

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 zorggeuro'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 welzijnzorg. 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 welzijnzorg (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 welzijnzorg. 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

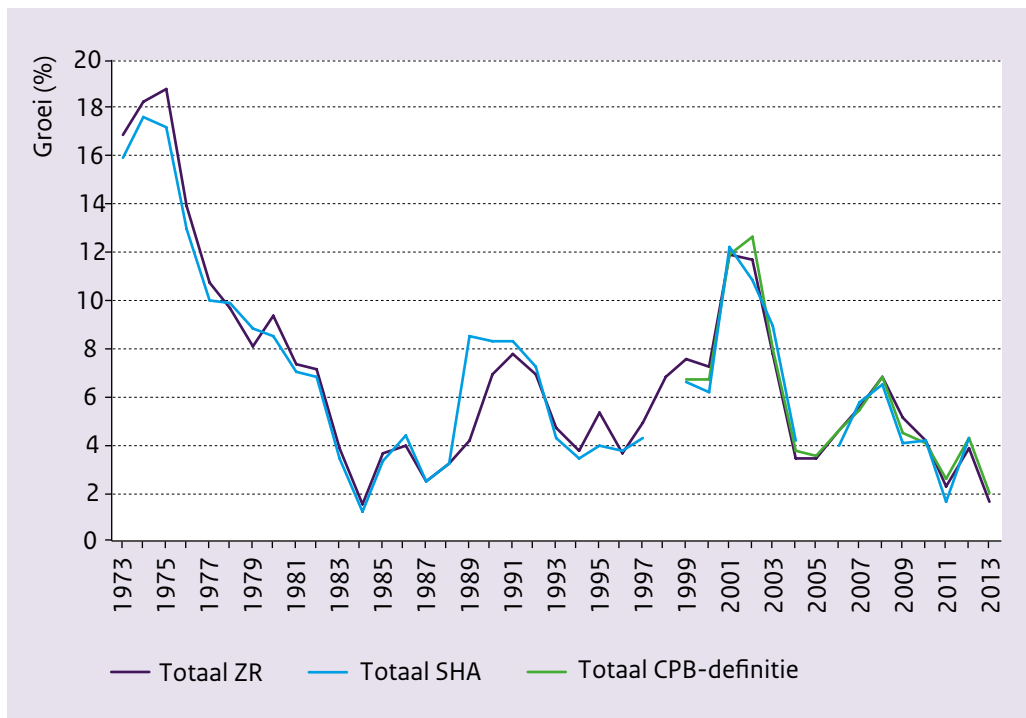
8.3 Stand van zaken - zorguitgaven

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

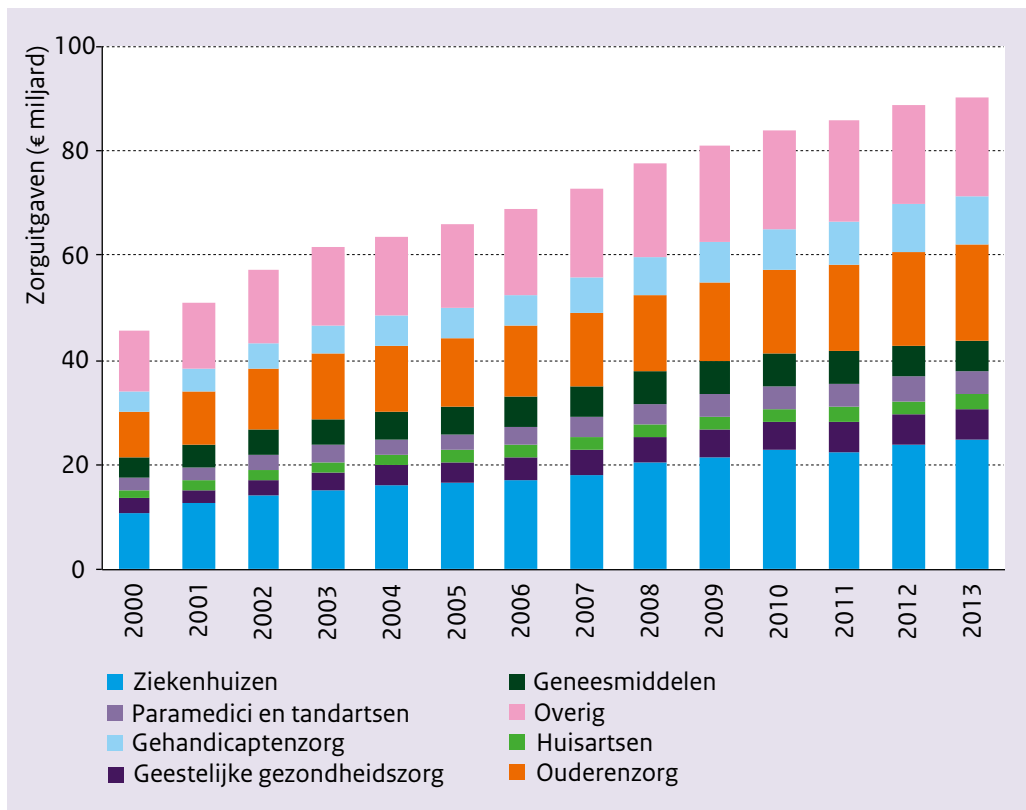


^a De CPB-reeks kan vanwege data-beschikbaarheid worden gemaakt vanaf 1998. In de SHA-reeks zitten twee gaten (1998 en 2005) omdat in die jaren vanwege een definitiewijziging geen betrouwbaar groeicijfer beschikbaar is. 2012 en 2013 zijn voorlopige cijfers.

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.

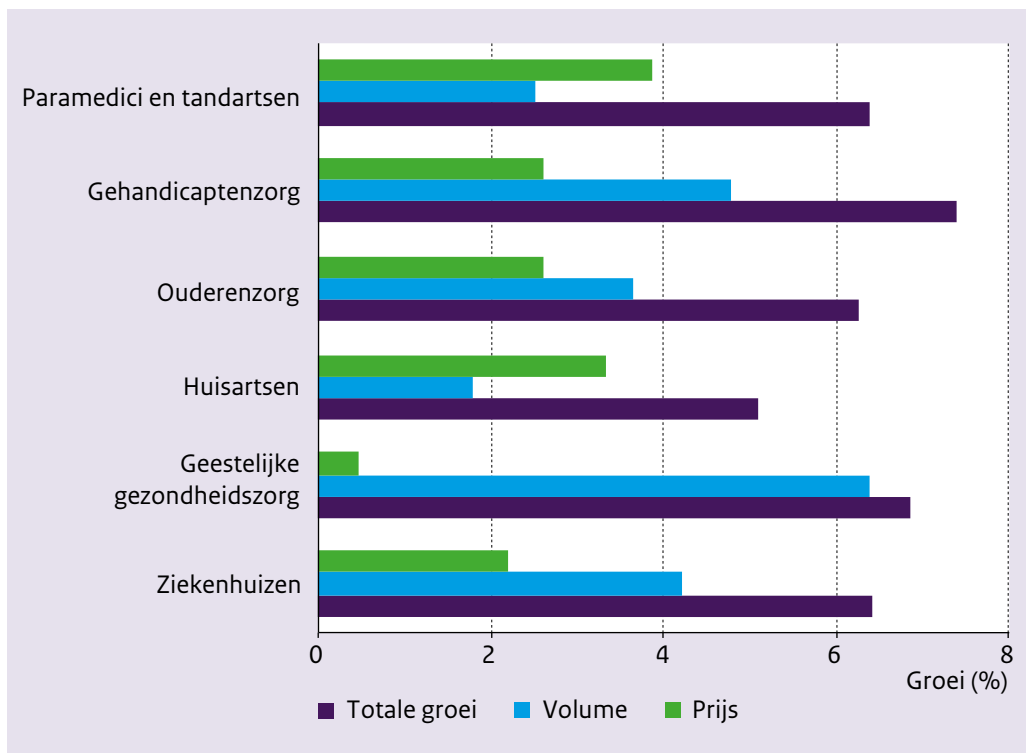
In de periode 1999-2003 was de uitgavengroei hoog in vergelijking met latere periodes en ook in vergelijking met de historische ontwikkeling. Sinds medio jaren 70 van de vorige eeuw was de groei niet zo hoog geweest (zie *figuur 8.1*). In deze periode was er sprake van een sterk prijseffect zoals *tabel 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

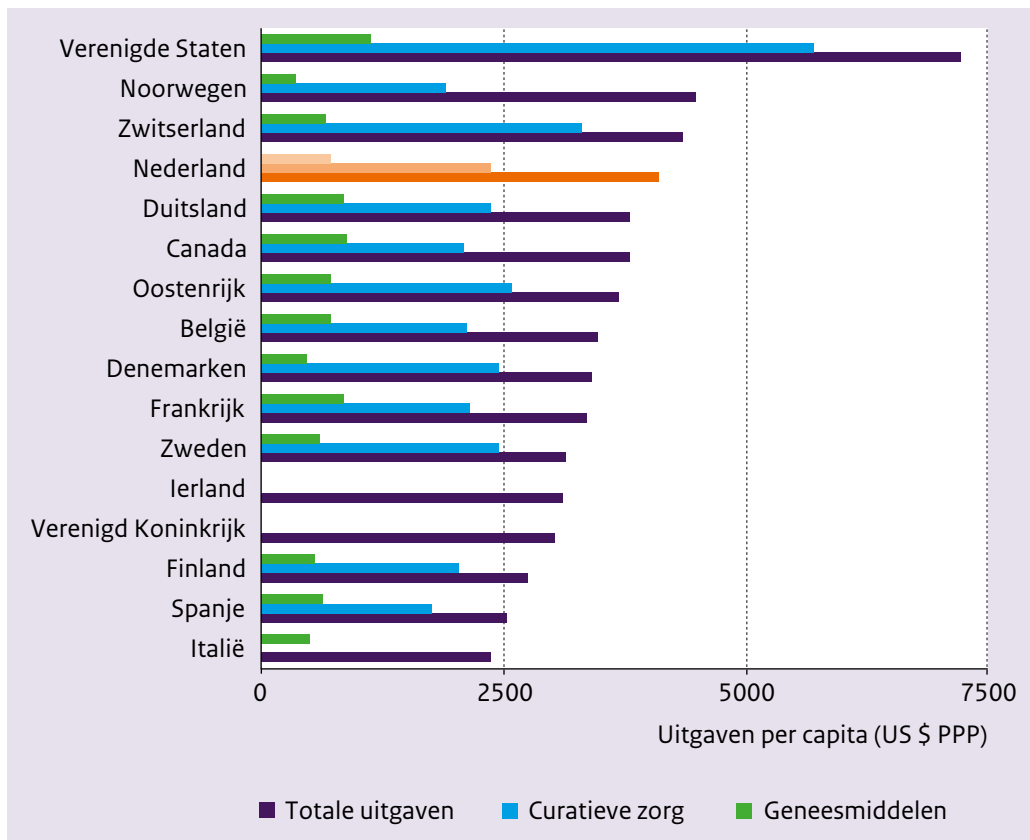
De totale zorguitgaven per hoofd van de bevolking waren voor Nederland in 2011 bovengemiddeld in vergelijking met vijftien andere westerse hoge inkomenslanden (zie *figuur 8.4*). De zorguitgaven waren alleen hoger in Zwitserland, Noorwegen en de Verenigde Staten. Er is wel een verschil tussen de verschillende 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” (HC.5.1 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.

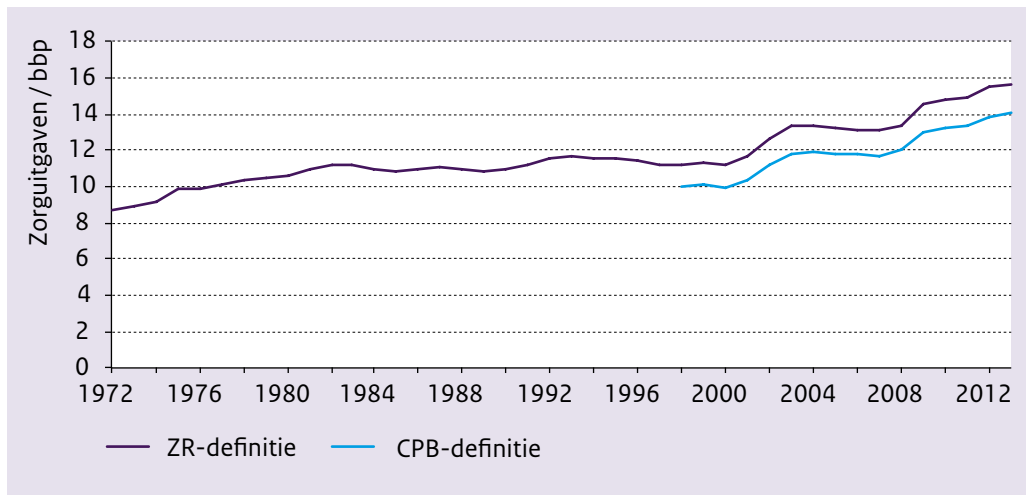
Internationaal gezien was een daling in de uitgavengroei zichtbaar in verschillende zorgsectoren: zowel in de curatieve en langdurige zorg als voor geneesmiddelen en preventie (Morgan & Astolfi, 2013; OECD, 2013a). De uitgaven aan preventie daalden (procentueel) het sterkst in 2010 en 2011 internationaal, 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



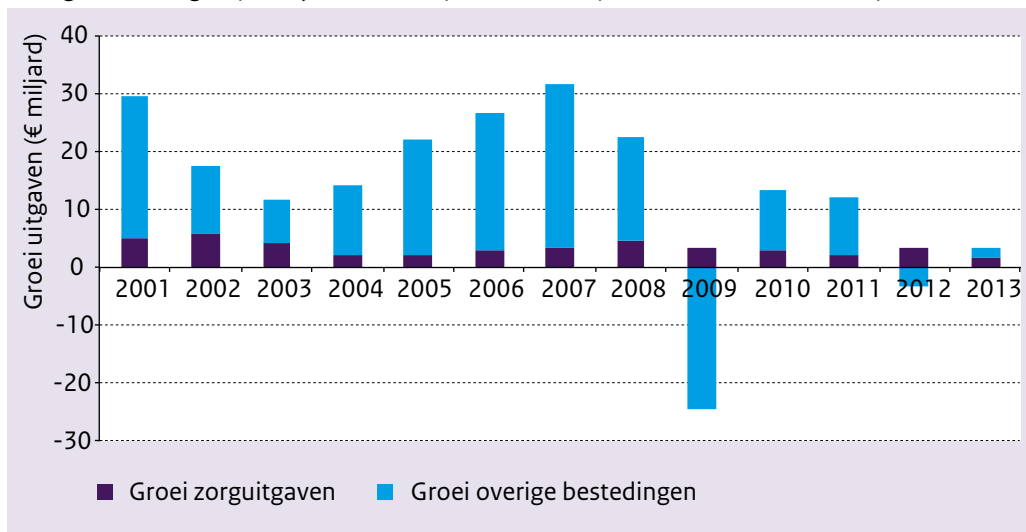
^a 2011 en 2012 zijn voorlopige cijfers

het niveau van huishoudens) (Chernew et al., 2009). *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.

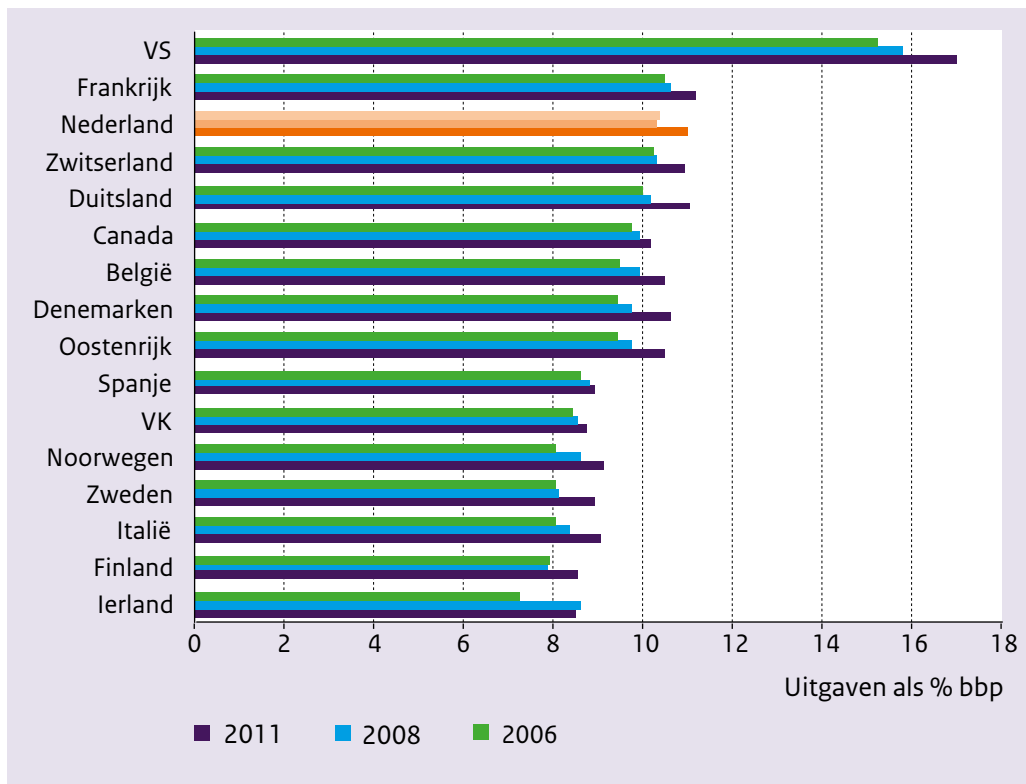
¹ Chernew en collega's (2009) definieerden betaalbaarheid als volgt: "... Medicare Technical Review panel employed the second approach to defining affordability—that there would never be a downward trend in non-health spending—and we adopt this definition."

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).

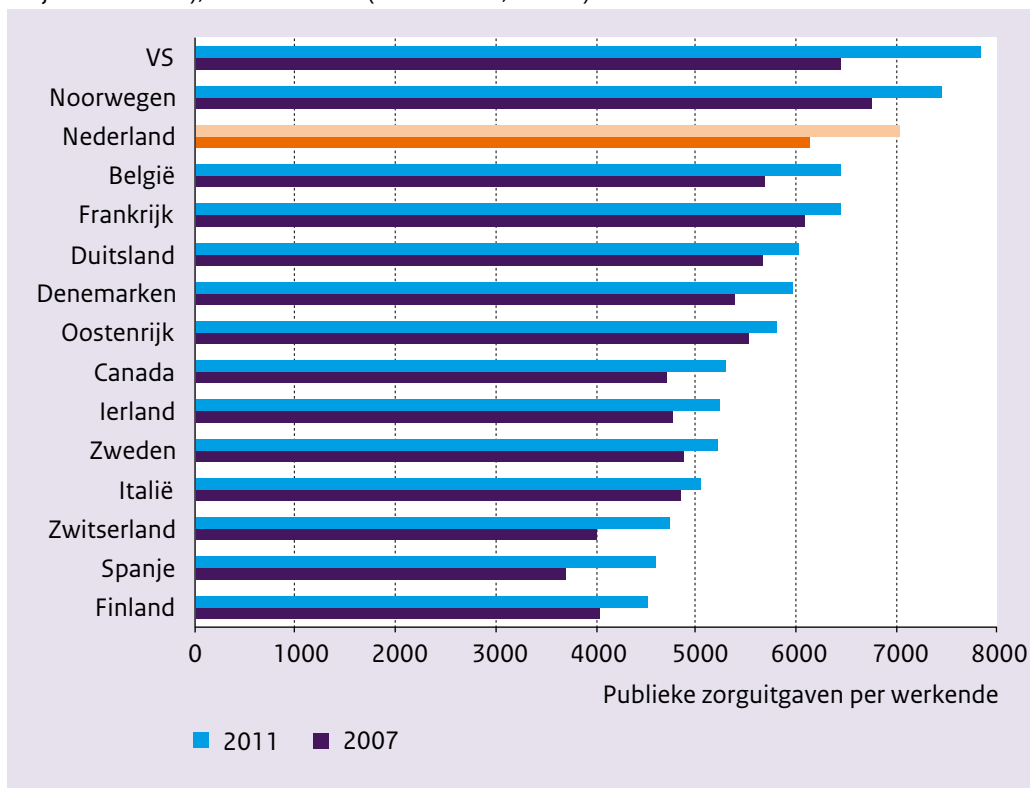
	2000	2004	2008	2012
Zorg	13,3	15,6	19,0	21,4
Openbaar bestuur	22,9	23,2	22,5	21,0
Veiligheid	2,9	3,9	3,9	3,8
Defensie	2,9	2,8	2,4	2,2
Infrastructuur	3,6	3,7	3,7	3,4
Onderwijs	10,7	11,1	11,0	10,7
Sociale zekerheid	24,9	24,9	24,0	25,8
Overdrachten aan bedrijven	5,1	4,6	3,5	3,6
Internationale samenwerking	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



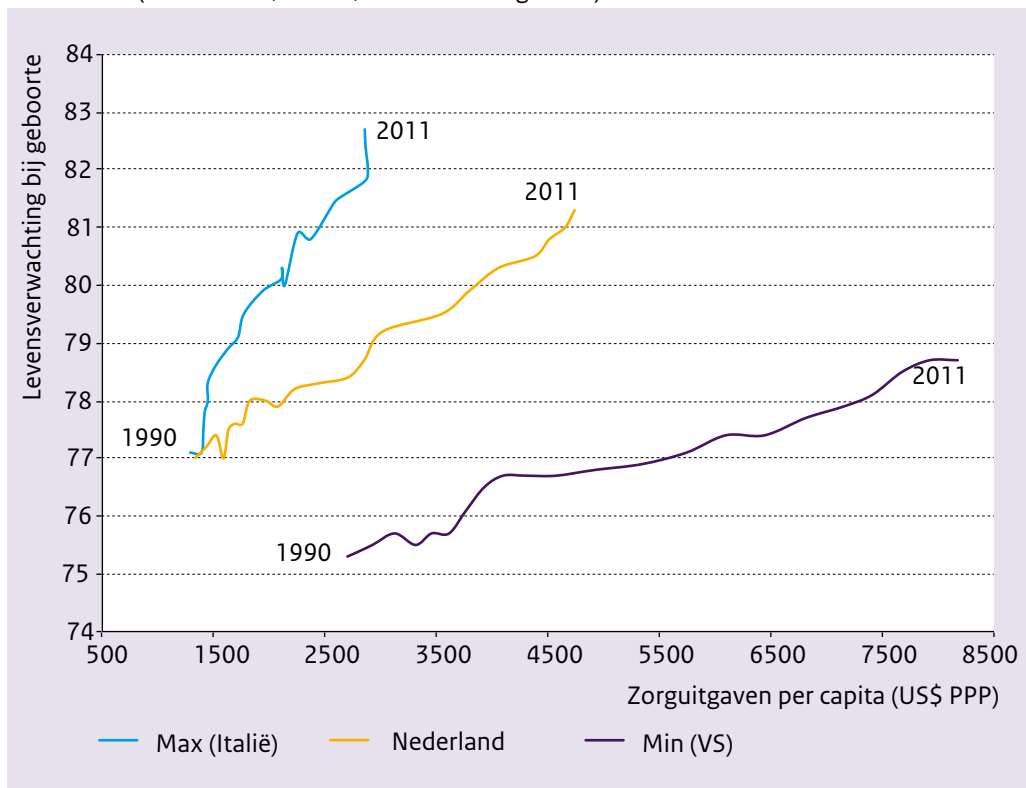
^a Aantal werkenden volgens OECD definitie “total civilian employment”, weergegeven in aantal personen, dus ongecorrigeerd voor internationale verschillen in het aantal uren per werkende.

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 82,8 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.

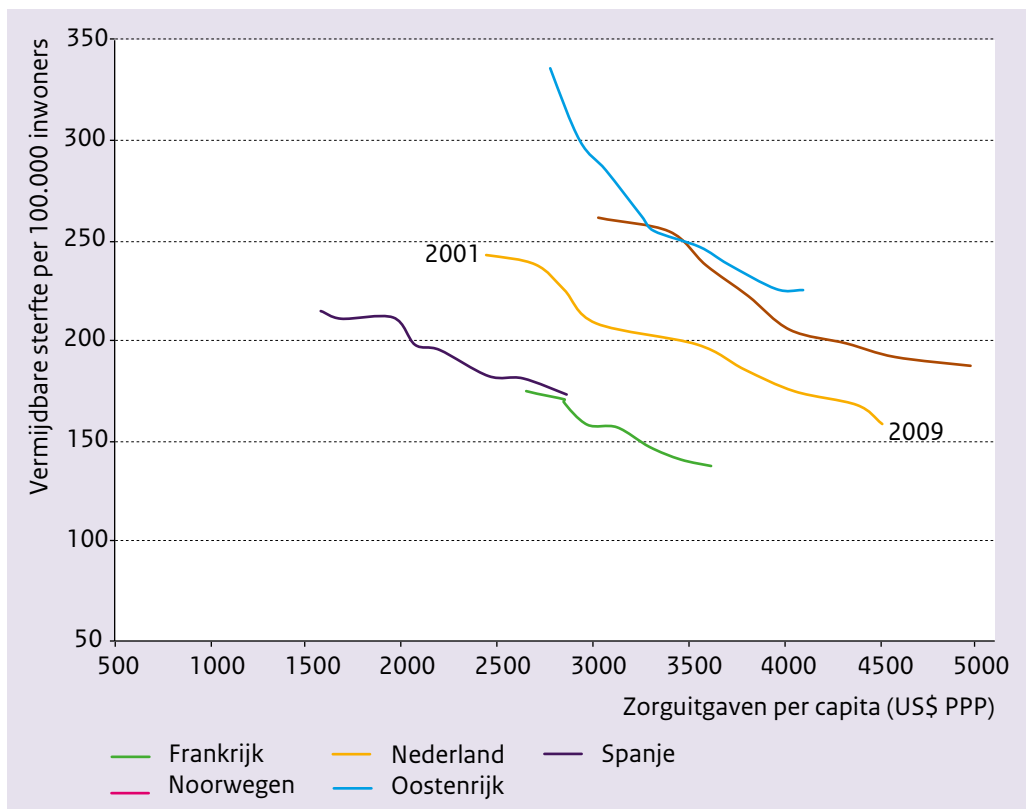
De trend in levensverwachting wordt ook beïnvloed door andere factoren zoals veranderingen in demografie, leefstijl of sociaaleconomische factoren. *Figuur 8.9* moet dan ook vooral worden gezien als een doelmatigheidsindicator. Toch hebben verschillende (internationale) studies, waarin voor zover mogelijk 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

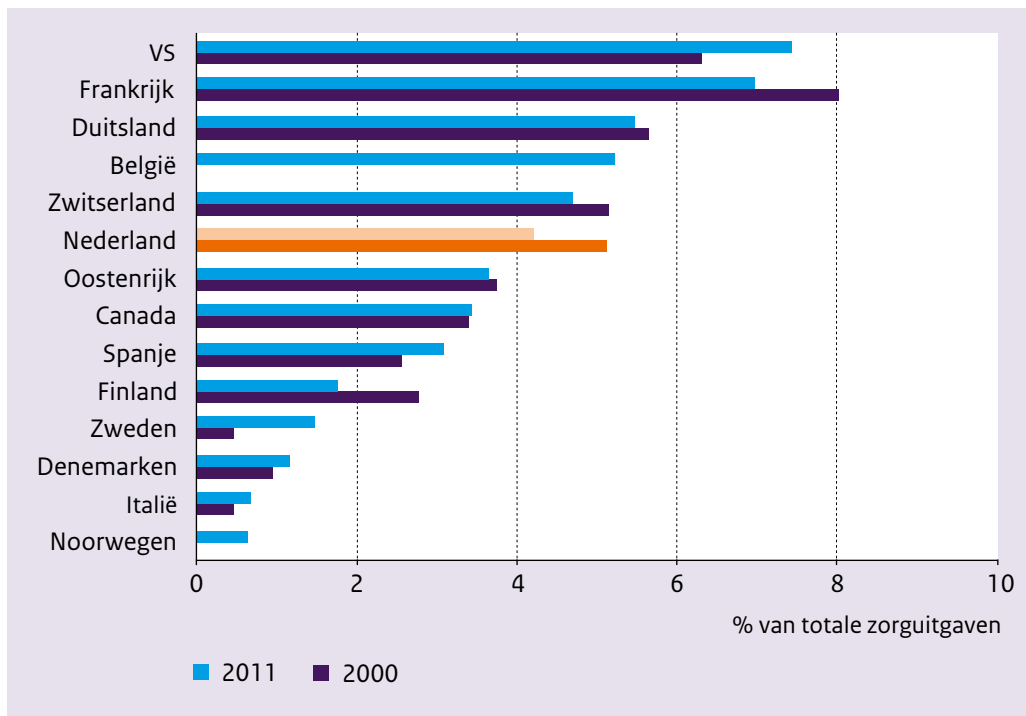


^a Max en min zijn gebaseerd op een selectie van 15 landen: België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Zwitserland

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.

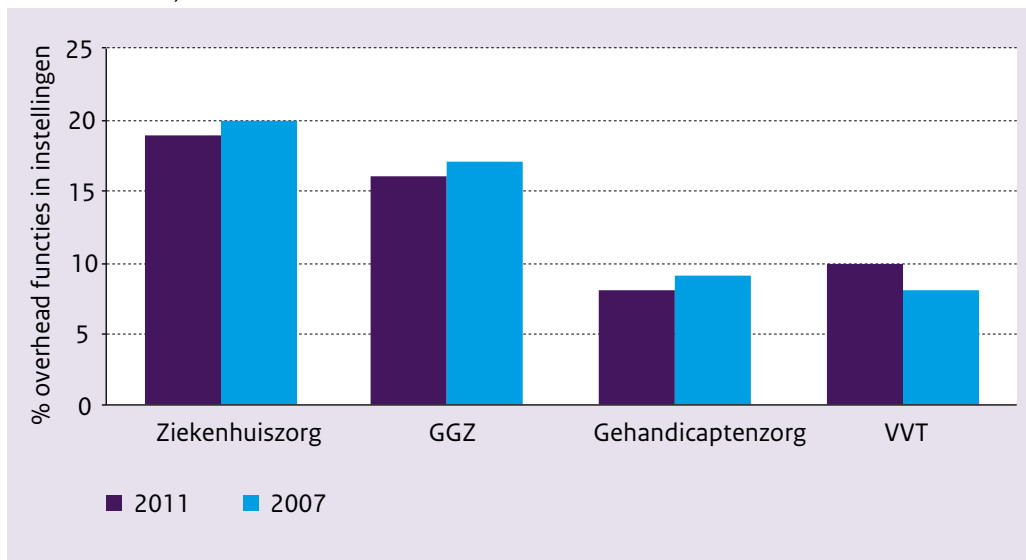
Figuur 8.11: Uitgaven aan ‘health administration and insurance’ als percentage van de totale zorguitgaven, 2000 en 2011 (Bron: OECD, 2013e; databewerking RIVM).



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).

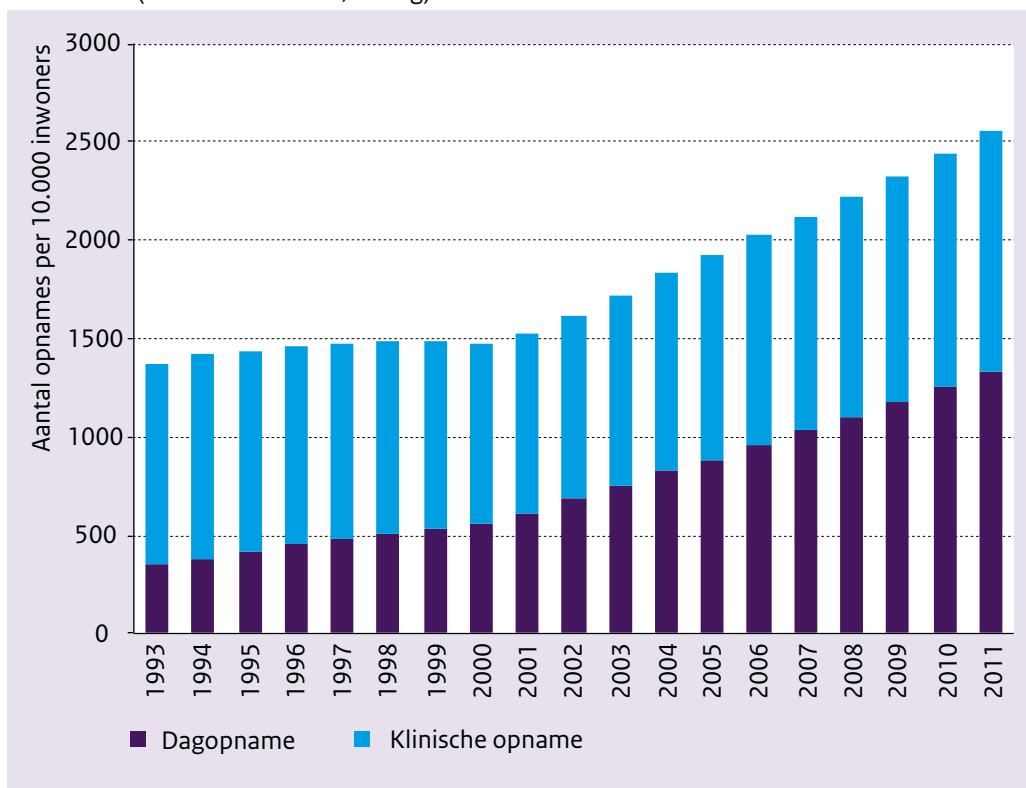


De productiviteit in de ziekenhuiszorg is in het afgelopen decennium toegenomen alhoewel er onvoldoende zicht is op de toegevoegde waarde (gezondheidswinst) van de extra geleverde zorg

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).

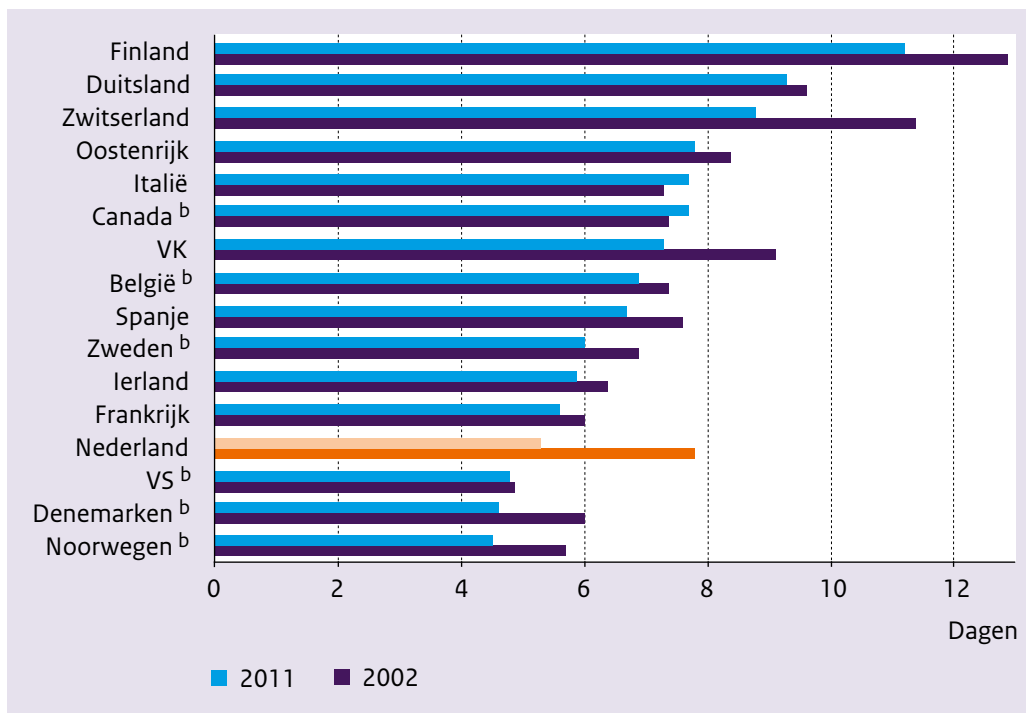


In 2012 lijkt er een verandering op te treden, in ieder geval wat betreft de groei van het aantal opnames (DHD, 2014; NVZ, 2013; Vandermeulen, 2014). Het aantal dagopnames steeg minder snel dan de jaren ervoor en het aantal klinische opnames en eerste polikliniekbezoeken (EPB) daalde licht. Dit is overigens 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)

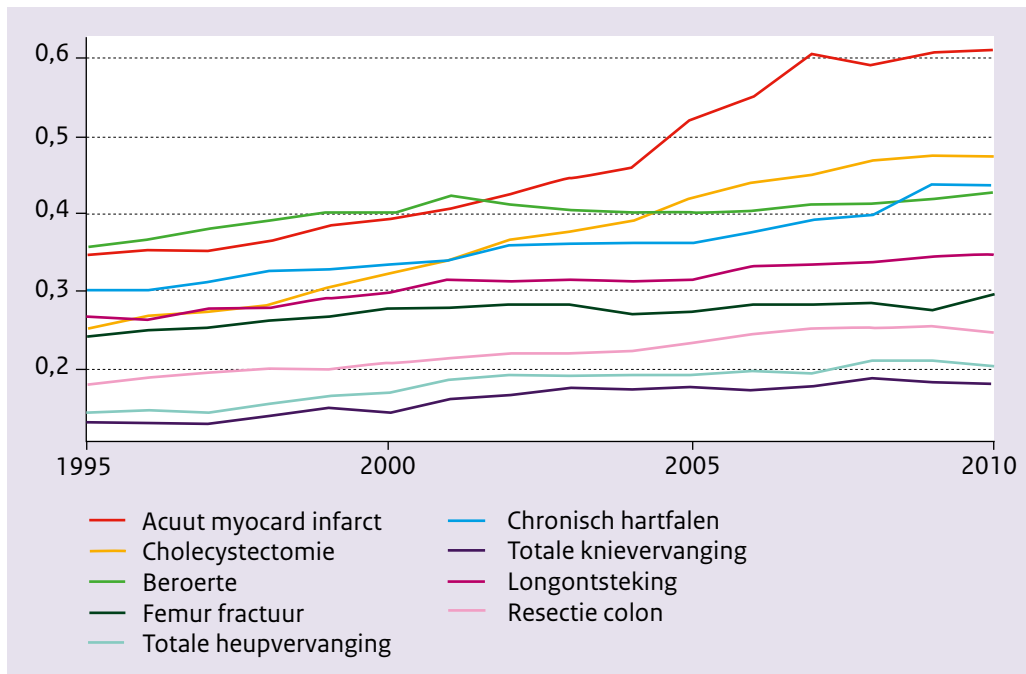
^b 2010 in plaats van 2011

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 dichterbij 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 patiëntcategorieën² (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 myocardi 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 Vijssel et al., submitted).^a



^a Variatiecoëfficiënt=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.

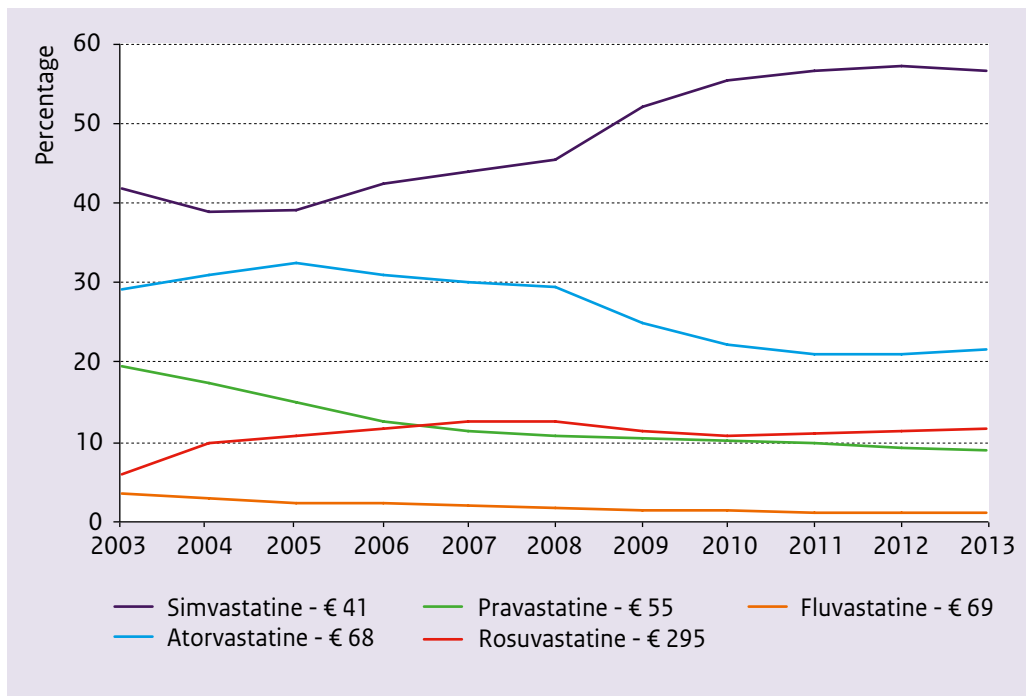
De ontwikkeling van de variatie suggereert dat er nog ruimte is voor verdere verkorting van de ligduur. De vraag is nog in hoeverre deze kan dalen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. Tot op heden geven verschillende studies hier geen indicatie voor (Clarke, 2002; Borghans, 2012).

De doelmatigheid van extramuraal geneesmiddelengebruik is sinds 2008 verbeterd

Sinds 2008 is de groei van de uitgaven aan extramuraal 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).

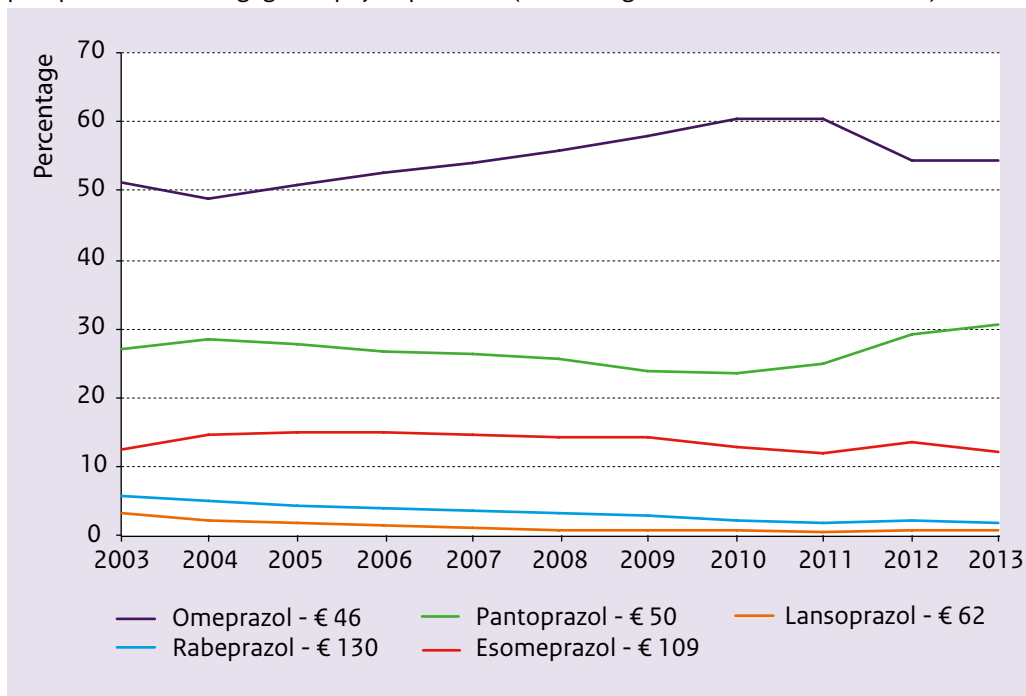


percentage simvastatine en omeprazol dat wordt voorgeschreven aan nieuwe gebruikers (CVZ, 2013b).

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, protonpomprenners, All-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 spreiding⁴ 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 protonpomprenners en van 6-100% voor All-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).



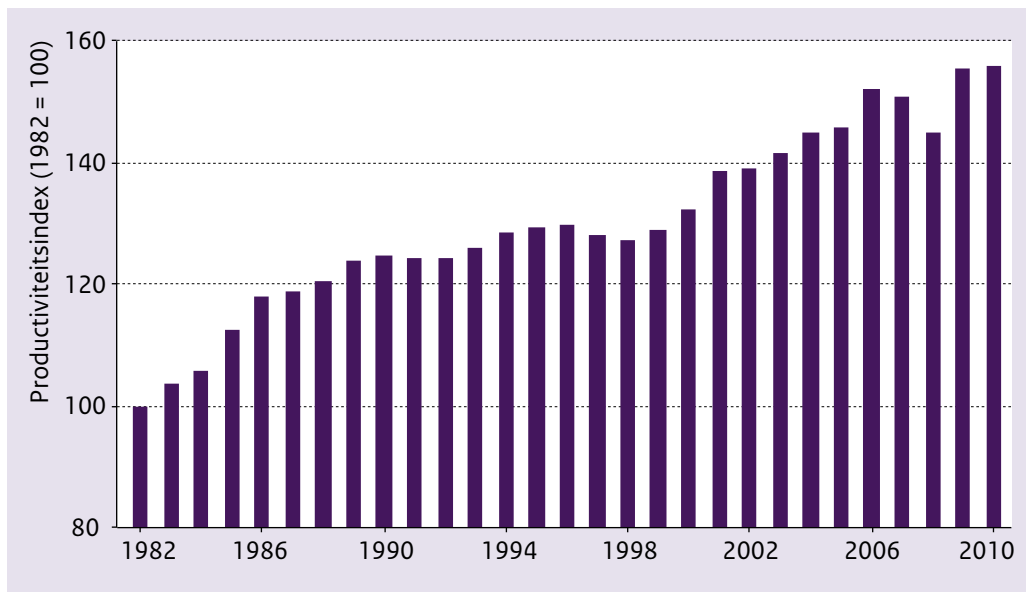
Eerder onderzoek heeft aangetoond dat verschillende factoren het voorschrijfgedrag van huisartsen beïnvloeden. Deze factoren kunnen zijn: medische opleiding, preferenties en gewoonten van artsen, de farmaceutische industrie, de mondigheid van de patiënt, en overheid en zorgverzekeraars (Haaijer-Ruskamp & 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 zorgswaarde 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 extramuraal 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.

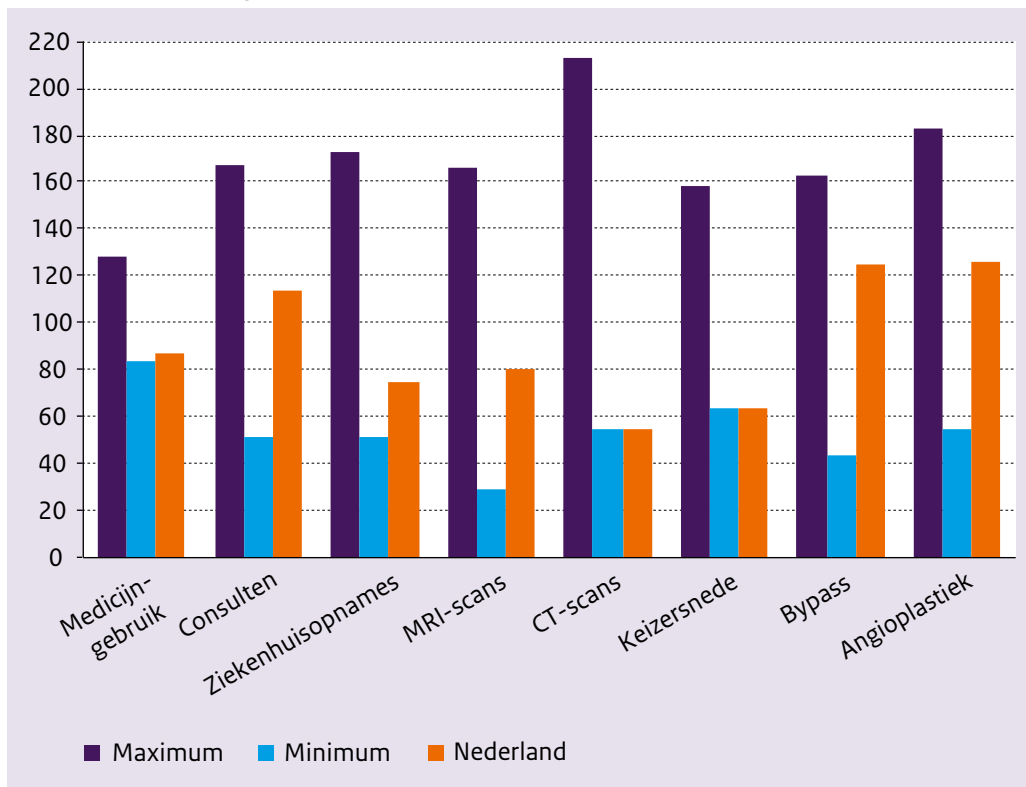
In vergelijking met andere westerse landen lijkt de hoeveelheid geleverde zorg in Nederland gemiddeld of beneden gemiddeld voor de meeste indicatoren

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 Geïnccludeerde 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 gezondheidszorg.

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-verrichtingen⁵ 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.