

# 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 ‘systeendoelen’ 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 & Gijzen, 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 verzekeren 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.

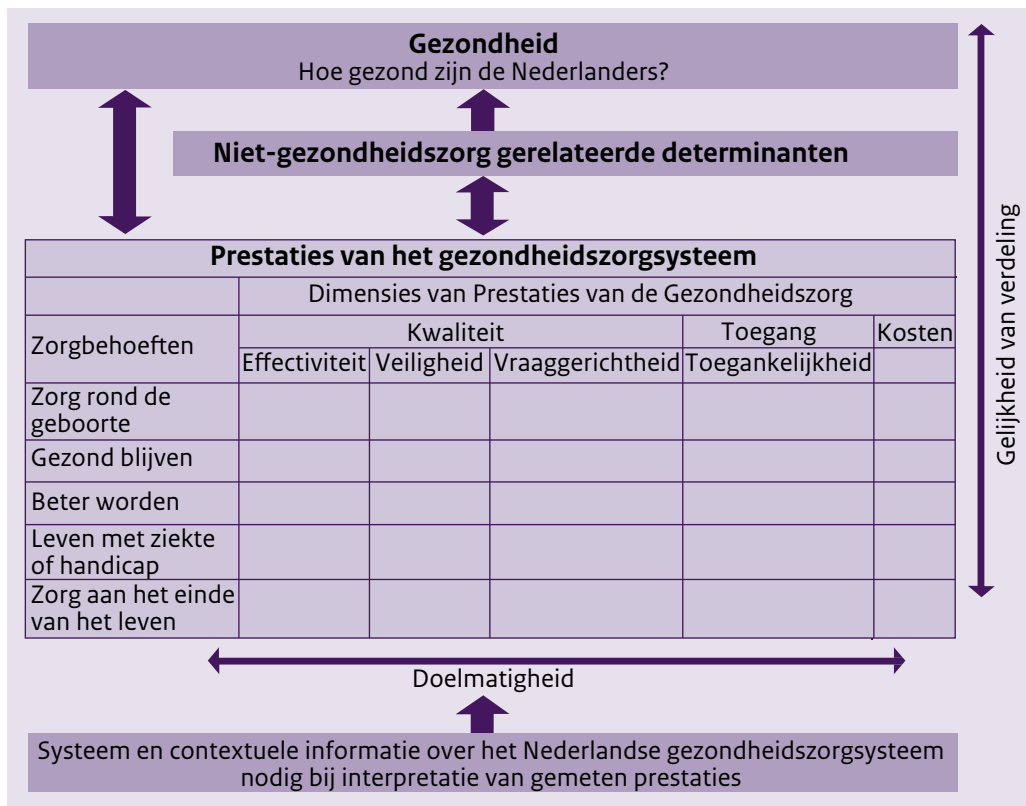
## 1.4 De aanpak

Het ministerie van VWS heeft voor de Zorgbalans zogenaamde ‘indicator domeinen’ 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 indicator domeinen en indicatoren is opgenomen in *bijlage 2* en is ook terug te vinden op de website.

De indicator domeinen 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.

