkelen van betrouwbare en zinvolle kwaliteitsindicatoren en het opstellen van een meerjarige agenda voor zorgverbetering, in overleg met alle bij de gezondheidszorg betrokken partijen. Deze initiatieven kunnen vervolgens worden gebruikt om de zorg te verbeteren, de gedeelde besluitvorming te verbeteren en uiteindelijk het sluiten van contracten met zorgverleners te begeleiden.

Bovendien zijn sommige verzekeraars begonnen met de totstandbrenging van bottom-up-langetermijncontracten met zorgverleners die in het teken staan van op waarde gebaseerde zorg (value based care), waarbij zorgverleners en professionals de kernprestatie-indicatoren voor de kwaliteit van de zorg en de innovaties in de verstrekking kunnen bepalen. Medische beroepsgroepen en de overheid dragen ook bij aan activiteiten ter verbetering van de kwaliteit, bijvoorbeeld met een nieuw kwaliteitskader voor langdurige zorg dat tot doel heeft de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen te verbeteren. Een initiatief om "de juiste zorg op de juiste plek" te verlenen heeft ook aan kracht gewonnen en heeft artsen en patiënten geholpen bij het bepalen van de juiste omgeving voor COVID-19-behandelingen (zie punt 5.3).

5.2 Toegankelijkheid

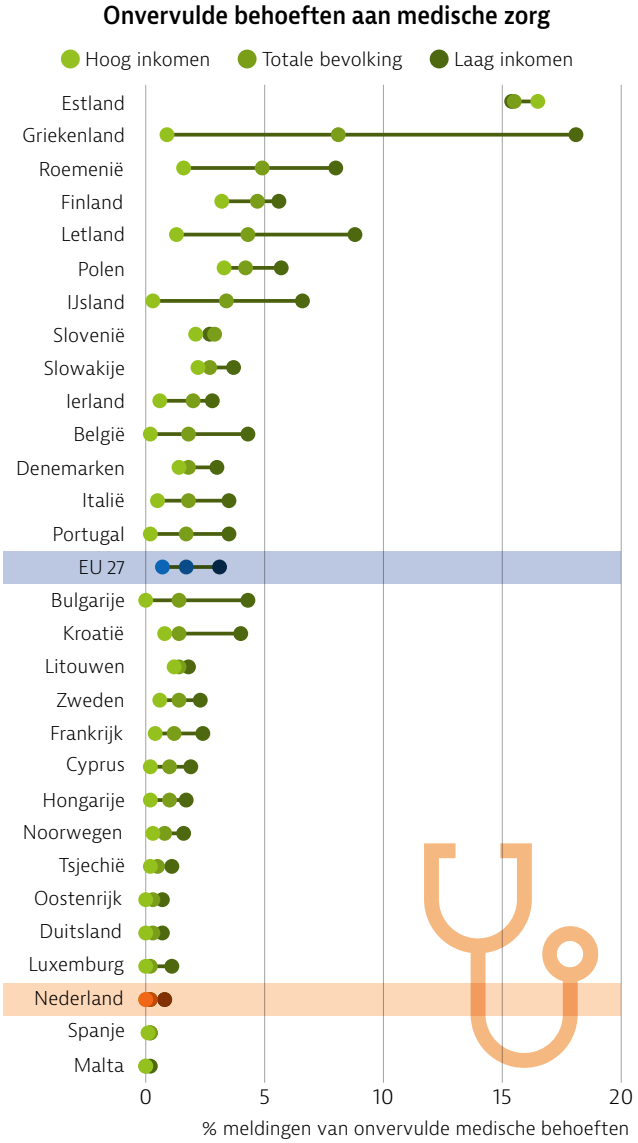
Zeer weinig Nederlanders meldden onvervulde behoeften aan medische behandeling totdat de COVID-19-pandemie uitbrak

In Nederland garandeert de overheid universele en gelijke toegang tot betaalbare zorg. Als gevolg daarvan melden de Nederlanders over het algemeen zeer weinig onvervulde behoeften (figuur 14). Dit is echter veranderd tijdens de COVID-19-pandemie: volgens de enquête van Eurofound (2021)[1] meldde 15 % van de respondenten een medisch onderzoek of een medische behandeling nodig te hebben die tijdens de eerste 12 maanden van de pandemie niet waren uitgevoerd. Het gemiddelde voor de EU als geheel bedroeg 21 %.

Nederland sloot zijn zorgverleners niet op nationaal niveau, maar op verschillende momenten tijdens de pandemie stelden sommige ziekenhuizen niet-dringende behandelingen uit als gevolg van regionale uitbraken. De beroepsorganisaties van tandartsen en paramedische zorgverleners besloten alle niet-spoedeisende behandelingen uit te stellen van half maart tot begin mei 2020. Ook afspraken voor kankerscreenings werden uitgesteld vanaf het begin van de pandemie tot half mei (darmkanker), half juni (borstkanker) en juli 2020 (baarmoederhalskanker). Om de zorg weer op gang te brengen, werkten meerdere groepen belanghebbenden samen aan de opstelling van een lijst van diagnoses met een spoedindicatie om zo de dringendste planbare zorg aan te pakken. Ook werden teleconsulten in Nederland zoveel mogelijk aangemoedigd, waarbij ongeveer 40 % van de bevolking aan een consult op afstand deelnam (Eurofound, 2021).

1. *De gegevens van de Eurofound-enquête zijn niet vergelijkbaar met die van de EU-SILC-enquête vanwege verschillen in methodologie.*

Figuur 14. De Nederlandse bevolking meldde in 2019 de minste onvervulde behoeften in de EU



Opmerking: de gegevens hebben betrekking op onvervulde behoeften aan medische onderzoeken of behandelingen vanwege kosten, reisafstand of wachttijden. Bij de vergelijking van de gegevens tussen landen moet voorzichtigheid worden betracht, aangezien de gebruikte onderzoeksinstrumenten enigszins verschillen. Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens voor 2019, behalve IJsland 2018)

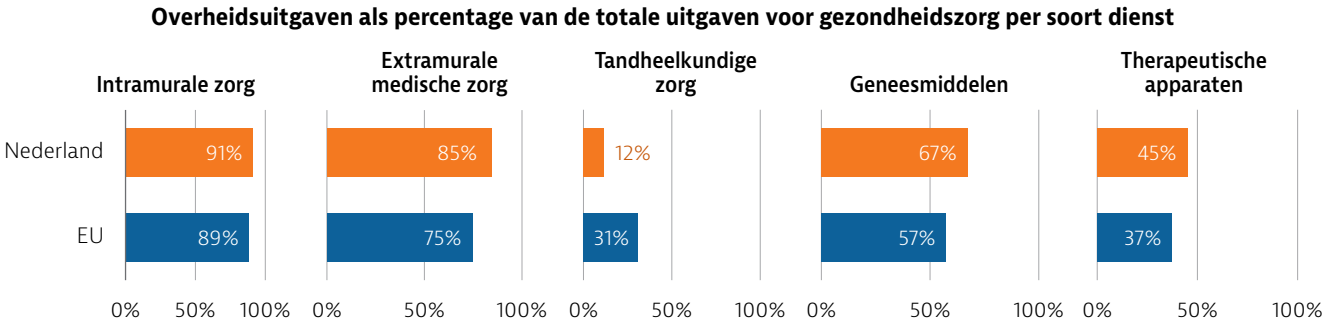
Het zorgstelsel biedt een brede dekking, waarbij een vrijwillige ziektekostenverzekering enkele hiaten dekt

Ongeveer 99,9 % van de Nederlandse bevolking heeft een ziektekostenverzekering die een breed scala aan diensten dekt. Het basispakket omvat onder meer eerstelijnszorg, extramurale, specialistische zorg, ziekenhuiszorg, gezondheidszorg voor pasbevallen moeders, in-vitrofertilisatie (maximaal drie cycli), fysiotherapie voor chronische aandoeningen, geestelijke gezondheidszorg en ambulancevervoer. Overheidsuitgaven dekken 91 % van de intramurale zorg, 85 % van de extramurale zorg en 67 % van extramurale geneesmiddelen — deze percentages zijn allemaal hoger dan de EU-gemiddelden (figuur 15).

De Nederlandse overheid heeft de kosten van COVID-19-tests vergoed, maar mensen hadden tot juni 2020 een verwijzing van een arts nodig voor een test (zie punt 5.3). In een niet eerder geziene, maar vooruitziende maatregel heeft het Zorginstituut Nederland, dat de minister van Volksgezondheid adviseert over de diensten die in het basispakket moeten worden opgenomen, bepaald dat revalidatiezorg voor COVID-19-patiënten, mits deze door een arts is aanbevolen, moet worden opgenomen. Met name kunnen maximaal 50 fysiotherapiesessies, 8 ergotherapeutische behandelingen en 7 sessies met een diëtist tot zes maanden na een infectie met COVID-19 worden vergoed.

Tandheelkundige zorg voor volwassenen en sommige paramedische zorg vallen niet in het basispakket. Veel Nederlanders sluiten een vrijwillige ziektekostenverzekering af om deze diensten te dekken, met name voor tandheelkundige zorg. Hoewel tandheelkundige zorg niet is gedekt door het basispakket, meldt een zeer klein deel van de bevolking (0,4 %) onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg, wat aanzienlijk lager is dan het EU-gemiddelde van 2,8 %.

Figuur 15. Het overheidsaandeel in de financiering is hoger dan het EU-gemiddelde op alle gebieden van de gezondheidszorg, met uitzondering van tandheelkundige zorg.



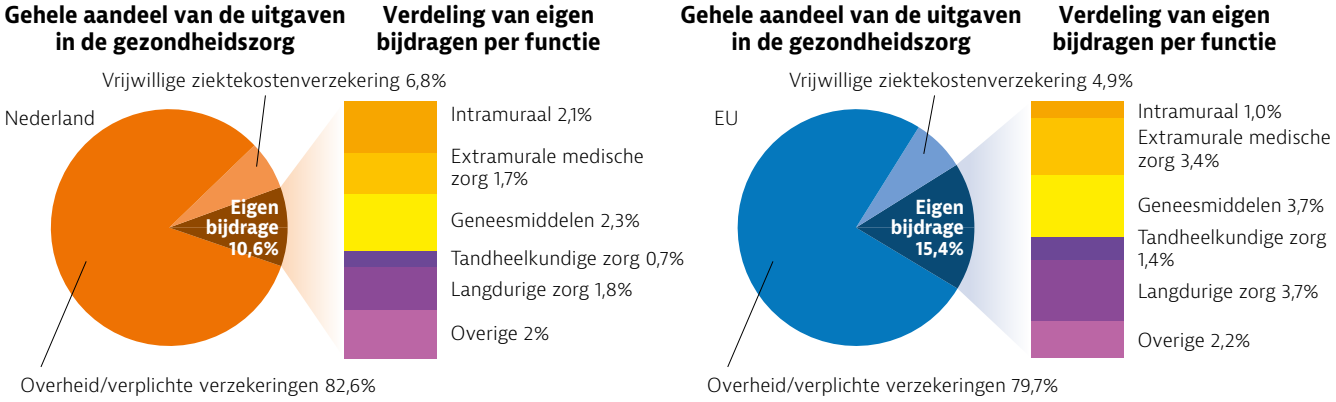
Opmerking: met extramurale medische diensten worden voornamelijk diensten bedoeld die worden verleend door generalisten en specialisten in de extramurale sector. Geneesmiddelen omvatten geneesmiddelen met of zonder recept en medische niet-duurzame producten. Therapeutische apparaten hebben betrekking op visuele hulpmiddelen, gehoorapparaten, rolstoelen en andere medische hulpmiddelen.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021 (gegevens voor 2019 of het dichtstbijzijnde jaar).

Zorgkosten worden gedeeltelijk betaald via een verplicht eigen risico

De eigen bijdrage daalde van een piek van 11,6 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in 2014 tot 10,6 % in 2019, en ligt ver onder het EU-gemiddelde van 15,4 % (figuur 16). Een groot deel van de eigen bijdrage in Nederland is afkomstig van het verplichte eigen risico, dat inhoudt dat patiënten een minimumbedrag moeten betalen voordat de verzekeraar de diensten begint te vergoeden. Het eigen risico steeg van 150 EUR in 2008 naar 385 EUR in 2016. Het was de bedoeling dat het eigen risico gelijk zou opgaan met andere posten van de zorgbegroting, maar in 2017 besloot de regeringscoalitie het eigen risico op het huidige niveau te houden, hoewel sommige oppositiepartijen dit volledig wilden afschaffen. Het eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg, wijkverpleging en zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar, die zonder eigen bijdrage worden verleend.

De belangrijkste categorieën van de eigen bijdragen omvatten geneesmiddelen, intramurale zorg en langdurige zorg in het kader van de Wet langdurige zorg. Sinds 2019 bedraagt de eigen bijdrage voor geneesmiddelen in Nederland maximaal 250 EUR per jaar. Voor langdurige residentiële zorg bestaat er een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, die varieert van geen bijdrage tot 2 419 EUR per maand, hoewel niet alle eigen bijdragen verband houden met zorgverlening en huisvestingskosten kunnen omvatten. Voorts biedt de Wet maatschappelijke ondersteuning de gemeenten de mogelijkheid tot financiële compensatie van door chronisch zieken met lage inkomens gemaakte zorgkosten, en sommige gemeenten onderhandelen over verzekeringspolissen met grote voordelen voor groepen met een laag inkomen.

Figuur 16. Intramurale zorg en geneesmiddelen maken meer dan 40 % van de eigen bijdragen uit



Opmerking: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde. De vrijwillige ziektekostenverzekering omvat ook andere vrijwillige regelingen van vooruitbetaling.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021; Eurostat-databank (gegevens voor 2019).

Nederland beschikt over een gemakkelijk toegankelijke gezondheidszorg

Nederland heeft een dicht netwerk van zorgverleners, waardoor de geografische beschikbaarheid van diensten goed is. In 2020 moest minder dan 0,15 % van de bevolking meer dan 10 minuten rijden naar de dichtstbijzijnde huisarts, en bepaalde huisartsenposten bieden zorg buiten de normale praktijktijden. Huisartspraktijken vinden echter maar moeilijk vervangers voor huisartsen die met pensioen gaan en deze tekorten worden zorgwekkend.

De laatste tien jaar heeft een aanzienlijk aantal fusies tussen ziekenhuizen plaatsgevonden, maar dit heeft nog geen gevolgen gehad voor het aantal locaties waar gezondheidszorg wordt verleend. In Nederland woonde 99 % van de bevolking in 2020 op maximaal 30 minuten afstand met de auto van een ziekenhuis (Volksgezondheid en Zorg, 2021). Wat sommige extramurale diensten betreft, heeft het Nederlandse systeem echter te lange wachttijden. Met name geestelijke gezondheidszorg voor kinderen is zorgwekkend, aangezien de wachttijden tot meer dan een jaar kunnen oplopen. Het is niet duidelijk hoe de pandemie de wachttijden op langere termijn zal beïnvloeden.

Zorgverzekeraars hebben doorgaans de mogelijkheid om slechts 75 % van de kosten van diensten van zorgverleners met wie geen contract is gesloten, terug te betalen. Dit zou kunnen leiden tot financiële belemmeringen voor de toegang van patiënten die goedkopere verzekeringspolissen (“budgetpolissen”) hebben afgesloten, waarvoor contracten met een lager aantal zorgverleners zijn gesloten. Tijdens de COVID-19-pandemie stemden de verzekeraars ermee in om alle zorg die in 2020 en 2021 door ziekenhuizen wordt verstrekt, te dekken, ook al maken zij geen deel uit van hun netwerk (zie punt 5.3).

Onderling afgestemde beleidsinspanningen om de uitgaven voor geneesmiddelen terug te dringen, hebben vruchten afgeworpen

Nederland geeft minder uit aan extramurale geneesmiddelen dan de meeste andere EU-landen (zie punt 4). Verschillende factoren — waaronder een lange geschiedenis van het beleid inzake volume- en prijsbeheersing, een conservatieve benadering door huisartsen bij het verstrekken van voorschriften en beproefde processen voor de evaluatie van gezondheids-technologie (EGT) — hebben tot dit resultaat bijgedragen. Bovendien is het aandeel generieke geneesmiddelen qua volume op de markt voor geneesmiddelen na Duitsland het op één na hoogste van de EU-landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn. Deze inspanningen om de prijzen te beheersen en generieke geneesmiddelen te promoten, dragen bij tot betaalbaardere geneesmiddelen voor patiënten.

Een veelbelovende ontwikkeling is het initiatief BeNeLuxa, dat tot doel heeft de samenwerking op het gebied van geneesmiddelenbeleid en aanbestedingen te verbeteren; het omvat een samenwerking tussen België, Nederland, Luxemburg, Oostenrijk en Ierland op het gebied van horizonscanning, informatie-uitwisseling en beleidsuitwisseling, EGT, en prijsbepaling en terugbetaling. De doelstellingen van het BeNeLuxA-initiatief sluiten aan bij de in november 2020 goedgekeurde farmaceutische strategie voor Europa van de Europese Commissie, die tot doel heeft patiënten toegang te bieden tot innovatieve en betaalbare geneesmiddelen en tegelijkertijd het concurrentievermogen, de innovatieve capaciteit en de duurzaamheid van de farmaceutische industrie van de EU te ondersteunen (Europese Commissie, 2020).

5.3 Aanpassingsvermogen

In dit punt over aanpassingsvermogen wordt met name ingegaan op de gevolgen van en de respons op de COVID-19-pandemie . Zoals opgemerkt in punt 2 had de pandemie grote gevolgen voor de gezondheid en sterfte van de bevolking in Nederland: tussen januari 2020 en eind augustus 2021 waren er ongeveer 18 000 gevallen van COVID-19. De maatregelen die zijn genomen om de pandemie in te dammen, hadden ook gevolgen voor de economie, en het Nederlandse bbp is in 2020 met naar schatting 3,8 % gedaald, tegenover een gemiddelde daling in de EU van 6,2 %.

De respons van Nederland op COVID-19 omvatte maatregelen op regionaal en nationaal niveau.

Het eerste geval van COVID-19 werd op 27 februari 2020 vastgesteld in de provincie Noord-Brabant. Op 6 maart kregen de inwoners van de provincie de raad thuis te blijven en hun sociale contacten te beperken. Dit werd op 12 maart opgeschaald naar het hele land toen het aantal gevallen toenam; Nederland heeft snel de verplichting van anderhalve meter afstand houden ingevoerd, scholen, restaurants en niet-essentiële activiteiten gesloten, en heeft in de daaropvolgende periode andere beperkende maatregelen ingevoerd (figuur 17). De maatregelen ter voorkoming van besmetting bleven tot en met april 2020 van kracht, en op 11 mei werden de basisscholen als eerste heropend.

In de zomer van 2020 werden de maatregelen verder versoepeld, maar de hoge besmettingsgraad in de grote steden leidde in augustus tot enkele regionale maatregelen. Toen in september en oktober het aantal gevallen toenam, werden de beperkende maatregelen aangescherpt: het aantal mensen dat in een groep mocht samenkomen, werd verminderd en openbare plaatsen werden gesloten. Op 15 december 2020 heeft Nederland de tot op heden strengste nationale beperkingen opgelegd, gevolgd door een avondklok die van 23 januari 2021 tot en met 28 april 2021 duurde. Op 8 februari 2021 werden opnieuw de basisscholen als eerste heropend. Nederland maakte tussen 28 april 2021 en 26 juni 2021 vier fasen van heropening door. Kort na de laatste fase van de heropening kende Nederland een exponentiële stijging van het aantal coronagevallen, vooral onder jonge volwassenen. Deze stijging nam aan het einde van de zomer sterk af nadat nieuwe maatregelen ter beperking van het uitgaansleven en grote evenementen werden ingevoerd.

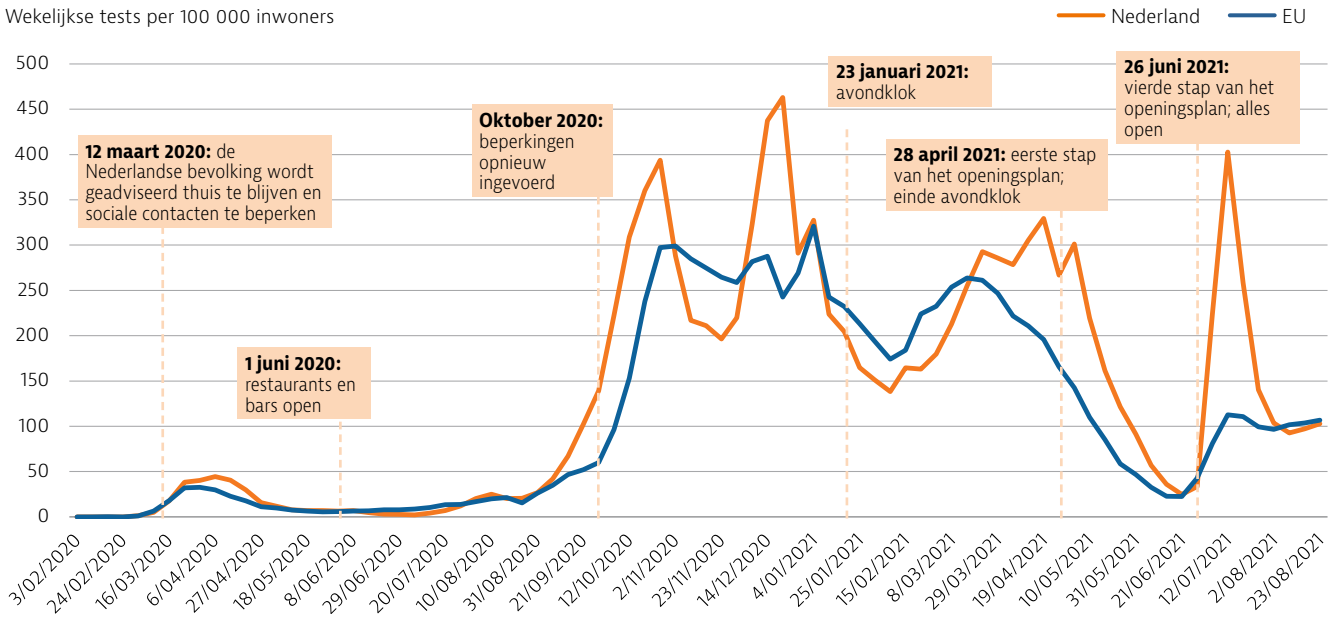
Nederland beschikte vóór COVID-19 over instrumenten voor pandemische paraatheid

Nederland heeft een uitgebreid plan voor pandemierespons, dat een fundamenteel onderdeel was van de instrumenten voor paraatheid van het land. Het plan wordt gecoördineerd door het RIVM en beschrijft in detail de algemene acties die moeten worden ondernomen in het geval van een infectieziektecrisis, zoals welke maatregelen moeten worden genomen in welke fase van de crisis, en wie verantwoordelijk is voor het bepalen van de betreffende crisisfase.

Een versplinterd landschap van laboratoria beperkte aanvankelijk het aantal uitgevoerde tests

Vóór juni 2020 moesten mensen een verwijzing van een arts hebben om zich op COVID-19 te laten testen. Na 1 juni konden mensen met symptomen zich via een speciaal telefoonnummer zonder verwijzing voor tests inschrijven, maar knelpunten in de testcapaciteit zorgden voor problemen op het gebied van toegankelijkheid. Over het algemeen worden de tests uitgevoerd op de centrale testlocaties van de volksgezondheidsdiensten, onder coördinatie van het RIVM. Eind 2020 werden “XL”-testfac-iliteiten geopend op de nationale luchthaven en in de grote steden. Die faciliteiten waren actief als publiek-private partnerschappen. Eind maart 2021 werden zelftests in bepaalde apotheken beschikbaar, en in april 2021 waren zij beschikbaar in alle supermarkten en apotheken.

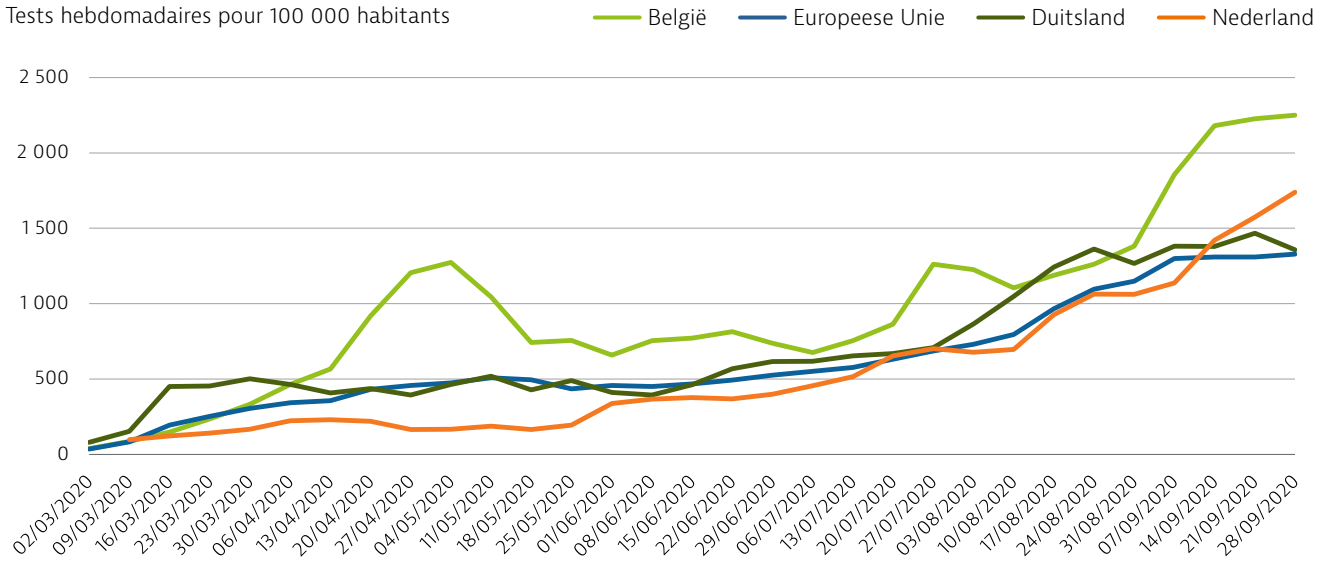
Figuur 17. Het aantal gemelde gevallen van COVID-19 in de tweede golf was hoger dan in de eerste golf



Opmerking: het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde (het aantal landen dat voor het gemiddelde wordt gebruikt, varieert afhankelijk van de week).
Bronnen: ECDC voor gevallen van COVID-19 en auteurs voor beheersingsmaatregelen.

In september 2020 publiceerde de Nederlandse Rekenkamer een evaluatie van het testbeleid van het land (Algemene Rekenkamer, 2020). Uit het rapport bleek dat de regering geen duidelijk beeld had van de capaciteit van de Nederlandse testlaboratoria en van de voor het testen vereiste benodigdheden. Nederland kent een versplinterd landschap van laboratoria, die gebruikmaken van verscheidene testsystemen en die uiteenlopende problemen hebben ondervonden om aan voldoende voorraden te komen. Het gevolg was dat het aantal uitgevoerde tests achterliep ten aanzien van de beschikbare capaciteit. De totale testcapaciteit in september 2020 bedroeg bijvoorbeeld 28 000 per dag, maar er werden gemiddeld 10 000 tests minder uitgevoerd. Dit droeg ertoe bij dat Nederland voor een groot deel van 2020 lagere wekelijkse testpercentages had, maar in september had het land het EU-gemiddelde ingehaald (figuur 18).

Figuur 18. De testactiviteit in Nederland bereikte in september 2020 het EU-gemiddelde



Opmerking: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde (het aantal landen dat voor het gemiddelde wordt gebruikt, varieert afhankelijk van de week).
Bron: ECDC.

Sommige volksgezondheidsdiensten moesten activiteiten van bron- en contactonderzoek terugschroeven vanwege capaciteitsbeperkingen

De 25 regionale volksgezondheidsdiensten exploiteren niet alleen de testlocaties, ze houden ook toezicht op bron- en contactonderzoek. De diensten hebben tijdelijk bijna al het zorgpersoneel overgeplaatst om contacten te traceren en bij hulplijnen te worden ingezet. Bron- en contactonderzoek begon met de registratie van het eerste geval in Nederland in februari 2020. Toen het aantal gevallen medio september 2020 een hoogtepunt bereikte, kondigden 10 van de volksgezondheidsdiensten aan dat zij het bron- en contactonderzoek moesten beperken: op dat moment konden zij alleen contact opnemen met personen die hetzelfde huishouden deelden of personen met een hoog risico. Daarnaast werden de geïnformeerde personen verzocht om zich alleen bij de volksgezondheidsdienst te melden wanneer zij symptomen hadden.

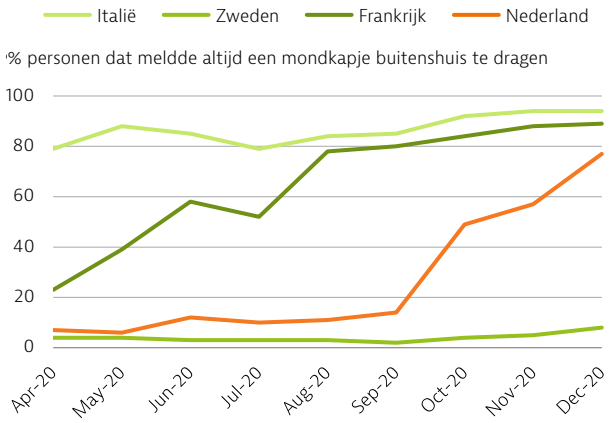
De Nederlandse contactapp liep vertraging op bij de lancering als gevolg van obstakels in de regelgeving

De Nederlandse regering heeft de app "Coronamelder" ontwikkeld ter ondersteuning van de tracering van contacten van mensen van wie is bevestigd dat zij COVID-19 hebben. Het downloaden en gebruik van de app gebeurt op vrijwillige basis en besmettingen kunnen anoniem worden gemeld. Aanvankelijk schreef Nederland een aanbesteding uit en werden er zeven apps beoordeeld, maar na een eerste beoordeling bleek geen daarvan aan de vereiste privacycriteria te voldoen. Daarom begon de Nederlandse regering, samen met een groep interne deskundigen, met de ontwikkeling van haar eigen open-source app. Deze werd in augustus 2020 in een aantal regio's in een testfase uitgeprobeerd en de uitrol op nationaal niveau was oorspronkelijk gepland voor 1 september. Na vertraging in verband met de parlementaire goedkeuring werd de app op 10 oktober 2020 op nationaal niveau uitgerold en werd zij eind november 2020 interoperabel met apps uit andere Europese landen.

De debatten over de zin van het dragen van mondkapjes duurden voort tot het najaar van 2020.

Aanvankelijk stelde het RIVM dat mondkapjes een beperkt effect hebben op het voorkomen van besmetting en kunnen leiden tot een verkeerde perceptie van de veiligheid, wat de regels op het houden van afstand in gevaar zou brengen. De regering steunde dit standpunt, maar verplichtte vanaf 1 juni 2020 mondkapjes in het openbaar vervoer, aangezien afstand houden daar niet haalbaar was. Naar aanleiding van verzoeken van verschillende burgemeesters, die erop wezen dat afstand houden niet haalbaar was vanwege de concentratie van mensen, gaf de regering ook de lokale burgemeesters de vrijheid om mondkapjes te verplichten. Naarmate de doeltreffendheid van mondkapjes steeds duidelijker bleek, stelde Nederland op 14 oktober 2020 mondkapjes verplicht voor iedereen van 13 jaar en ouder in openbare gebouwen, met enkele uitzonderingen. De tegenstrijdige adviezen over het al dan niet dragen van een mondkapje droegen ertoe bij dat tussen april en september 2020 minder dan 20 % van de Nederlanders buitenshuis een mondkapje droeg, maar aan het eind van 2020 steeg het gebruik van een mondkapje sterk (figuur 19).

Figuur 19. Het gebruik van een mondkapje steeg aanzienlijk nadat het in oktober 2020 verplicht was geworden

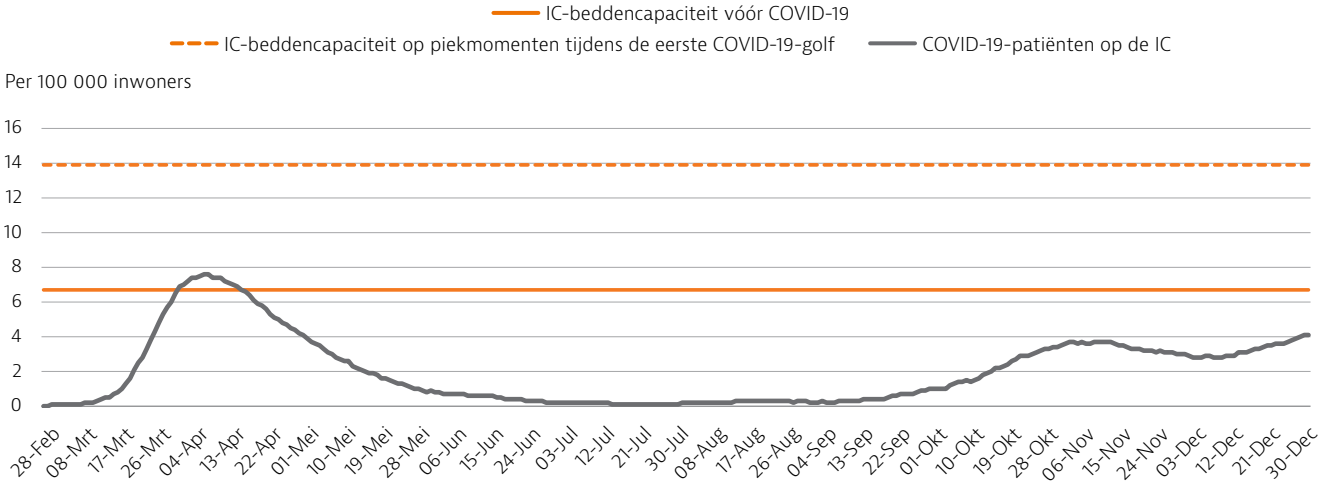


Bron: YouGov-gegevens (http://www.coviddatahub.com/).

Nederland heeft de beddencapaciteit van zijn intensivecareafdelingen snel opgeschaald om COVID-19-patiënten op te vangen

Vóór de COVID-19-pandemie waren er in Nederland gemiddeld 1 150 bedden op de IC-afdeling, met een gemiddelde bezetting van 70 %. Het aantal IC-bedden in Nederland is met 6,7 bedden per 100 000 inwoners een stuk lager dan in veel andere landen in Europa, met inbegrip van het aangrenzende Duitsland (33,4) en België (17,4). Begin april 2020 overschreed het aantal op de IC-afdeling voor COVID-19 behandelde patiënten deze capaciteit (figuur 20). Als reactie hierop heeft het land in maart en april snel een plan opgesteld om de beddencapaciteit op intensive care geleidelijk te vergroten: in de tweede week van april waren er meer dan 1 700 bedden voor de behandeling van COVID-19-patiënten. In juni 2020 daalde het aantal COVID-19-patiënten op de intensive care tot minder dan 100 en het bleef laag in de zomer. Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding heeft een sturende rol gespeeld bij de toewijzing van COVID-19-patiënten aan Nederlandse ziekenhuizen.

Figuur 20. De bezettingsgraad van de intensive care overschreed de eerder bestaande capaciteit slechts kortstondig



Opmerking: de blauwe lijn geeft het dagelijkse aantal COVID-19-patiënten op IC-afdelingen weer; de oranje lijn staat voor de aanvankelijke beddencapaciteit op de IC-afdelingen vóór de pandemie; de oranje stippellijn geeft de aanvullende beddencapaciteit weer die tijdens de pandemie werd gemobiliseerd.
Bronnen: OESO/Europese Unie (2020); Lailor (2020).

Patiënten werden binnen en buiten Nederland overgebracht voor behandeling

Om een optimaal gebruik van IC-bedden te waarborgen, werden COVID-19-patiënten en andere patiënten die mogelijk behoefte hadden aan IC-zorg soms naar andere ziekenhuizen overgebracht. Zo werden op een bepaald moment tijdens de eerste golf 32 van de 34 COVID-19-patiënten in de ziekenhuizen in Groningen in het noorden van Nederland overgebracht naar de zuidelijke provincies Noord-Brabant en Limburg. Eind maart 2020 werden er tot 100 patiënten per dag overgebracht, maar dat aantal verminderde eind april geleidelijk. Het leger coördineerde de operatie met ambulances, mobiele IC's, een speciale bus met IC-faciliteiten en twee helikopters. Er werd politiebegeleiding gebruikt om te zorgen voor vlotte verplaatsingen. Nederland bracht ook patiënten over naar Duitsland en nam het gebruik van IC-bedden in Duitsland op in zijn voorbereidingsplannen voor de tweede golf.

Huisartsen coördineerden COVID-19-zorg en voerden maatregelen uit om routinediensten in stand te houden

Buiten ziekenhuizen zijn huisartsen het eerste contactpunt voor mogelijke gevallen van COVID-19. Het zijn de huisartsen die bepalen of de patiënt in het ziekenhuis moet worden opgenomen, en tot juni 2020 beslisten zij of de patiënt tests moest ondergaan. Zo mogelijk bespreekt de arts vooraf de gevolgen van een opname op de intensive care tijdens een met de patiënt gedeeld besluitvormingsproces, wat in Nederland de standaardpraktijk is. Op basis van dit gesprek kunnen patiënten zelf beslissen of zij op een intensive care of thuis worden behandeld.

Om de routinematige zorg in stand te houden, kregen huisartsen de raad aparte spreekuren te organiseren voor patiënten met ademhalingsklachten, de inloopspreekuren af te schaffen en waar mogelijk gebruik te maken van videoconsulten in plaats van fysieke consulten. Ondanks deze aanpassingen van de zorg daalde het volume van de geleverde diensten aanzienlijk, vooral tijdens de eerste golf. Tussen 12 maart en 20 april gaven de huisartsen ongeveer 360 000 minder verwijzingen af dan normaal, en leidden ongeveer 290 500 eerder uitgebrachte verwijzingen niet tot specialistische consulten.

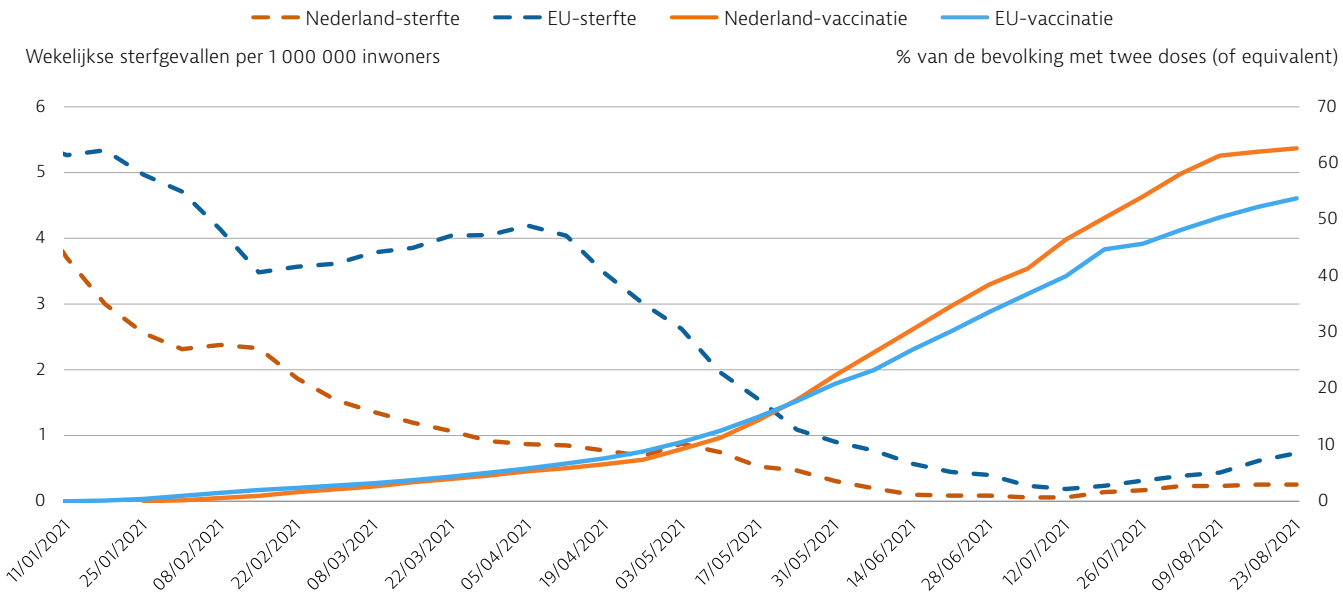
De uitrol van de COVID-19-vaccinatie verliep aanvankelijk stroef, maar werd al snel opgevoerd

In het oorspronkelijke vaccinatieprogramma dat door de Nederlandse Gezondheidsraad is opgesteld, werden personen ouder dan 60 jaar en risicogroepen aangemerkt als de eersten die een COVID-19-vaccinatie moesten krijgen. Deze groepen kregen prioriteit omdat zij het grootste risico liepen op overlijden door COVID-19, met name personen die in instellingen voor langdurige zorg wonen. Ziekenhuisorganisaties benadrukten echter dat gezondheidswerkers op COVID-19- en IC-afdelingen als eersten moesten worden gevaccineerd, gevolgd door verpleeghuispersoneel en huisartsen. Dit tegenstrijdige advies, in combinatie met vertragingen bij de inkoop van het vaccin, leidde tot een tragere start van vaccinaties dan in veel andere EU-landen. Na deze trage start steeg het vaccinatiepercentage in mei 2021 en overtrof het het EU-gemiddelde. Dit droeg bij tot een daling van het aantal sterfgevallen als gevolg van COVID-19 in Nederland (figuur 21).

Het RIVM houdt toezicht op de vaccinatiecampagne en was aanvankelijk van plan gebruik te maken van kanalen voor andere vaccinatie-inspanningen, zoals seizoensgriep, die op lokaal niveau functioneren. Het feit dat bepaalde vaccins op zeer lage temperatuur moesten worden bewaard en de

kleinschaligheid van huisartspraktijken maakten dit echter onwerkbaar en de strategie moest snel worden aangepast en grootschaligere vaccinatiecentra omvatten. De eerste COVID-19-vaccinaties werden uitgevoerd voor personeel van acute zorg en personen ouder dan 75 jaar, gevolgd door het personeel van verzorgingstehuizen. Huisartsen begonnen met de toediening van vaccins op 16 februari 2021, toen het eerste vaccin dat niet op zeer lage temperatuur moest worden bewaard, beschikbaar werd. Eind augustus 2021 had 63 % van de bevolking twee doses (of equivalent) van een COVID-19-vaccin ontvangen — bijna 10 procentpunten boven het EU-gemiddelde.

Figuur 21. Het aantal sterfgevallen door COVID-19 is tijdens de vaccinatiecampagne gedaald



Opmerking: het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde (het aantal landen dat voor het gemiddelde wordt gebruikt, varieert afhankelijk van de week).
Bronnen: ECDC voor gevallen van COVID-19 en Our World In Data voor vaccinatiepercentages.

Een sterk gedecentraliseerde gegevensstructuur en groepen voor privacybescherming beperken het delen van gezondheidsinformatie

Nederland beschikt niet over een centraal systeem voor elektronische medische dossiers en veel verschillende zorgverleners hanteren systemen voor elektronische medische dossiers die niet interoperabel zijn. Een organisatie vergemakkelijkt de toegang tot medische dossiers van patiënten in geval van spoedeisende zorg. Normaal gesproken is hiervoor een uitdrukkelijke schriftelijke toestemming vereist van patiënten in hun woonplaats. Tijdens de COVID-19-pandemie werden patiënten naar verschillende regio's overgebracht en was het niet altijd mogelijk om toestemming te vragen, zodat huisartsen dankzij tijdelijke richtsnoeren zonder voorafgaande toestemming patiëntgegevens konden delen met andere zorgverleners. Organisaties voor privacybescherming beschouwen deze maatregel als controversieel: zij maken zich zorgen over het feit dat derden naast de behandelende arts toegang tot de gegevens zouden kunnen krijgen. Deze discussie zal waarschijnlijk worden voortgezet in het kader van de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, die is ontworpen om de uitwisseling van en de toegang tot verschillende soorten gezondheidsgegevens te bevorderen ter ondersteuning van de verstrekking van gezondheidszorg en het onderzoek en de beleidsvorming op gezondheidsgebied (Europese Commissie, 2021b).

6 Belangrijkste bevindingen

- Met 81,5 jaar in 2020 blijft de levensverwachting in Nederland ongeveer een jaar hoger dan het EU-gemiddelde. De stijging is de afgelopen tien jaar vertraagd en de levensverwachting is tussen 2019 en 2020 tijdelijk met meer dan 8 maanden gedaald gedurende de COVID-19-pandemie. Longkanker, beroerte en ischemische hartziekte waren in 2019 goed voor bijna een vijfde van de sterfgevallen, maar in 2020 werd 1 op de 15 sterfgevallen toegeschreven aan COVID-19.

- Nederland heeft een lager sterftecijfer als gevolg van vermijdbare en behandelbare oorzaken dan het EU-gemiddelde. Longkanker is verantwoordelijk voor 30 % van alle sterfgevallen als gevolg van vermijdbare oorzaken, terwijl 40 % van de sterfgevallen als gevolg van behandelbare oorzaken toe te schrijven is aan darmkanker en borstkanker. De sterfte als gevolg van andere behandelbare oorzaken, zoals ischemische hartziekte, beroerten en longontsteking, behoorde tot de laagste in de EU. Hoewel een groot deel van de sterfgevallen als gevolg van vermijdbare en behandelbare oorzaken aan kanker is te wijten, ligt het overlevingspercentage na vijf jaar voor kanker in Nederland boven het EU-gemiddelde.

- De Nederlandse bevolking meldt over het algemeen weinig onvervulde behoeften aan medische behandelingen, en de overheidsregulering garandeert universele en gelijke toegang tot betaalbare zorg. In 2019 meldde slechts 0,2 % van de ondervraagde bevolking onvervulde medische behoeften, maar uit aanvullend onderzoek blijkt dat meer dan 15 % van de respondenten in de eerste 12 maanden van de COVID-19-pandemie van zorg moest afzien. Veel niet-spoedeisende diensten werden geannuleerd of uitgesteld, waardoor de wachttijden die in de extramurale zorg al waren toegenomen, nog meer kunnen oplopen.

- Nederland is een van de landen van de EU die het meest uitgeeft aan langdurige zorg en preventie, en het minst aan extramurale geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Verschillende factoren kunnen hebben bijgedragen aan lage uitgaven voor geneesmiddelen, waaronder een lange geschiedenis van het beleid inzake volume- en prijsbeheersing, een conservatieve benadering door huisartsen bij het verstrekken van voorschriften en beproefde processen voor de evaluatie van gezondheidstechnologie. De internationale samenwerking via het Beneluxa-initiatief is er ook op gericht om de samenwerking op het gebied van geneesmiddelenbeleid en inkoop te verbeteren. De overheidsuitgaven dekken een hoog percentage van de uitgaven voor gezondheidszorg, met uitzondering van tandheelkundige zorg, waarvoor veel mensen zijn verzekerd door middel van een vrijwillige ziektekostenverzekering. De eigen uitgaven in Nederland, die iets meer dan 10 % bedragen, liggen aanzienlijk onder het EU-gemiddelde van 15 %, terwijl de uitgaven voor vrijwillige ziektekostenverzekeringen hoger zijn dan het EU-gemiddelde.

- Nederland beschikte vóór de COVID-19-pandemie weliswaar over een nationaal rampenbestrijdingsplan en een hoog niveau van paraatheid, maar de respons van het zorgstelsel stuitte op obstakels. Met name de inspanningen op het gebied van testen, bron- en contactonderzoek en vaccinatie werden gedwarsboomd door beperkte capaciteit, versplintering en een gebrek aan coördinatie. Positiever was dat het bestaande poortwachtsysteem voor eerstelijnszorg een gedeelde besluitvorming tussen de patiënt en de zorgverlener bood om de gewenste behandeling voor COVID-19-patiënten te bepalen.

- De noodzaak van een gecoördineerde respons op de COVID-19-pandemie — bijvoorbeeld bij het traceren van contacten en het testen — kreeg voorrang op bestaande structuren in het Nederlandse zorgstelsel dat betalers en zorgverleners onderling scheidde, en het ministerie van Volksgezondheid werd belet directe ingrepen in het systeem aan te brengen. De tijdelijke wetgeving actualiseerde de financiële betrekkingen en het patiëntenbeheer om de nodige maatregelen op nationaal niveau mogelijk te maken, zoals het overbrengen van patiënten tussen regio's en het delen van patiëntgegevens.

Belangrijkste bronnen

Kroneman M et al. (2016), *The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition,* 18(2):1-239.

OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle.* Paris, OECD Publishing.

Referenties

Algemene Rekenkamer (2020), *Testen op Corona,* https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/09/23/testen-op-corona

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.*

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe.*

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan.*

European Commission (2021b), *The European Health Data Space.*

Lailor A (2020), *Number of ICU beds needed will decrease to normal levels by 1 May,* OMT expects, https://dutchreview.com/news/number-of-icu-beds-needed-will-decrease-to-normal-levels-by-1-may-omt-expects.

RIVM (2019), *Bevolkingsonderzoek darmkanker is succesvol.* Bilthoven.

Volksgezondheidenzorg (2021), *Public health and health care information.* http://www.volksgezondheidenzorg.info.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – The Netherlands.

Landenafkortingen

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

European Commission

State of Health in the EU
Landenprofiel Gezondheid 2021

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

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

In elk landenprofiel wordt een korte samenvatting gegeven van:

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

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

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

Gelieve deze publicatie te citeren als: OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Nederland: Landenprofiel gezondheid 2021, Gezondheidstoestand in de EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264739765 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO