

State of Health in the EU

Nederland

Landenprofiel gezondheid 2023

De landenprofielen-reeks

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. De profielen beschrijven vooral 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. Voor het eerst sinds de start van de reeks introduceert de editie 2023 van de landenprofielen gezondheid een speciale rubriek over geestelijke gezondheid.

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 expertgroep 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	9
5. PRESTATIES VAN HET ZORGSTELSEL	12
5.1 Effectiviteit	12
5.2 Toegankelijkheid	15
5.3 Aanpassingsvermogen	16
6. MENTALE GEZONDHEID IN DE SCHIJNWERPERS	19
7. 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 European Centre for Disease Prevention and Control (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 2023 voltooid op basis van gegevens die vanaf de eerste helft van september 2023 beschikbaar waren.

Demografische en sociaaleconomische context in Nederland, 2022

Demografische factoren

	Nederland	EU
Bevolkingsgrootte	17 590 672	446 735 291
Aandeel van de bevolking ouder dan 65 (%)	20,0	21,1
Vruchtbaarheidscijfer ¹ (2021)	1,6	1,5

Sociaaleconomische factoren

Bbp per hoofd van de bevolking (EUR KKP ²)	46 093	35 219
Relatieve armoede ³ (%)	14,5	16,5
Werkloosheidspercentage (%)	3,5	6,2

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: Dit werk wordt gepubliceerd onder de verantwoordelijkheid van de secretaris-generaal van de OESO. De hierin geuite meningen en gebruikte argumenten weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs de officiële standpunten van de lidstaten van de OESO. De standpunten en meningen in publicaties van het Europees Observatorium voor gezondheidszorgstelsels en -beleid vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs het officiële beleid van de deelnemende organisaties. In het geval van een discrepantie tussen het oorspronkelijke werk in het Engels en de vertaling, dient alleen de tekst van het oorspronkelijke werk als geldig te worden beschouwd.

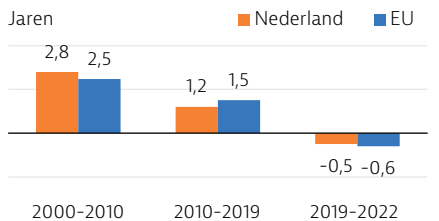
Dit werk is tot stand gekomen met financiële steun van de Europese Unie. De standpunten die hierin naar voren worden gebracht, kunnen op geen enkele wijze worden opgevat als de officiële mening van de Europese Unie.

De namen en vertegenwoordiging van landen en gebieden die in deze gezamenlijke publicatie worden gebruikt, volgen de praktijk van de WHO.

Territoriale disclaimers van toepassing op de OESO: Dit document en alle gegevens en kaarten in dit document doen geen afbreuk aan de status van of soevereiniteit over enig grondgebied, de afbakening van internationale grenzen en limieten en de naam van enig grondgebied, stad of gebied. Aanvullende specifieke disclaimers zijn hier beschikbaar.

Territoriale disclaimers van toepassing op de WHO: De gebruikte benamingen en de presentatie van dit materiaal impliceren niet de uitdrukking van welke mening dan ook van de kant van de WHO met betrekking tot de wettelijke status van een land, grondgebied, stad of gebied of van de autoriteiten daarvan, of met betrekking tot de afbakening van de grenzen of begrenzingslijnen daarvan. Stippellijnen en stippellijnen op kaarten geven bij benadering grenslijnen weer waarover mogelijk nog geen volledige overeenstemming bestaat.

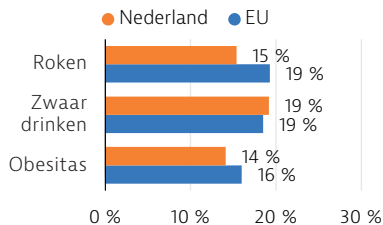
1 Hoofdpunten



Veranderingen in de levensverwachting bij geboorte

Gezondheidstoestand

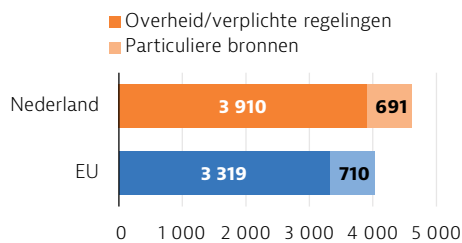
Tijdens de twee decennia voorafgaand aan de COVID-19-pandemie steeg de levensverwachting in Nederland in overeenstemming met het EU-gemiddelde, en de daling ervan tijdens de hele periode van de pandemie was in vergelijking minder hevig. De levensverwachting bedroeg 81,7 jaar in 2022, wat 6 maanden minder is dan in 2019. Tijdens de hele periode van de pandemie bleef de oversterfte dicht bij het EU-gemiddelde, met een piek van bijna 14 % in 2020.



% van de volwassen bevolking, 2019

Risicofactoren

Het aan gedragsgerelateerde risicofactoren gelinkte sterftcijfer in Nederland bedraagt iets minder dan het EU-gemiddelde. De prevalentie van roken en obesitas is in vergelijking laag, terwijl zwaar episodisch drinken op gelijke hoogte ligt als het EU-gemiddelde. Roken en obesitas komen vaker voor bij mensen met een laag opleidingsniveau, terwijl zwaar alcoholgebruik meer voorkomt bij de hoogst opgeleiden.



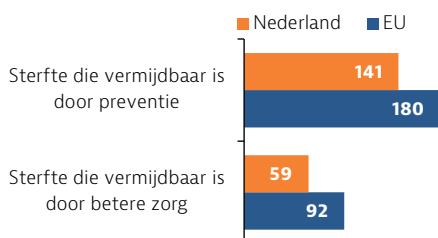
EUR KKP per hoofd van de bevolking, 2021

Zorgstelsel

In 2021 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking 4 570 EUR, het op twee na hoogste bedrag in de EU, hoewel de uitgaven slechts licht boven het EU-gemiddelde lagen wanneer gemeten als percentage van het bbp. De COVID-19 gerelateerde overheidsuitgaven leidden in 2020 en 2021 tot sterk gestegen uitgaven voor gezondheidszorg. De openbare middelen waren goed voor bijna 85 % van de uitgaven voor gezondheidszorg, wat meer is dan het EU-gemiddelde van 81 %.

Effectiviteit

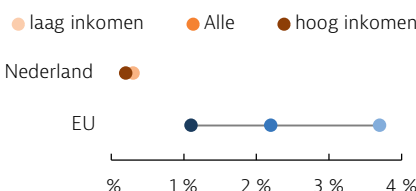
De cijfers voor sterfte in Nederland als gevolg van oorzaken die vermijdbaar en behandelbaar werden geacht, lagen 21 % en 36 % lager dan de EU-gemiddelden in 2020. In de afgelopen tien jaar daalde de sterfte als gevolg van ischemische hartziekten en borstkanker veel sneller dan het EU-gemiddelde.



Naar leeftijd gestandaardiseerde sterfte per 100 000 inwoners, 2020

Toegankelijkheid

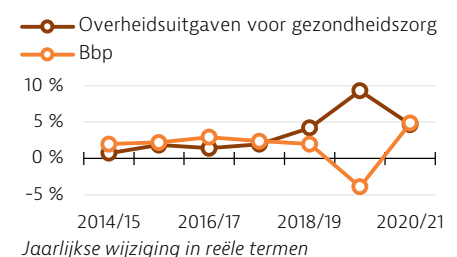
Slechts 0,2 % van de Nederlandse bevolking meldde onvervulde behoeften aan medische zorg in 2022, het laagste aandeel in alle EU-landen en gelijk aan het percentage dat vóór de start van de pandemie werd gemeld. Het uitstellen van een aanzienlijk aantal chirurgische ingrepen tijdens de pandemie heeft echter geleid tot langere wachttijden.



% dat onvervulde medische zorgbehoeften meldt, 2022

Aanpassingsvermogen

In de jaren vóór de pandemie stegen de zorguitgaven in Nederland in overeenstemming met het bbp. De pandemie zorgde voor een tijdelijke omkering van deze trend: in 2020 namen de uitgaven met meer dan 9 % toe, tegenover een daling van het bbp van bijna 4 %. In 2021 bleven de zorguitgaven in een gematigder tempo stijgen, grotendeels ten gevolge van COVID-19-gerelateerde kosten.



Jaarlijkse wijziging in reële termen

Mentale gezondheid

Psychische aandoeningen komen in Nederland vaker voor dan in de meeste andere EU-landen: bijna één op de zes Nederlanders leed aan een dergelijke aandoening in 2019. In tegenstelling tot de trend in de EU is het zelfdodingscijfer in Nederland de afgelopen tien jaar met bijna 5 % gestegen en lag het in 2020 iets boven het EU-gemiddelde. Het Nederlandse stelsel voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft moeite om tegemoet te komen aan de toegenomen vraag in de nasleep van de pandemie als gevolg van een beperkte capaciteit en een tekort aan professionals.

2 Gezondheid in Nederland

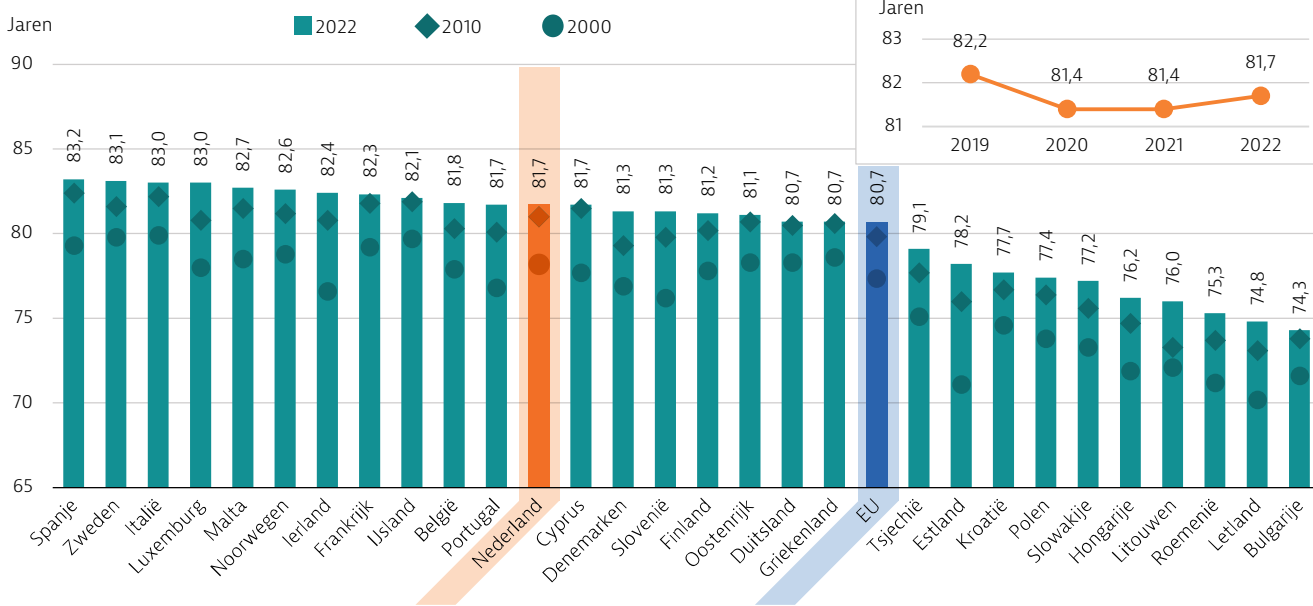
De levensverwachting in 2022 lag 6 maanden lager dan vóór de COVID-19-pandemie

In 2022 was de levensverwachting bij geboorte in Nederland 81,7 jaar. Hiermee positioneerde Nederland zich in het midden van de groep EU-landen met één jaar boven het EU-gemiddelde (figuur 1). Tijdens het decennium voorafgaand aan de COVID-19-pandemie steeg de levensverwachting in Nederland iets trager dan in andere EU-landen die in 2010 een vergelijkbare levensverwachting hadden. In 2019 lag de levensverwachting in Nederland bijna een jaar hoger dan het EU-gemiddelde. De start van de COVID-19-pandemie leidde in 2020 tot een daling van de levensverwachting met 0,8 jaar, wat in lijn lag met de gemiddelde daling die in de hele EU werd waargenomen. In 2021 bleef de levensverwachting in Nederland stabiel, terwijl dit cijfer in de hele EU verder daalde met gemiddeld 0,3 jaar. Door een sterke daling in het COVID-19-sterftecijfer in 2022 steeg de

levensverwachting in Nederland opnieuw met 0,3 jaar. Tegen deze achtergrond lag de levensverwachting van de Nederlandse bevolking in 2022 nog steeds 6 maanden onder het niveau van vóór de pandemie.

Net als in andere Europese landen leven mannen in Nederland doorgaans korter dan vrouwen. In 2021 was het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen echter 2,5 jaar kleiner dan het EU-gemiddelde. Dit komt door de relatief lage levensverwachting van Nederlandse vrouwen, die 0,2 jaar minder was dan het EU-gemiddelde. Deze relatief lage levensverwachting voor Nederlandse vrouwen is deels toe te schrijven aan de hogere percentages rokers in het verleden in oudere generaties. Terwijl het aantal rokers onder Nederlandse mannen sinds de jaren 50 is gedaald, nam het aantal rokers onder vrouwen in de jaren 60 toe.

Figuur 1. De levensverwachting in Nederland ligt een jaar boven het EU-gemiddelde, maar meer dan een jaar onder de best presterende EU-landen



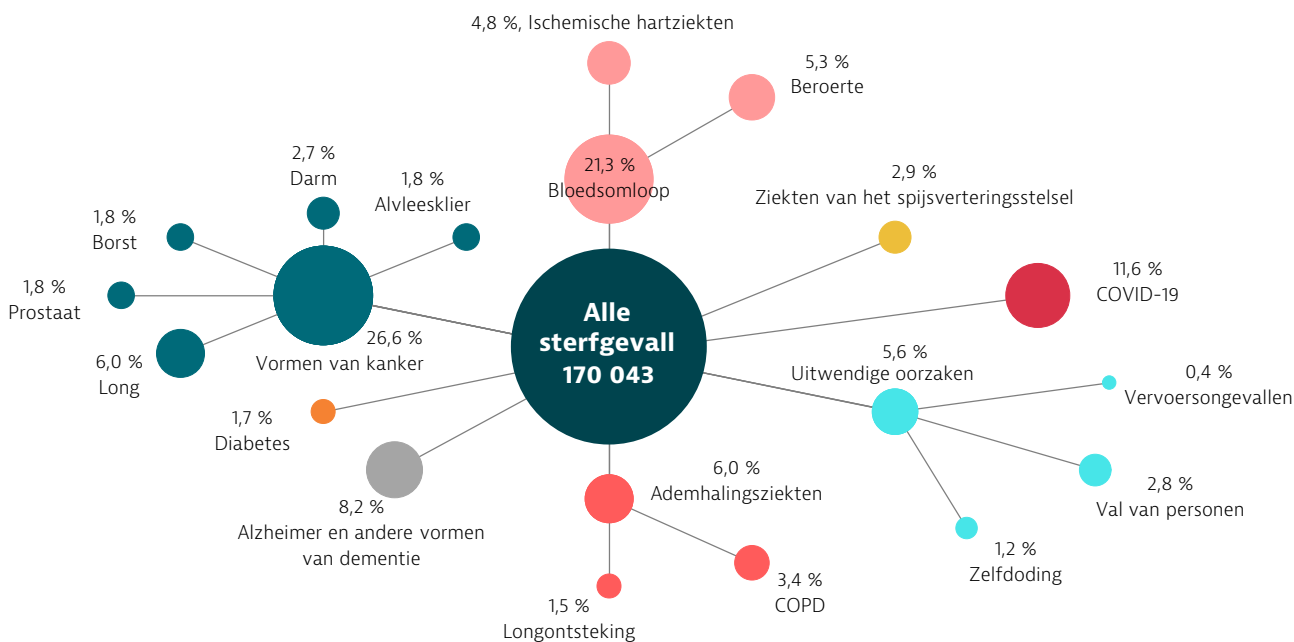
Opmerkingen: Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde. De gegevens voor Ierland hebben betrekking op 2021. Bron: Eurostat-databank.

Meer dan een vierde van alle sterfgevallen in Nederland in 2021 is toe te schrijven aan kanker

De toegenomen levensverwachting tijdens het decennium vóór de pandemie in Nederland, is voornamelijk toe te schrijven aan de daling van sterfte aan hart- en vaatziekten, met name cerebrovasculaire ziekten en, in mindere mate, kanker. Tegen de achtergrond van de vergrijzing en de daaruit voortvloeiende toegenomen incidentie van chronische aandoeningen, was kanker in 2021 de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland, verantwoordelijk voor

26,6 % van alle sterfgevallen. Hart- en vaatziekten stonden op de tweede plaats en veroorzaakten meer dan een vijfde van alle sterfgevallen. In 2021 was COVID-19 de op twee na meest voorkomende doodsoorzaak in Nederland met meer dan 19 600 sterfgevallen of 11,6 % van het totaal (figuur 2), een cijfer dat vergelijkbaar is met het aantal officieel gemelde COVID-19-sterfgevallen in 2020. Van alle in 2020 en 2021 in Nederland geregistreerde COVID-19-sterfgevallen betrof meer dan 90 % personen van 65 jaar of ouder.

Figuur 2. COVID-19 was de oorzaak van meer dan een op de tien sterfgevallen in 2021

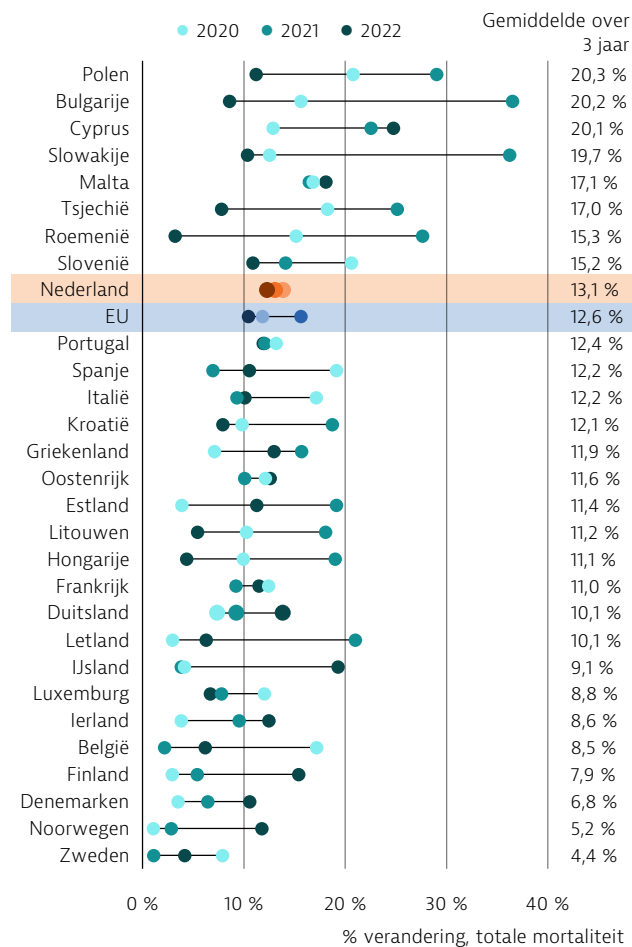


Opmerking: COPD staat voor chronische obstructieve longziekte.
Bron: Eurostat-databank.

De bredere indicator oversterfte, gedefinieerd als sterfgevallen die zich hebben voorgedaan (ongeacht de oorzaak ervan) boven een referentieniveau dat is afgeleid van de niveaus van vóór de pandemie, geeft een vollediger beeld van de impact van de pandemie op het sterftecijfer. De meer dan 58 900 extra sterfgevallen die zich tussen 2020 en 2022 in Nederland hebben voorgedaan, liggen 13,1 % boven het historische referentieniveau, wat iets hoger is dan de gemiddelde oversterfte die in dezelfde periode gemiddeld in de EU werd waargenomen. Tijdens de eerste drie jaar van de pandemie vertoonde de oversterfte in Nederland in vergelijking minimale schommelingen, met een piek van 13,8 % in 2020 en een lichte daling in zowel 2021 als 2022 (figuur 3).

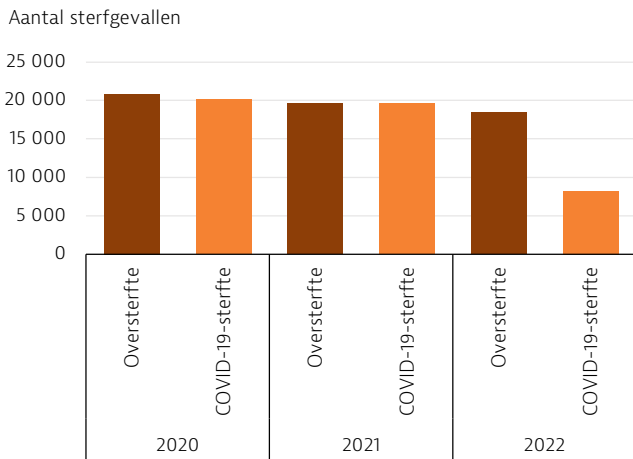
Het aantal bevestigde sterfgevallen door COVID-19 lag hoger dan het oversterftcijfer in 2020, wat aangeeft dat minder mensen als gevolg van andere, niet-COVID-19-gerelateerde oorzaken overleden. Terwijl de oversterfte in 2021 bijna gelijk was aan het aantal bevestigde COVID-19-sterfgevallen, werd de kloof tussen bevestigde COVID-19-sterfgevallen en oversterfte in 2022 aanzienlijk groter, waarbij het oversterftcijfer slechts licht daalde terwijl het aantal bevestigde COVID-19-sterfgevallen met meer dan 50 % daalde (figuur 4). De aanhoudend hoge oversterfte in 2022 kan ten minste gedeeltelijk worden toegeschreven aan de terugkeer, na twee jaar lang nagenoeg afwezig te zijn geweest, van een ernstige griep epidemie van maart tot juni, gevolgd door een nieuwe griepgolf die midden december 2022 startte (CBS, 2023a).

Figuur 3. De oversterfte in Nederland kende een piek in 2020 en daalde licht in 2021 en 2022



Opmerking: Oversterfte wordt gedefinieerd als het aantal sterfgevallen door alle oorzaken boven het gemiddelde jaarlijkse aantal sterfgevallen in de vijf jaar voorafgaand aan de pandemie (2015-2019).
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2023, op basis van Eurostat-gegevens.

Figuur 4. Ondanks een sterke daling van het aantal sterfgevallen door COVID-19 in 2022 is de oversterfte slechts licht gedaald



Opmerking: Oversterfte wordt gedefinieerd als het aantal sterfgevallen door alle oorzaken boven het gemiddelde jaarlijkse aantal sterfgevallen tijdens de vijf jaar voorafgaand aan de pandemie (2015-2019).
Bronnen: CBS (voor COVID-19-sterfte) en OESO-gezondheidsstatistieken 2023, op basis van Eurostat-gegevens (voor oversterfte).

Vrouwen leven een groter deel van hun leven boven de 65 jaar met beperkingen

Door de combinatie van een stijgende levensverwachting, een vruchtbaarheidscijfer onder het

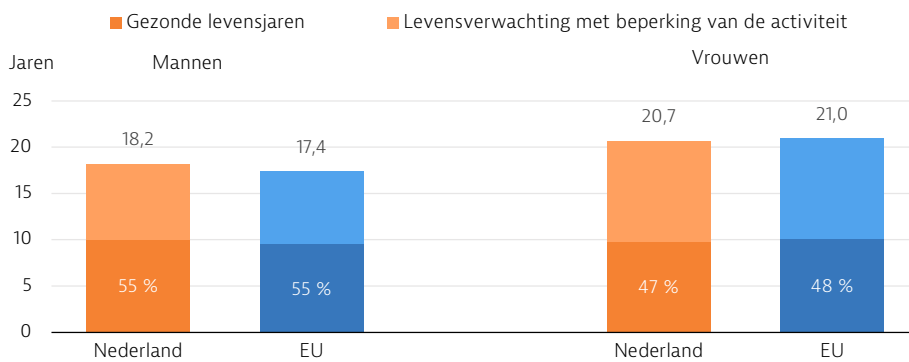
vervangingsniveau en de ouder wordende babyboomgeneratie is het percentage 65-plussers in Nederland toegenomen van 13,6 % in 2000 tot 19,8 % in 2020. Verwacht wordt dat dit percentage tegen 2050 zal toenemen tot meer dan één op de vier.

In 2020 werd aangenomen dat 65-jarige vrouwen in Nederland nog 20,7 jaar te leven hadden, wat licht onder het EU-gemiddelde lag, terwijl mannen op dezelfde leeftijd een levensverwachting van 18,2 jaar hadden, licht boven het EU-gemiddelde (figuur 5). Van vrouwen werd verwacht dat zij minder dan de helft van hun resterende levensjaren zonder beperkingen zouden leven, terwijl dit voor mannen 55 % was. Doordat vrouwen naar verwachting langer leven en een kleiner deel van hun resterende leven zonder beperkingen zullen doorbrengen dan mannen, was er vrijwel geen genderkloof in gezonde levensjaren op de leeftijd van 65 jaar.

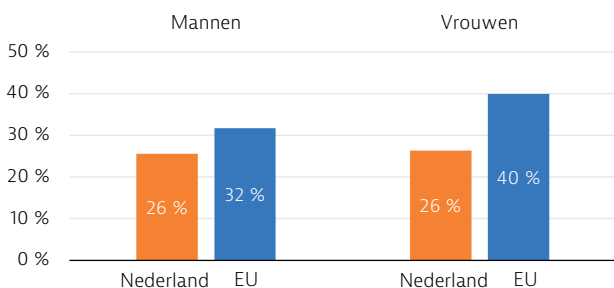
In 2020 meldde eenzelfde percentage Nederlandse mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder meer dan één chronische aandoening (26 %). Dit cijfer lag aanzienlijk lager dan het EU-gemiddelde (32 % bij mannen en 40 % bij vrouwen). Een hoger percentage vrouwen in Nederland meldde echter beperkingen bij de dagelijkse activiteiten (27 % tegenover 20 % van de mannen), zoals ook in andere EU-landen het geval is.

Figuur 5. In Nederland melden minder ouderen dan het EU-gemiddelde chronische aandoeningen

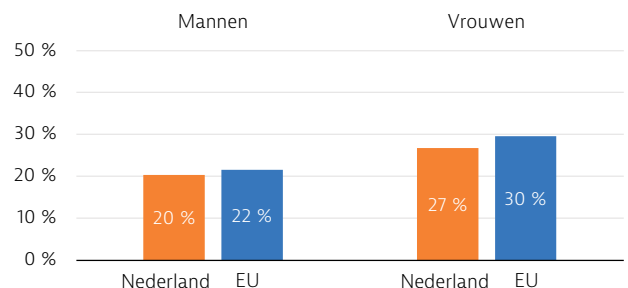
Levensverwachting en gezonde levensjaren op 65-jarige leeftijd



Percentage mensen van 65 jaar en ouder met meerdere chronische aandoeningen



Beperkingen van dagelijkse activiteiten bij mensen van 65 jaar en ouder



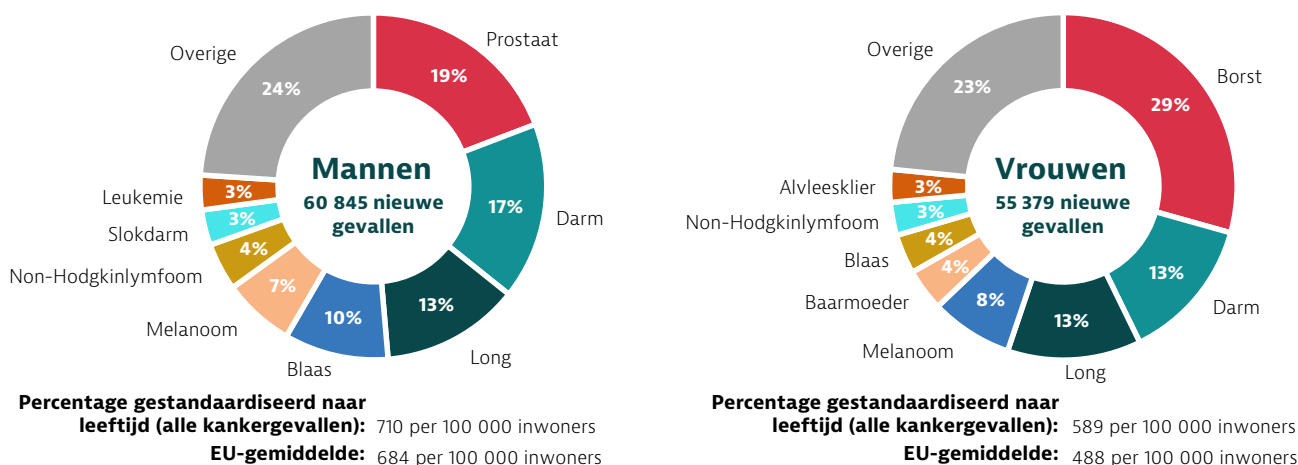
Bronnen: Eurostat-databank (voor levensverwachting en gezonde levensjaren) en SHARE-enquête ronde 8 (voor meerdere chronische aandoeningen en beperkingen in dagelijkse activiteiten). Alle gegevens hebben betrekking op 2020.

De ziektelast door kanker is aanzienlijk in Nederland

Volgens ramingen van de incidentie door het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek op basis van historische trends zouden zich in 2022 in Nederland naar verwachting ongeveer 116 200 nieuwe gevallen van kanker hebben voorgedaan¹. De incidentie van kanker bij Nederlandse mannen lag naar verwachting ongeveer 20 % hoger dan bij vrouwen, een kloof die bijna de helft van het EU-gemiddelde bedroeg. Dit kleinere verschil weerspiegelt een relatief hogere verwachte incidentie van kanker bij Nederlandse vrouwen, meer dan 20%

boven het EU-gemiddelde, terwijl de incidentie van kanker bij Nederlandse mannen minder dan 4 % boven het EU-gemiddelde lag. Prostaatkanker zou naar verwachting de meest voorkomende vorm van kanker zijn bij mannen, met bijna een vijfde van alle nieuwe gevallen van kanker in 2022. Bij vrouwen is naar verwachting bijna 30 % van alle nieuwe gevallen van kanker toe te schrijven aan borstkanker. Zowel bij Nederlandse mannen als vrouwen werd verwacht dat darm- en longkanker de op één en twee na meest voorkomende vormen van kanker zouden zijn (figuur 6).

Figuur 6. In 2022 werd het aantal nieuwe gevallen van kanker in Nederland op meer dan 116 000 geraamd



Opmerking: niet-melanoom huidkanker is uitgesloten; baarmoederkanker omvat geen kanker van de baarmoederhals.
Bron: ECIS — Europees informatiesysteem voor kanker.

3 Risicofactoren

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

In 2019 kon meer dan een derde (35 %) van alle sterfgevallen in Nederland worden toegeschreven aan gedragsgerelateerde risicofactoren, wat iets minder is dan het EU-gemiddelde van 39 %. Hiertoe behoren roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging (figuur 7). Roken was de belangrijkste gedragsgerelateerde risicofactor die bijdroeg aan de mortaliteit in Nederland: deze factor veroorzaakte meer dan één op de vijf sterfgevallen, meer dan het EU-gemiddelde van 17 %. Voedingsrisico's, waaronder factoren zoals een onvoldoende consumptie van groenten en fruit in combinatie met een hoge suiker- en zoutconsumptie, waren in 2019 verantwoordelijk voor 11 % van de sterfgevallen, aanzienlijk minder dan het EU-gemiddelde van 17 %. Ongeveer 5 % van de sterfgevallen hield verband met alcoholgebruik, vergelijkbaar met het EU-gemiddelde van 6 %. Milieufactoren zoals luchtverontreiniging, in

de vorm van blootstelling aan fijnstof (PM_{2,5}) en ozon, waren in Nederland in 2019 goed voor bijna 5 000 sterfgevallen (of 3 % van alle sterfgevallen, tegenover 4 % in de EU).

Roken bij zowel volwassenen als tieners is afgenomen, maar zwaar alcoholgebruik blijft een probleem

In de vijf jaar voorafgaand aan de COVID-19-pandemie is het percentage rokers onder volwassenen in Nederland sterk gedaald van meer dan 19 % in 2014 tot 15,5 % in 2019, waarmee het onder het EU-gemiddelde van 18,7 % is gezakt. Dit resultaat kan, althans gedeeltelijk, worden toegeschreven aan de invoering van strengere maatregelen ter bestrijding van het tabaksgebruik, waarmee in 2015 werd gestart en die erop gericht zijn om tegen 2040 tot een rookvrije generatie te komen (RIVM, 2023). De dalende trend zette zich tijdens de pandemie voort, en na de invoering van een hogere belasting op tabak,

¹ Volgens voorlopige gegevens van het Nederlandse Kankerregister (2023) deden zich in 2022 in Nederland 124 109 nieuwe gevallen van kanker voor. Dit cijfer ligt 6,8 % hoger dan het door het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek geraamde aantal.

Figuur 7. Roken is de voornaamste gedragsgerelateerde risicofactor die bijdraagt aan sterfte in Nederland



Opmerking: Omdat hetzelfde sterfgeval kan worden toegeschreven aan meer dan één risicofactor telt het totaal van de risicofactoren op tot meer dan 100% van alle sterfgevallen. Voedingsrisico's omvatten 14 componenten, zoals te weinig groenten en fruit en te veel suikerhoudende dranken. Luchtverontreiniging verwijst naar de blootstelling aan PM_{2,5} en ozon.

Bron: IHME (2020), Global Health Data Exchange (schattingen voor 2019).

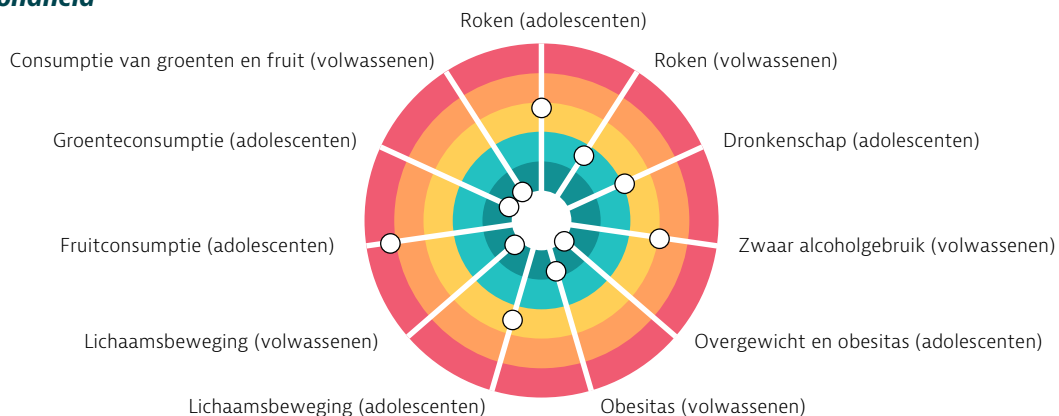
neutrale verpakkingen en andere maatregelen ter bestrijding van tabaksgebruik in 2020 en 2021 kwam het aantal rokers in 2021 uit op 14,7 %. Het rookgedrag onder adolescenten volgde een vergelijkbaar patroon: 15 % van de Nederlandse 15-jarigen meldde in 2022 regelmatig te roken, wat een daling betekent ten opzichte van de 20 % die in 2014 werd gemeld.

Hoewel het totale alcoholgebruik onder volwassenen de afgelopen twee decennia is gedaald en nu lager ligt dan in de meeste andere EU-landen, blijft het cijfer voor zwaar alcoholgebruik relatief hoog. Bijna één op de vijf volwassenen (19 %) meldde in 2019 episodes van zwaar drinken, een hoger percentage dan in de meeste EU-landen². Ook is het percentage herhaalde dronkenschap onder Nederlandse tieners vergelijkbaar met het EU-gemiddelde: bijna 20 % van de 15-jarigen meldde in 2022 meer dan eens in hun leven dronken te zijn geweest.

De cijfers voor overgewicht en obesitas bij de Nederlandse bevolking zijn laag, vooral bij adolescenten

Hoewel de prevalentie van overgewicht en obesitas in Nederland laag is in vergelijking met de meeste andere EU-landen, is het aantal gevallen van obesitas bij volwassenen de afgelopen tien jaar licht gestegen. In 2021 werd bijna 14 % van de Nederlandse volwassenen als obees (ernstig overgewicht) geclassificeerd, een hoger percentage dan de 11,4 % in 2011, maar nog steeds onder het EU-gemiddelde van 16,3 %. Ook werd 14 % van de Nederlandse 15-jarigen in 2022 als obees aangemerkt. Dit percentage was het laagste in de EU, namelijk meer dan 7 procentpunten onder het EU-gemiddelde (figuur 8).

Figuur 8. Nederland presteert relatief goed met betrekking tot de meeste gedragsgerelateerde risicofactoren voor de gezondheid



Opmerkingen: hoe dichterbij de stip zich bij het midden bevindt, hoe beter het land presteert in vergelijking met andere EU-landen. Geen enkel land bevindt zich in het witte "streefgebied", omdat alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren.

Bronnen: OESO-berekeningen op basis van HBSC-onderzoek uit 2022 voor indicatoren voor adolescenten; en EHIS 2019 voor indicatoren voor volwassenen.

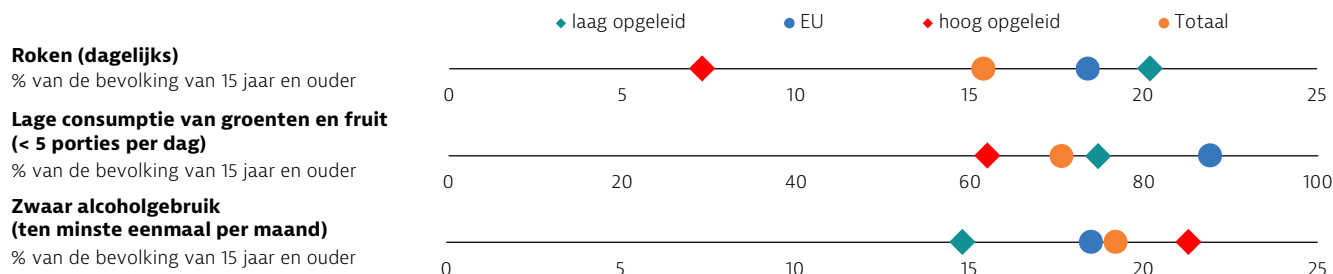
2 Zwaar alcoholgebruik wordt gedefinieerd als het consumeren van zes of meer glazen alcoholische drank bij één gelegenheid voor volwassenen.

Mensen met een lager opleidingsniveau roken vaker, terwijl hoger opgeleiden vaker zware drinkers zijn

Net als in andere EU-landen verschilt de prevalentie van gedragsgerelateerde risicofactoren bij de Nederlandse bevolking sterk tussen sociaaleconomische groepen. In 2019 rookte 19 % van de

volwassenen met een lager opleidingsniveau dagelijks, tegenover slechts 7 % van de hoger opgeleiden. Personen met een lager opleidingsniveau aten ook minder vaak vijf porties groenten en fruit per dag. Daartegenover melden personen met een hoger opleidingsniveau vaker zwaar alcoholgebruik (figuur 9).

Figuur 9. Nederlanders met een lager opleidingsniveau roken vaker maar zijn minder vaak zware drinkers



Opmerking: Laag onderwijs wordt gedefinieerd als mensen die hun secundair onderwijs niet hebben afgerond (ISCED 0-2), terwijl hoog onderwijs wordt gedefinieerd als mensen die tertiair onderwijs (ISCED 5-8) hebben voltooid.
Bron: Eurostat-databank (op basis van EHIS 2019).

4 Het zorgstelsel

Vier afzonderlijke regelingen vormen de basis van het Nederlandse zorgstelsel

De Nederlandse overheid houdt toezicht op vier regelingen (of wetten) die gezamenlijk de dekking van de gezondheidszorg waarborgen. In het kader van de eerste regeling (de Zorgverzekeringswet) bieden concurrerende zorgverzekeraars een ziektekostenverzekering voor curatieve zorg aan. Dit systeem is in 2006 ingevoerd en alle inwoners zijn verplicht een verzekering af te sluiten voor een door de overheid vastgesteld basispakket. Verzekeraars zijn verplicht alle aanvragers te aanvaarden en moeten onderhandelen en contracten afsluiten met zorgverleners op basis van kwaliteits- en kostenoverwegingen. Daarnaast verstrekken zorgverzekeraars vrijwillige aanvullende verzekeringen die niet onder het basispakket vallen. Het dekking van het basispakket is ruim, en dekt de meeste specialistische zorg, eerstelijnszorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, evenals bepaalde GGZ voor volwassenen, paramedische zorg en wijkverpleging. Voor personen ouder dan 18 jaar geldt een verplicht eigen risico van ten minste 385 EUR per jaar. Dit eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg en kraamzorg, wijkverpleging, zorg voor minderjarigen en huisartsenzorg, maar wel voor voorgeschreven geneesmiddelen en diagnostische tests in de eerstelijnszorg.

De tweede regeling (de Wet Langdurige Zorg) is een sociale verzekering voor langdurige zorg met één betaler dat regionaal door de dominante zorgverzekeraar in elk gebied wordt aangeboden. Deze regeling heeft betrekking op langdurige, vaak intramurale zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. De derde regeling (de Wet Maatschappelijke Ondersteuning) is een door gemeenten uitgevoerde regeling van sociale zorg dat met belastinggeld wordt gefinancierd en heeft betrekking op ondersteunende zorg thuis of op kleine schaal. De vierde regeling (de Jeugdwet) tot slot regelt steun, bijstand en sociale zorg voor kinderen en adolescenten, staat onder toezicht van lokale overheden en omvat een waaier van diensten variërend van algemene preventie tot gespecialiseerde vrijwillige of verplichte zorg. Deze diensten worden meestal verleend door particuliere organisaties zonder winstoogmerk en de meeste artsen zijn zelfstandig.

Naast deze vier regelingen dekt de Wet Publieke Gezondheid de volksgezondheid, preventie en bestrijding van infectieziekten. Voorbeelden hiervan zijn de grootschalige vaccinatiecampagne tijdens de COVID-19-pandemie en algemene activiteiten van gemeentelijke gezondheidsdiensten.

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

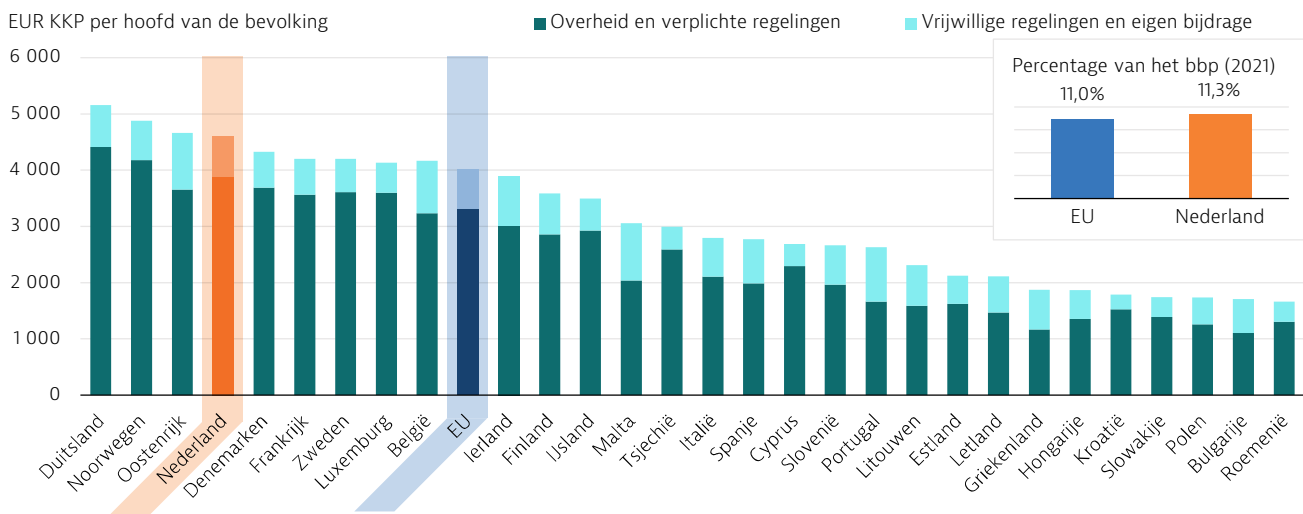
In 2021 bereikten de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland een ongekend niveau van 11,3 % van het bbp, iets boven het EU-gemiddelde van 11 %. Per hoofd van de bevolking (gecorrigeerd voor verschillen in koopkracht) bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg in het land 4 570 EUR, wat meer dan 13 % boven het EU-gemiddelde was (figuur 10). De overheid en verplichte verzekeringen financierden 85 % van de uitgaven voor gezondheidszorg, wat een hoger aandeel is dan het EU-gemiddelde van 81 %. Tussen 2010 en 2019 stegen de zorguitgaven in Nederland met een bescheiden gemiddelde van 1,3 % per jaar. In 2020 stegen de zorguitgaven ineens met 6,5 % als gevolg van een stijging met 9,3 % van de overheidsfinanciering voor de aanpak van de COVID-19-noodsituatie (hoofdstuk 5.3). Tegelijkertijd daalden de particuliere uitgaven met 6,8 %, waardoor de andere dan COVID-19-gerelateerde zorg door particuliere zorgverleners werd verstoord en het gedrag van patiënten op zoek naar gezondheidszorg veranderde.

In 2021 stegen de zorguitgaven in Nederland opnieuw, nu met 4,6 % als gevolg van de aanhoudende groei van de overheidsuitgaven en een gedeeltelijke terugkeer

van de particuliere uitgaven voor gezondheidszorg doordat niet-COVID-19-gerelateerde zorg weer in volume toenam tot het niveau van vóór de pandemie. Ondanks deze stijging bleef het aandeel van de gezondheidsuitgaven dat via eigen bijdragen werd gefinancierd laag, namelijk 9,3 %, ten opzichte van het EU-gemiddelde van 14,5 %. De rest van de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland werd gefinancierd via een aanvullende ziektekostenverzekering, die diensten dekt die buiten het basispakket vallen, zoals tandheelkundige zorg voor volwassenen en fysiotherapie, en goed is voor een relatief groot deel van de totale uitgaven voor gezondheidszorg (5,8 % in 2021 tegenover 4,4 % in de EU) (hoofdstuk 5.2).

Voorlopige gegevens voor 2022 wijzen op een lichte stijging van de totale zorguitgaven met 1,2 % ten opzichte van 2021. Deze vertraging in de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg kan hoofdzakelijk worden toegeschreven aan de stopzetting van een aanzienlijk deel van de COVID-19-gerelateerde uitgaven die in 2020 en 2021 zijn gedaan (CBS, 2023b).

Figuur 10. De uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking in Nederland behoren tot de hoogste in de EU



Opmerking: Het EU-gemiddelde is gewogen.

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2023 (gegevens voor 2021, behalve Malta (2020)).

Bijna 28 % van het gezondheidsbudget in Nederland gaat naar langdurige zorg

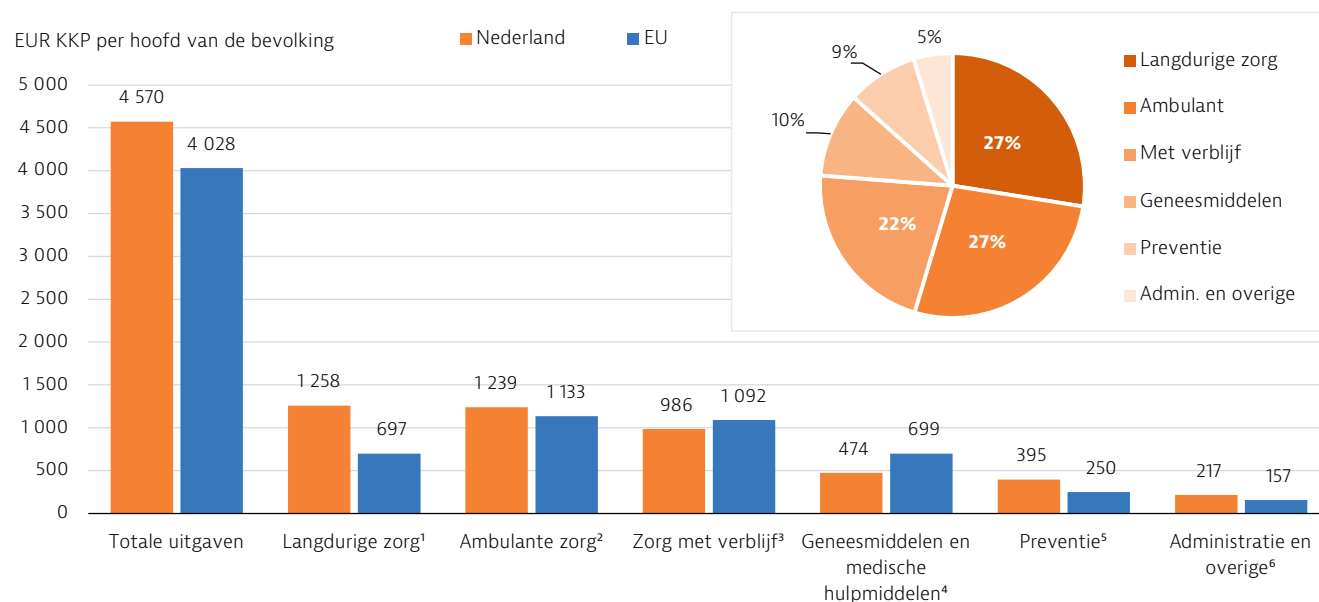
In 2021 overschreden de Nederlandse uitgaven voor langdurige zorg het EU-gemiddelde, zowel per hoofd van de bevolking als als percentage van de totale begroting voor gezondheidszorg. De uitgaven voor curatieve zorg met opname en zelfzorggeneesmiddelen bedroegen daarentegen in vergelijking minder, waarbij de laatste slechts iets meer dan 10 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg uitmaakten,

in tegenstelling tot gemiddeld bijna 18 % in de EU. Langdurige zorg vormde de grootste categorie van uitgaven voor gezondheidszorg, goed voor 27,5 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg en ook het grootste aandeel in de EU (figuur 11). De hoge uitgaven voor langdurige zorg weerspiegelen de brede dekking die de Nederlandse regeling voor langdurige zorg biedt en die betrekking heeft op ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ.

Tijdens de COVID-19-pandemie steeg het aandeel van de Nederlandse gezondheidsbegroting voor preventie van 3,3 % in 2019 tot 4,7 % in 2020. In 2021 kenden de uitgaven voor preventie meer dan een verdubbeling tot 8,7 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg,

een percentage dat boven het EU-gemiddelde van 6 % ligt. Deze stijging was toe te schrijven aan uitgaven voor COVID-19-tests, tracering en vaccins, die samen goed waren voor meer dan twee derde van de uitgaven voor preventieve zorg in 2021.

Figuur 11. Langdurige zorg verantwoordelijk voor het grootste aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg



Opmerkingen: 1. Omvat alleen de gezondheidscomponent. 2. Met inbegrip van thuiszorg en ondersteunende diensten (bv. het vervoer van patiënten). 3. Omvat curatieve zorg met opname en revalidatiezorg, al dan niet in het ziekenhuis. 4. Omvat alleen de extramuraal zorgmarkt. 5. Omvat alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's. 6. Omvat beheers- en administratiekosten van het zorgstelsel en andere uitgaven. Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2023 (gegevens voor 2021).

Personeelstekorten zijn toegenomen tijdens de COVID-19-pandemie

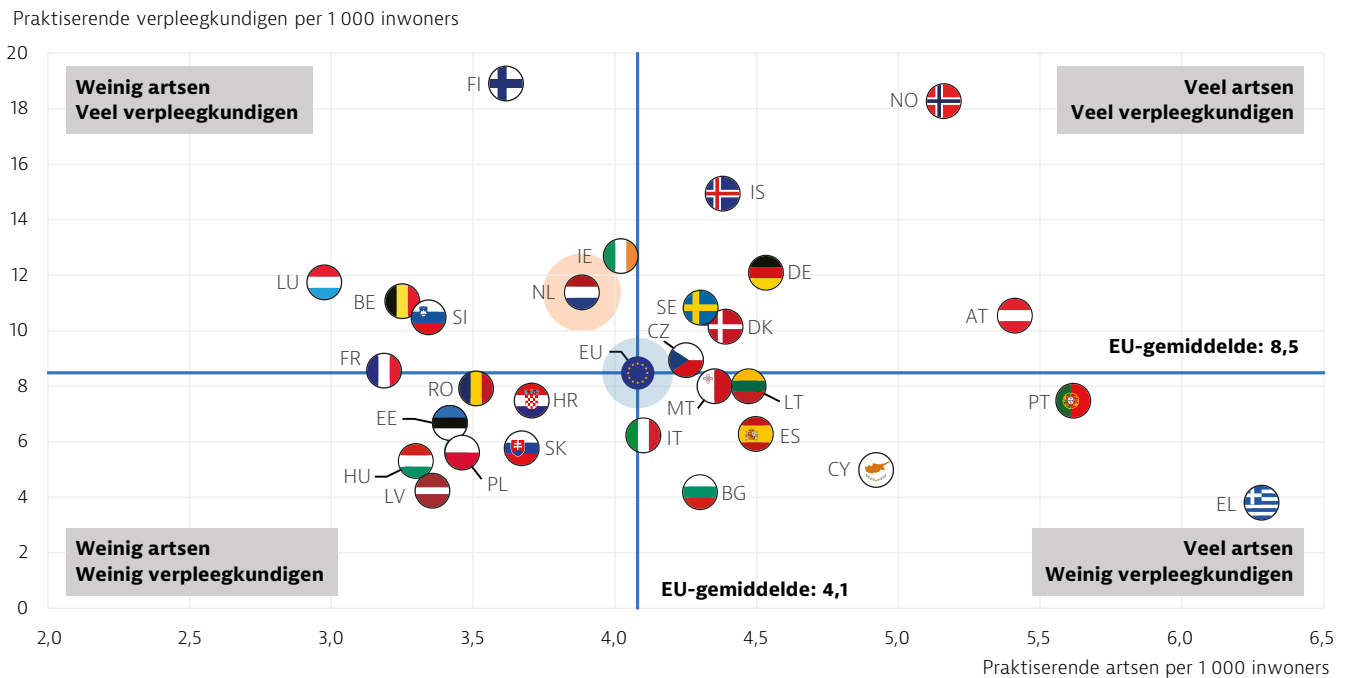
In 2021 telde Nederland 3,9 praktiserende artsen per 1 000 inwoners, een iets lagere dichtheid dan het EU-gemiddelde (figuur 12). Dit was echter een stijging ten opzichte van de 3,4 artsen per 1 000 inwoners in 2010. Bijna een kwart van de artsen is huisarts, een aandeel dat boven het EU-gemiddelde van 20 % ligt. Tegen deze achtergrond wordt het Nederlandse zorgstelsel geconfronteerd met een schaarste aan huisartsen, een situatie die de komende jaren naar verwachting nog zal verergeren (RVS, 2023). Het tekort aan artsen doet zich ook in verschillende mate voor onder andere specialisaties waaronder psychiatrie, kindergeneeskunde, verslavingsgeneeskunde en geriatrie.

Ook het aantal verpleegkundigen in Nederland is de afgelopen tien jaar gestegen van 10,3 per 1 000 inwoners in 2014 tot 11,4 per 1 000 inwoners in 2021, bijna een derde hoger dan het EU-gemiddelde. Steeds meer verpleegkundigen in Nederland is hoger gekwalificeerd en nemen taken over van artsen, wat tot meer carrièremogelijkheden leidt. In 2012 verkregen verpleegkundigen het recht om zelfstandig te werken, een juridische status die in 2018 werd geratificeerd en hen in staat stelt bepaalde geneesmiddelen voor

te schrijven en een selectie van niet-chirurgische ingrepen (bv. endoscopie) uit te voeren. Ondanks deze uitbreiding van de beschikbaarheid en de werkzaamheden van verpleegkundigen blijft het verplegend personeel in ziekenhuizen overbelast. Ook de tekorten bij het verplegend en thuiszorgpersoneel bleven bestaan en zijn tijdens de COVID-19-pandemie nog verder toegenomen.

De afgelopen jaren is het aantal mensen dat werkt in de gezondheidszorg sterk toegenomen, goed voor 15 % van het totale personeelsbestand. Ziekenhuizen zijn steeds vaker freelanceverpleegkundigen (ZZP-ers) gaan inschakelen om personeelstekorten op te vangen. Als reactie op deze trend hebben zorgverzekeraars in Nederland de overheid opgeroepen de arbeidsomstandigheden voor werknemers te verbeteren en deze trend te beteugelen vanwege de negatieve gevolgen ervan voor de kosten en de kwaliteit van de zorg (ZN, 2022).

Figuur 12. Nederland telt een groter aantal verpleegkundigen dan het EU-gemiddelde



5 Prestaties van het zorgstelsel

5.1 Effectiviteit

Sterfte als gevolg van vermijdbare of behandelbare oorzaken blijven onder het EU-gemiddelde

In 2020 lagen de cijfers voor sterfte in Nederland als gevolg van oorzaken die vermijdbaar en behandelbaar werden geacht 21 % en 36 % lager dan hun respectieve EU-gemiddelden (figuur 13). Tegen de achtergrond van een stijging met bijna 17 % van het vermijdbare sterftcijfer in de EU in 2020, steeg het sterftcijfer in Nederland met 14,5 % als gevolg van een iets lagere COVID-19-sterfte onder de bevolking jonger dan 75 jaar dan in de meeste andere EU-landen. De belangrijkste vermijdbare oorzaken van sterfte in Nederland waren longkanker en COVID-19, goed voor 40 % van alle vermijdbare sterfgevallen in 2020.

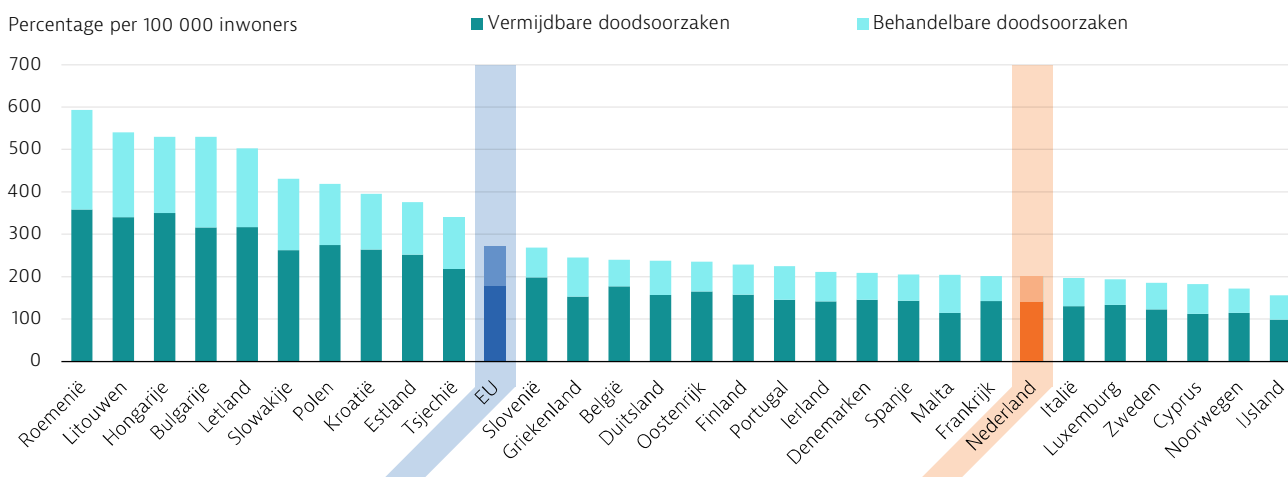
In 2020 registreerde Nederland het laagste sterftcijfer als gevolg van behandelbare oorzaken in de EU. Deze prestatie kan worden toegeschreven aan een aanzienlijk snellere daling in het afgelopen decennium ten opzichte van het EU-gemiddelde, grotendeels door een daling van sterfte ten gevolge van ischemische hartziekten en borstkanker. Samen met darmkanker waren deze aandoeningen de belangrijkste doodsoorzaken die via tijdige zorginterventies

konden worden beperkt, goed voor ongeveer de helft van alle sterfgevallen als gevolg van behandelbare aandoeningen in Nederland.

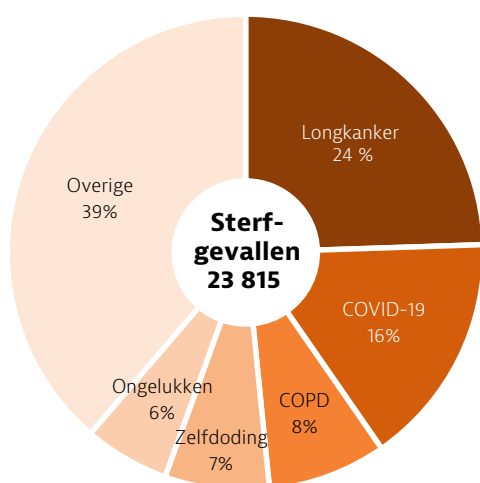
De vaccinatiegraad voor griep bij Nederlanders van 65 jaar en ouder is tijdens de pandemie sterk gestegen

Net als in andere EU-landen adviseren ook de Nederlandse gezondheidsautoriteiten ouderen al lang om zich tegen griep te laten vaccineren; het vaccin is gratis verkrijgbaar bij huisartsen voor verschillende risicogroepen, waaronder personen van 60 jaar en ouder. De afgelopen tien jaar heeft Nederland in deze doelgroep consequent een vaccinatiegraad voor griep gehandhaafd die hoger was dan het EU-gemiddelde. De dekkingsgraad daalde echter aanzienlijk van een piek van meer dan 80 % in 2010 tot een dieptepunt van 60 % in 2018 bij mensen van 65 jaar en ouder. De opkomst van de COVID-19-pandemie heeft ertoe bijgedragen dat mensen met een groter risico op complicaties en ziekenhuisopname opnieuw belangstelling kregen om zich tegen griep te laten vaccineren: in 2021 steeg de vaccinatiegraad voor griep bij mensen van 65 jaar en ouder tot bijna 73 %, een stijging van meer dan 12 procentpunten ten opzichte van 2019 (figuur 14).

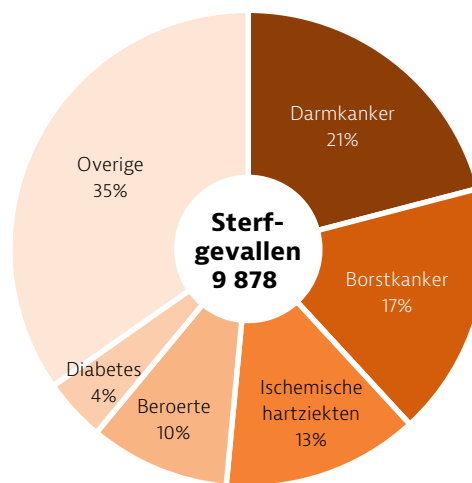
Figuur 13. De vermijdbare sterfte in Nederland was in 2020 lager dan in de meeste andere EU-landen



Vermijdbare doodsoorzaken



Behandelbare doodsoorzaken

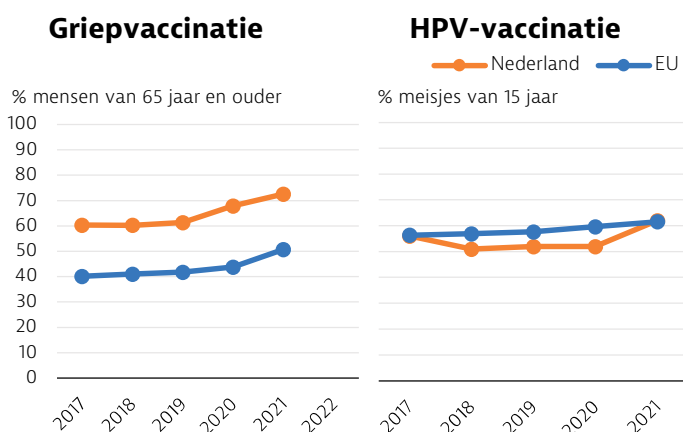


Nederland

Opmerkingen: sterfte die vermijdbaar is door preventie wordt gedefinieerd als sterfte die vooral kan worden voorkomen door middel van interventies op het gebied van volksgezondheid en primaire preventie. Sterfte als gevolg van behandelbare oorzaken wordt gedefinieerd als sterfte die voornamelijk kan worden voorkomen door interventies in de gezondheidszorg, met inbegrip van bevolkingsonderzoeken en behandeling. Beide indicatoren hebben betrekking op vroegtijdige sterfte (onder de 75 jaar). In de lijsten wordt de helft van alle sterfgevallen bij sommige ziekten (bv. ischemische hartziekte, beroerte, diabetes en hypertensie) toegeschreven aan sterfte die vermijdbaar is door preventie en de andere helft aan behandelbare oorzaken, zodat hetzelfde overlijden niet dubbel wordt geteld. COPD staat voor chronische obstructieve longziekte.
Bron: Eurostat-databank (gegevens voor 2020).

De afgelopen jaren heeft Nederland ook verschillende initiatieven genomen om vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV) bij tienermeisjes te stimuleren, wat heeft geleid tot een stijging van 52 % in 2019 tot 66 % in 2022. Dit cijfer voldoet echter nog niet aan de WHO-doelstelling voor de uitroeiing van baarmoederhalskanker, die voorziet in een HPV-vaccinatiegraad van 90 % bij 15-jarige meisjes. In 2023 startte Nederland een grootschalige inhaalcampagne voor HPV-vaccinatie voor mensen tot 18 jaar. Bovendien werd vanaf 2022 het recht op gratis HPV-vaccinatie uitgebreid naar tienerjongens.

Figuur 14. De vaccinatiegraad tegen griep en HPV is de afgelopen jaren sterk toegenomen



Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken 2023 en Eurostat-databank (griep) en WHO (HPV).

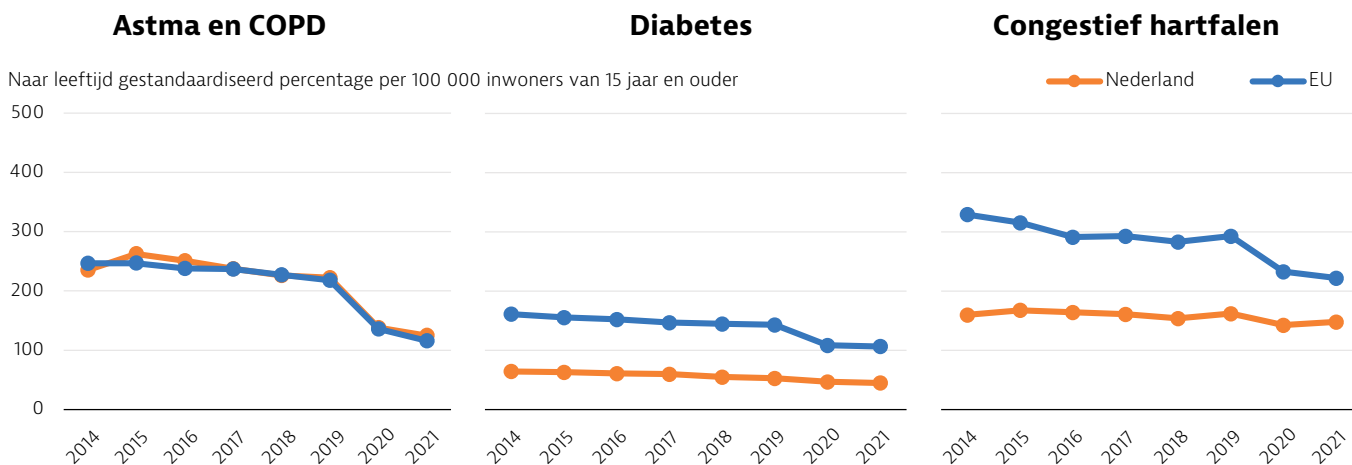
Laag aantal potentieel vermijdbare ziekenhuisopnamen getuigt van de kwaliteit en toegankelijkheid van eerstelijns- en poliklinische zorg

Het aantal ziekenhuisopnamen voor aandoeningen die over het algemeen in de eerste lijn of poliklinisch kunnen worden behandeld, verschaffen inzicht in de beschikbaarheid en effectiviteit van de eerstelijns en poliklinische zorg. In dit opzicht presteert Nederland beter dan de meeste andere EU-landen. In 2019 lag het gecombineerde aantal ziekenhuisopnamen voor diabetes, hartfalen, astma en chronische obstructieve longziekte (COPD) bijna 29 % onder het EU-gemiddelde. Terwijl de opnamepercentages voor diabetes en hartfalen aanzienlijk lager waren dan gemiddeld in de EU, lagen de cijfers voor astma en COPD de afgelopen jaren op hetzelfde niveau als het EU-gemiddelde (figuur 15). Tot op zekere hoogte weerspiegelen de

relatief hoge opnamepercentages voor astma en COPD in Nederland de opvallend hoge prevalentie van deze aandoeningen, die in 2021 meer dan 6 % van de Nederlandse bevolking troffen (VZinfo, 2021).

De enorme daling van de ziekenhuisopnamen voor astma en COPD die tussen 2019 en 2021 werd waargenomen, moet worden gezien binnen de context van de verstoring als gevolg van COVID-19, die grote gevolgen had voor de capaciteit van ziekenhuizen om acute zorg te verlenen en die het gedrag van patiënten op zoek naar gezondheidszorg veranderde (hoofdstuk 5.3). Deze dalingen kunnen dan ook niet worden opgevat als aanwijzing voor een betere toegankelijkheid of kwaliteit van de zorg voor deze chronische aandoeningen in de eerste lijn en poliklinische zorg.

Figuur 15. Met uitzondering van astma en COPD liggen de cijfers voor vermijdbare ziekenhuisopnamen aanzienlijk lager dan het EU-gemiddelde



Opmerking: De opnamepercentages zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in ziekteprevalentie tussen landen.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2023.

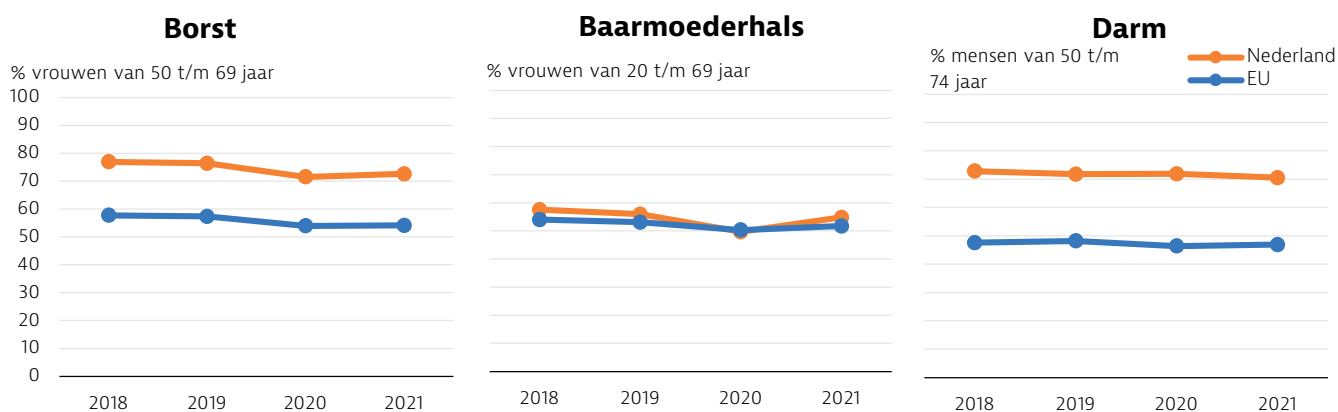
De impact van de COVID-19-pandemie op kanker-screeningsdiensten was beperkt

Net als in de meeste andere EU-landen had de door de pandemie veroorzaakte veranderingen in de zorg negatieve gevolgen voor kankerscreeningsprogramma's in Nederland (OESO, 2023). Het screenen werd in maart 2020 tijdelijk stopgezet en eind juni geleidelijk hervat. Als gevolg daarvan daalde het percentage voor borstkankerscreening met vier procentpunten tot 72 % in 2020. Toen het aantal screenings in 2021 weer toenam, herstelde het percentage zich gedeeltelijk tot 73 % in 2021, nog onder het niveau van vóór de pandemie, maar wel boven het EU-gemiddelde (figuur 16). Het percentage screenings op baarmoederhalskanker kende in 2020 een sterkere daling van meer dan zes procentpunten, maar herstelde zich in 2021 tot dicht bij het niveau van vóór de pandemie. Het percentage screenings op darmkanker werd daarentegen minimaal beïnvloed door een eerdere hervatting van de screeningsactiviteiten en het gebruik van de

fecale immunochemische test, waarvoor geen fysieke bezoeken aan instellingen nodig zijn.

Het gecombineerde effect van de verstoorde kankerscreening, de verminderde beschikbaarheid van huisartsen en de terughoudendheid van patiënten om huisartsen te raadplegen op het hoogtepunt van de pandemie, kwam tot uiting in het aantal nieuwe gevallen van kanker dat in Nederland in 2020 werd gediagnosticeerd, dat voor het eerst in tien jaar met 5,6 % daalde ten opzichte van 2019 (IKNL, 2023). Na de sterke opleving van de kankerscreeningsactiviteiten in 2021 nam het aantal nieuwe diagnoses op jaarbasis met bijna 8 % toe. Voorlopige gegevens over de waargenomen incidentie van kanker vanaf 2022 wijzen op een aanhoudende stijging in een tempo dat overeenkomt met de trend die gedurende tien jaar werd vastgesteld. Dit wijst erop dat de diagnostische achterstand sinds 2020 grotendeels is weggewerkt.

Figuur 16. COVID-19 had een beperkte impact op routinematige kankerscreeningsprogramma's in Nederland



Opmerking: De percentages verwijzen naar het percentage personen binnen de doelgroepen die de afgelopen twee jaar een screening hebben ondergaan (of binnen het specifieke screeningsinterval dat in het land wordt aanbevolen).

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2023 (op basis van gegevens van nationale programma's).

5.2 Toegankelijkheid

Onvervulde behoeften aan medische zorg in Nederland zijn de laagste in de EU

In 2022 meldde slechts 0,2 % van de Nederlandse bevolking onvervulde behoeften aan medische zorg als gevolg van buitensporige kosten, reisafstand of wachttijden, het laagste percentage in alle EU-landen en gelijk aan het aandeel dat vóór de pandemie in 2019 werd gemeld. Een iets hoger percentage Nederlandse vrouwen dan mannen meldde onvervulde zorgbehoeften, waarbij buitensporige wachttijden de belangrijkste reden waren voor zowel mannen als vrouwen. De minder dan gemiddelde afhankelijkheid van het Nederlandse zorgstelsel van eigen bijdragen voor financiering komt tot uiting in de mate waarop de onvervulde medische behoeften zich over de inkomensgroepen verdelen; daarbij is er vrijwel geen verschil tussen de percentages van personen in de hoogste en laagste 20 % inkomenscategorieën.

Vaste eigen risico en een in vergelijking ruim aanbod van aanvullende ziektekostenverzekeringen beperken de eigen bijdragen voor gezondheidszorg

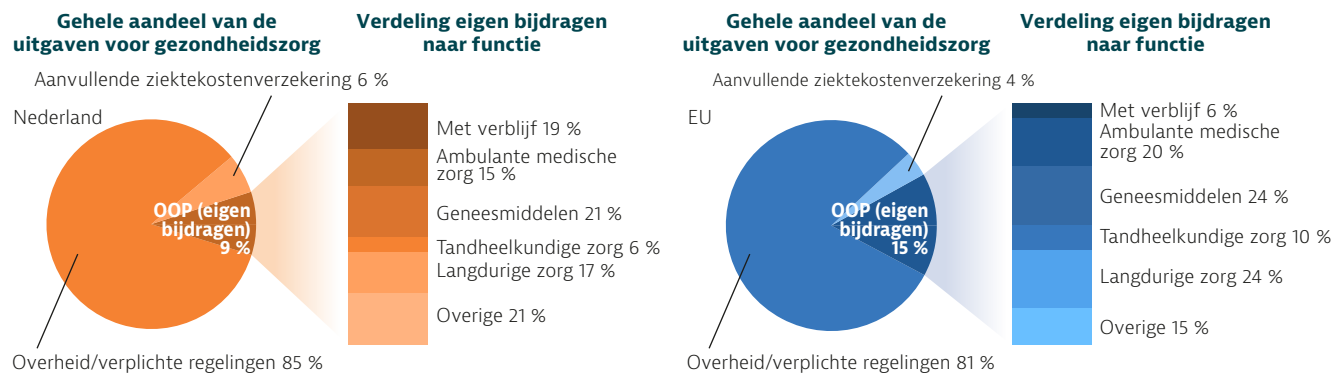
Zoals in hoofdstuk 4 vermeld, valt de financieringsmix van het Nederlandse zorgstelsel op met een bovengemiddeld aandeel van de uitgaven die via de vrijwillige ziektekostenverzekering worden gefinancierd en een laag aandeel van de eigen bijdragen. Een groot deel van de uitgaven voor eigen bijdragen heeft betrekking op de kosten van zorg waarvoor het verplichte jaarlijkse eigen risico van 385 EUR geldt; bovendien kunnen verzekeringnemers dit tot 885 EUR optrekken om hun premie te verlagen. Als gevolg daarvan verschilt de verdeling van de uitgaven voor eigen bijdragen over de diensten aanzienlijk van het EU-gemiddelde. In 2021 nam de tandheelkundige zorg een relatief klein deel van de uitgaven voor eigen bijdragen voor zijn rekening, wat kan worden toegeschreven aan de wijdverbreide invoering van de aanvullende vrijwillige ziektekostenverzekering onder de Nederlandse bevolking. Een soortgelijk

patroon werd waargenomen bij de uitgaven voor eigen bijdragen voor merkgeneesmiddelen, waarvoor een maximum van 250 EUR per patiënt per jaar geldt bovenop het eigen risico van de zorgverzekering (figuur 17). Daarentegen was curatieve zorg met verblijf goed voor 19 % van de totale uitgaven voor eigen bijdragen, een aandeel dat meer dan driemaal zo hoog is als het EU-gemiddelde. Om de financiële belemmering voor toegang tot ziekenhuiszorg te verminderen en toch het effect van het eigen risico te behouden door onnodige zorg te ontmoedigen bij personen die hun volledige eigen risico al vooraf verschuldigd waren, is de Nederlandse regering van plan om in 2025 een vaste drempel van 150 EUR per specialistische zorgdienst in te voeren (Rijksoverheid, 2023a).

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

Vrijwel de gehele Nederlandse bevolking (99,9 %) profiteert van een ziektekostenverzekering die een breed scala aan diensten omvat. Het basispakket omvat onder meer eerstelijnszorg, poliklinische specialistische zorg, ziekenhuiszorg, verloskunde, fysiotherapie voor chronische aandoeningen, GGZ en ambulancevervoer. In 2021 waren de overheidsuitgaven goed voor 91 % van de curatieve zorg met verblijf, 86 % van de eerstelijns en poliklinische zorg en 68 % van de geneesmiddelen. Deze percentages komen overeen met of overschrijden hun respectieve EU-gemiddelden (figuur 18). Omdat tandheelkundige zorg voor volwassenen buiten de dekking van het basispakket valt, sluit bijna 60 % van de Nederlandse bevolking een aanvullende vrijwillige ziektekostenverzekering voor tandheelkundige zorg af (CBS, 2022c). Slechts 0,1 % van de Nederlandse bevolking meldde in 2022 onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg, een beduidend lager percentage dan het EU-gemiddelde van 2,9 %.

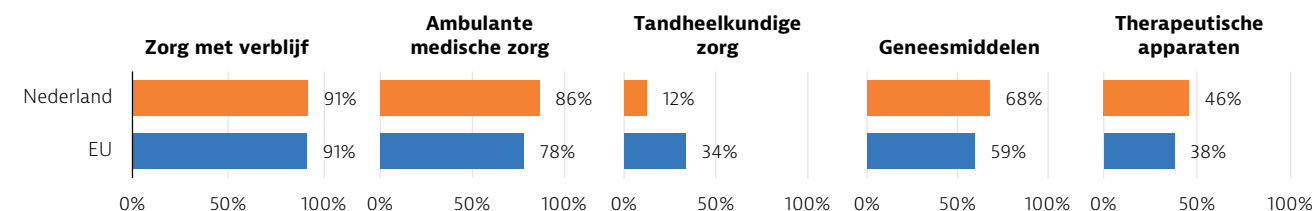
Figuur 17. Curatieve zorg met opname en zelfzorggeneesmiddelen maken 40 % van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg uit



Opmerkingen: de vrijwillige ziektekostenverzekering omvat ook andere vrijwillige regelingen van vooruitbetaling. Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.

Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken 2023; Eurostat-databank (gegevens voor 2021).

Figuur 18. Het overheidsaandeel in de financiering is hoger dan het EU-gemiddelde op alle gebieden van de gezondheidszorg, met uitzondering van tandheelkundige zorg



Opmerkingen: met poliklinische en eerstelijnszorg worden voornamelijk diensten bedoeld die worden verleend door huisartspraktijken, paramedici en specialistische zorg zonder opname. 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 2023 (gegevens voor 2021).

5.3 Aanpassingsvermogen

De COVID-19-pandemie is de afgelopen decennia de belangrijkste schok voor zorgstelsels gebleken. Deze pandemie heeft de kwetsbaarheden en uitdagingen aan het licht gebracht in de strategieën van landen met betrekking tot voorzorgsmaatregelen voor noodsituaties even als het vermogen van landen om aan hun bevolking zorg te verlenen. Als reactie op de aanhoudende gevolgen van de pandemie en andere recente crises zoals de druk op de kosten van levensonderhoud en de impact van conflicten zoals de oorlog tegen Oekraïne voeren landen beleidsmaatregelen uit om de gevolgen voor de zorg te beperken, en om in herstel en in aanpassingsvermogen van zorgstelsels te investeren³, cruciale aspecten van de gezondheidssector te verbeteren en ter voorbereid te zijn op toekomstige schokken.

Na een daling van meer dan 13 % in 2020 herstelde het aantal ziekenhuisopnamen in 2021 gedeeltelijk

De ziekenhuiscapaciteit in Nederland is lager dan in de meeste andere EU-landen, deels als gevolg van

een doeltreffende eerstelijns en poliklinische zorg en een strikt poortwachtsysteem op het niveau van de eerstelijnszorg. In overeenstemming met de algemene trend in de EU is de dichtheid van ziekenhuisbedden in het decennium voorafgaand aan de COVID-19-pandemie gestaag gedaald van 4,0 bedden per 1 000 inwoners in 2010 tot 3,0 per 1 000 in 2019, wat aanzienlijk minder is dan het EU-gemiddelde van 4,9 per 1 000. Deze trend werd in 2021 omgebogen, toen de beddenscapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen licht steeg van 2,9 bedden per 1 000 personen in 2020 tot 3,0 per 1 000 in 2021. De afgelopen tien jaar behoorden de percentages voor ziekenhuisopnamen consequent tot de laagste in de EU. De bezettingsgraad van de bedden lag ongeveer 10 % onder het EU-gemiddelde, waarbij de efficiëntie aanzienlijk werd verbeterd via de overdracht van patiënten tussen ziekenhuizen.

Als reactie op de toegenomen vraag naar acute zorg als gevolg van de pandemie heeft Nederland in 2020 verschillende maatregelen genomen om de capaciteit in termen van algemene ziekenhuisbedden en de intensivereafdelingen (IC) uit te breiden, de laatste nam meer dan 20 % toe ten opzichte van 2019. Om het risico op uitbraken in ziekenhuizen tot een minimum

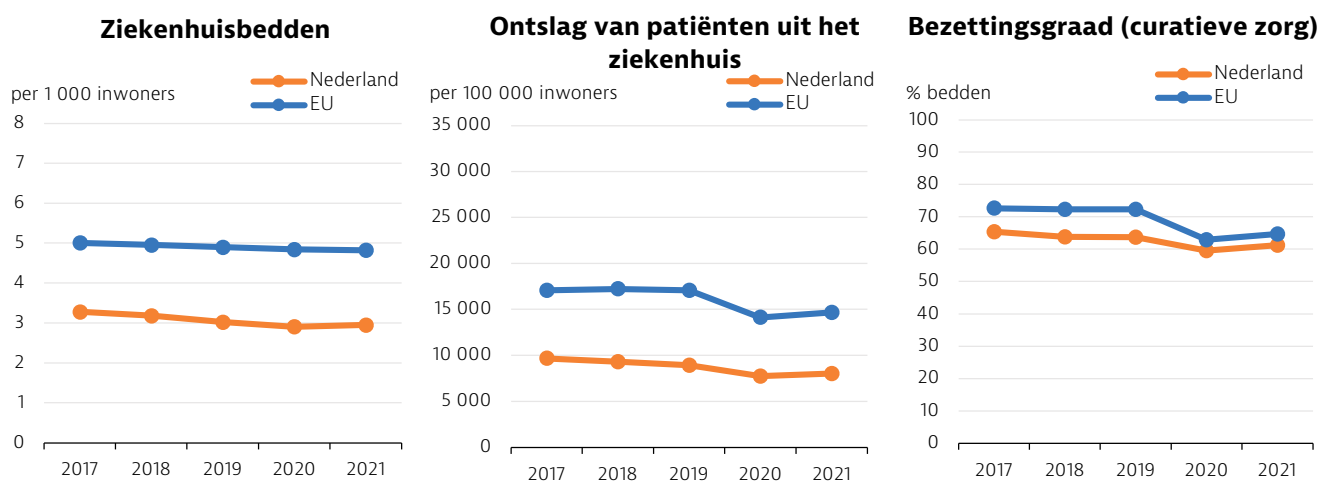
³ In dit verband is het aanpassingsvermogen van het zorgstelsel gedefinieerd als het vermogen om zich voor te bereiden op schokken, deze te beheersen (absorberen, aanpassen en transformeren) en ervan te leren (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2020).

te beperken en een buffer bedden, personeel en uitrusting tot stand te brengen, werden grote volumes aan niet-dringende, geplande ziekenhuisdiensten uitgesteld.

Deze noodmaatregelen leidden tussen 2019 en 2020 tot sterke dalingen van zowel het aantal ziekenhuisontslagen (met meer dan 13 %) als de gemiddelde bezettingsgraad van de bedden (met 6,4 %) (figuur 19). De dalingen in het aantal ziekenhuisontslagen

varieerde sterk per diagnostische categorie. Vormen van kanker (-5 %) en hart- en vaatziekten (-8 %) daalden het minst op jaarbasis, terwijl de grootste dalingen werden vastgesteld bij de infectieziekten (-27 %) en andere dan COVID-19-gerelateerde luchtwegaandoeningen (-34 %). Tegen 2021 was het percentage ziekenhuisontslagen hersteld tot ongeveer 90 % van het niveau in 2019.

Figuur 19. Het aantal ziekenhuisontslagen in Nederland bedroeg in 2019 ongeveer de helft van het EU-gemiddelde



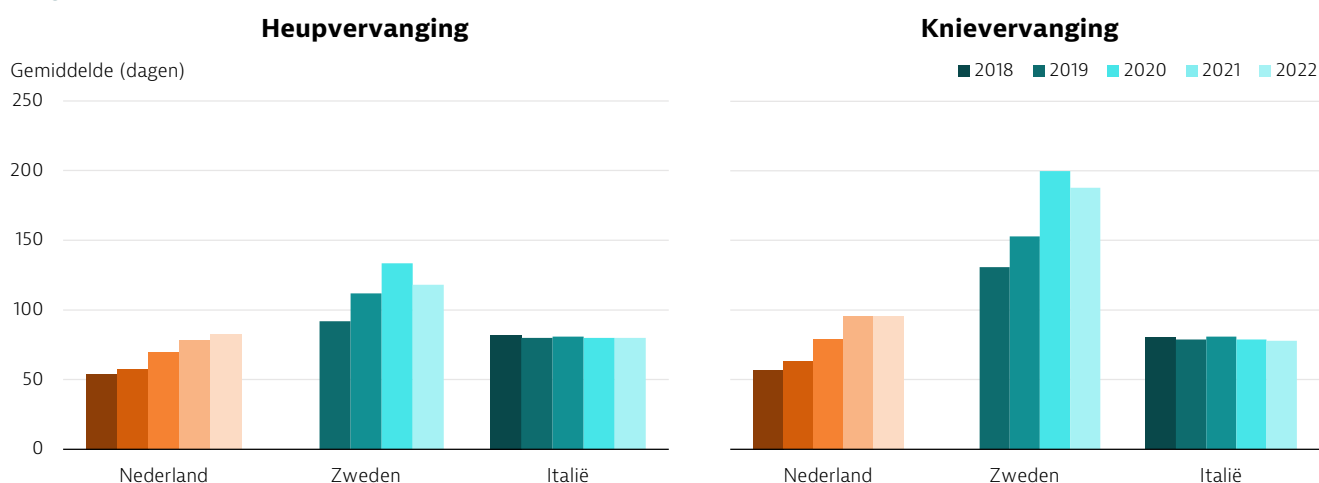
Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken 2023; Eurostat-databank.

COVID-19-gerelateerde verstoringen in ziekenhuizen hebben de achterstand in niet-dringende zorg aan patiënten vergroot

Het feit dat heel wat ziekenhuisactiviteiten tijdens de pandemie waren uitgesteld, had een negatief effect op de wachttijden voor niet-urgente zorg in Nederland. De inhaalvraag als gevolg van zowel de vermindering van niet-urgente chirurgische ingrepen als de wijzigingen

in verwijzingspatronen in 2020 belemmerde de inspanningen om de achterstand van patiënten in 2021 en 2022 weg te werken. De vraag nam namelijk opnieuw sterk toe door het geleidelijke herstel van niet-dringende zorgactiviteiten. Dit leidde tot een toename van de wachttijden voor geplande operaties, zoals heup- en knie vervangingen (figuur 20).

Figuur 20. De gemiddelde wachttijden voor niet-urgente chirurgische ingrepen zijn tijdens de pandemie toegenomen

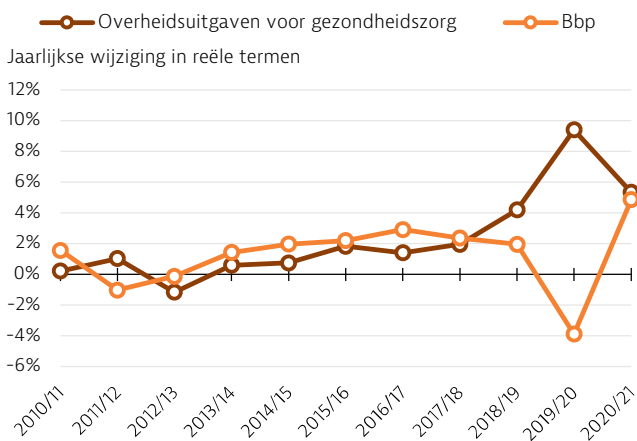


Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2023.

COVID-19-reacties hebben geleid tot sterke stijgingen van de publieke zorguitgaven in 2020 en 2021

Tussen 2010 en 2019 stegen de door de overheid en de sociale ziektekostenverzekering gefinancierde uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland met gemiddeld 1,2 % op jaarbasis, iets minder dan de gemiddelde jaarlijkse bbp-groei van het land in dezelfde periode. De COVID-19-pandemie verstoorde deze trend tijdelijk, waardoor de publieke zorguitgaven in 2020 met meer dan 9 % stegen, terwijl het bbp met bijna 4 % daalde (figuur 21). Toen het bbp in 2021 opnieuw sterk toenam, bleven de publieke zorguitgaven met een gematigder tempo van 5,3 % stijgen, grotendeels als gevolg van COVID-19-gerelateerde kosten waaronder vaccins, tests en hogere personeelskosten. De omvang van de impact van de pandemie op het Nederlandse zorgstelsel bleek ook duidelijk uit de veranderingen in de financieringsmix. In het licht van een stijging van de publieke zorguitgaven met meer dan 15 % tussen 2019 en 2021 daalden de particuliere uitgaven voor gezondheidszorg met bijna 2 %, voornamelijk als gevolg van lagere uitgaven die via de aanvullende ziektekostenverzekering werden gefinancierd. In 2021 werd 85 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland gefinancierd door de overheid en zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet, het hoogste aandeel in de beschikbare datareeksen sinds 2000.

Figuur 21. Door de pandemie werden de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg en het bbp in 2020 tijdelijk ontkoppeld



Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2023.

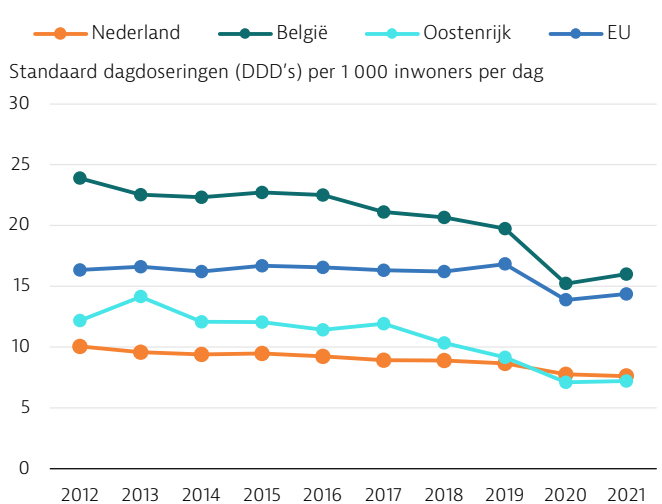
Het antibioticagebruik in Nederland is het laagste in Europa

Resistentie tegen antimicrobiële stoffen (AMR) is een groot probleem voor de volksgezondheid in de EU, met naar schatting ongeveer 35 000 sterfgevallen als gevolg van infecties door resistente bacteriën tegen antibiotica en kosten voor de gezondheidszorg van ongeveer 1,1 miljard EUR per jaar (OESO/ECDC, 2019). Omdat overmatig voorschrijven en gebruik van

antibiotica bij mensen een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van bacteriën die resistent zijn tegen antibiotica, zijn gegevens over antibioticagebruik een nuttig instrument om het risico van AMR en de effectiviteit van programma's ter bevordering van hun passend gebruik te beoordelen.

Binnen deze context presteert Nederland beter dan alle andere EU-landen en kan het land zich beroepen op het laagste totale antibioticagebruik in de EU in 2021. De afgelopen vijf jaar is het antibioticagebruik in Nederland met gemiddeld 3,8 % per jaar gedaald. Deze daling was slechts iets minder dan het EU-gemiddelde, ondanks dat het totale antibioticagebruik in Nederland in 2016 al ruim onder het EU-gemiddelde lag. Deze prestatie weerspiegelt de jarenlange inzet van het land om strenge regelgeving en richtlijnen te hanteren en zo ongepast voorschrijfgedrag te beteugelen. In 2021 lag het antibioticagebruik in Nederland 49 % onder het EU-gemiddelde. Deze daling kwam er voornamelijk door afname van volume in de eerste lijn, dat goed is voor meer dan 90 % van het totale antibioticagebruik. De COVID-19-pandemie heeft een belangrijke rol gespeeld bij het terugdringen van het antibioticagebruik in de bevolking, met een daling van meer dan 12 % tussen 2019 en 2021 in Nederland (Figuur 22). Deze daling is grotendeels toe te schrijven aan maatregelen die werden genomen om de pandemie in te perken, waardoor er minder besmettingen ontstonden.

Figuur 22. Het gebruik van antibiotica in de eerstelijnszorg daalde de afgelopen tien jaar naar minder dan de helft van het EU-gemiddelde



Opmerking: De gegevens hebben alleen betrekking op antibioticagebruik buiten instellingen (extramuraal).
Bron: ECDC ESAC-Net.

Het Nederlandse herstel- en veerkrachtplan zal de ontwikkeling van de nationale infrastructuur voor gezondheidsgegevens de komende jaren ondersteunen

Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel zal de komende jaren een financiële impuls krijgen als onderdeel van het Nederlandse herstel- en veerkrachtplan (HVP), een cruciaal onderdeel van de reactie van de EU op de COVID-19-crisis. In het kader van het HVP heeft Nederland 172 miljoen euro toegewezen aan de gezondheidszorg, wat neerkomt op ongeveer 4% van de totale subsidietoewijzing uit het Herstel- en Veerkrachtfonds van de EU. Meer dan 40% van deze middelen zal worden besteed aan de ontwikkeling van een geïntegreerde nationale infrastructuur voor gezondheidsgegevens, waardoor

meer gebruik kan worden gemaakt van gezondheidsgegevens voor beleidsvorming en klinische en onderzoeksdoeleinden. Daarnaast zal bijna 30% van de toegewezen middelen worden gebruikt om de kosten te dekken die ziekenhuizen op het hoogtepunt van de pandemie hebben gemaakt om de capaciteit van de ICU's uit te breiden. Deze investering is bedoeld om de verbeteringen aan de infrastructuur en de opleiding van het personeel tijdens deze periode te consolideren en uiteindelijk de toekomstige paraatheid voor pandemieën te verbeteren. Tot slot zal bijna 30% van de middelen worden besteed aan het aanleggen van een nationale reserve van gezondheidswerkers en het aanleggen van voorraden van de nodige apparatuur om mogelijke toekomstige gezondheids crises het hoofd te bieden.

6 Mentale gezondheid in de schijnwerpers

De ziektelast door mentale gezondheidsproblemen in Nederland is groter dan in de meeste andere EU-landen

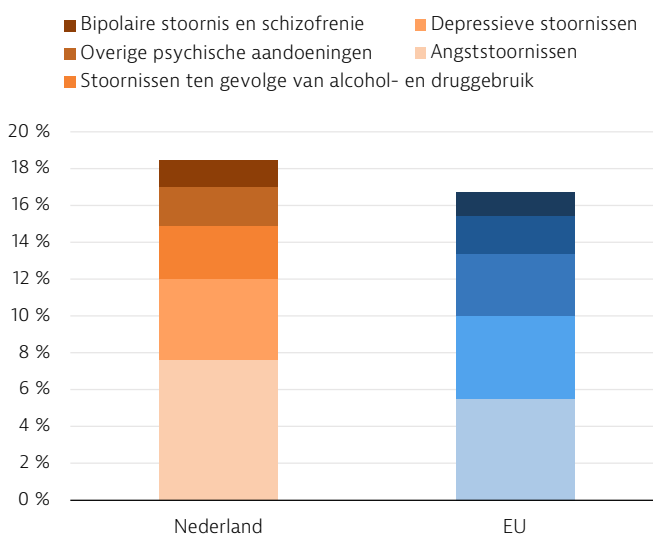
Net als in andere landen is het bepalen van het exacte aandeel van de Nederlandse bevolking met een psychische aandoening op een specifiek moment een uitdaging vanwege methodologische beperkingen die specifiek zijn voor psychische aandoeningen. Hierdoor wordt de werkelijke ziektelast hiervan vaak onderschat.

Volgens schattingen van de prevalentie door het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) kregen in 2019 meer dan drie miljoen mensen in Nederland een psychische aandoening, goed voor 18% van de bevolking, wat meer is dan het EU-gemiddelde van 16,7%. Angststoornissen kwamen binnen deze groep het vaakst voor en troffen ongeveer 8% van de bevolking. Daarna volgden depressieve stoornissen met 4%, terwijl stoornissen ten gevolge van alcohol- en druggebruik 3% van de bevolking troffen (figuur 23). Tijdens de COVID-19-pandemie werd een aanzienlijke toename waargenomen van symptomen die samenhangen met mentale gezondheidsproblemen, vooral bij vrouwen van 15 tot en met 24 jaar (Bosmans et al., 2022).

Depressie komt vaker voor bij mensen met een lager inkomen en bij vrouwen

Volgens enquêtegegevens uit 2019 meldde meer dan 8% van de Nederlandse bevolking een depressie te hebben, een iets groter aandeel dan het EU-gemiddelde van 7,2%. Net als in andere EU-landen meldden mannen in Nederland lagere depressiecijfers (7,2%) dan vrouwen (9,3%). Maar de

Figuur 23. Meer dan één op de zes mensen in Nederland kreeg in 2019 te maken met een mentaal gezondheidsprobleem

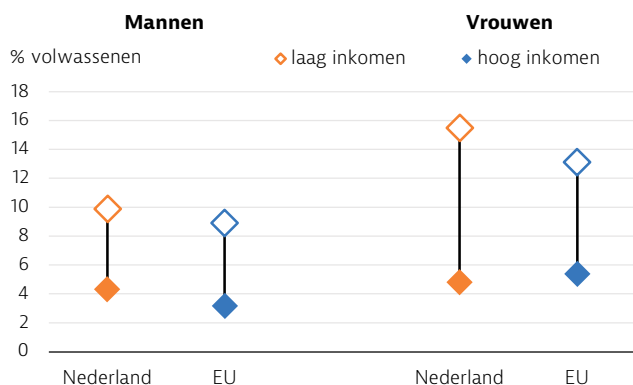


Bron: IHME (gegevens voor 2019).

genderkloof was aanmerkelijk kleiner dan gemiddeld in de EU-landen. Net als in andere EU-landen meldden personen met een lager inkomen vaker depressie, met bijna 10% van de mannen en 15,5% van de vrouwen in het laagste inkomenskwintiel, tegenover slechts 4,3% van de mannen en 5,3% van de vrouwen in het hoogste kwintiel (figuur 24). Deze bevindingen stemmen overeen met de resultaten van Nemesis-3, een nationale prevalentiestudie waarin een vergelijkbaar patroon voor de 12 maandenprevalentie van depressieve stoornissen werd vastgesteld (ten Have et al., 2023). Uit de studie bleek ook dat werkende

Nederlanders doorgaans minder depressies melden en dat mensen met mentale gezondheidsproblemen meer kans hadden om werkloos te zijn.

Figuur 24. Verschillen in prevalentie van depressie tussen inkomensgroepen waren groter bij Nederlandse vrouwen vergeleken met het EU-gemiddelde



Opmerking: Hoog inkomen verwijst naar mensen in het hoogste inkomenskwintiel (20 % van de bevolking met het hoogste inkomen), terwijl laag inkomen verwijst naar mensen in het laagste inkomenskwintiel (20 % van de bevolking met het laagste inkomen).
Bron: Eurostat-databank (op basis van EHIS 2019).

Huisartsen fungeren als poortwachters voor toegang tot de GGZ

In 2014 werd het Nederlandse stelsel voor GGZ hervormd naar een model van getrapte zorg voor GGZ. Volgens dit kader vormen huisartsen het eerste contactpunt voor de meeste patiënten en fungeren zij als poortwachters naar meer gespecialiseerde GGZ. Ongeveer 80 % van de huisartspraktijken en gezondheidscentra beschikt over gespecialiseerde GGZ-verpleegkundigen (POH-GGZ), die diagnostische beoordelingen, behandelingen op korte termijn, ondersteuning en begeleiding op langere termijn

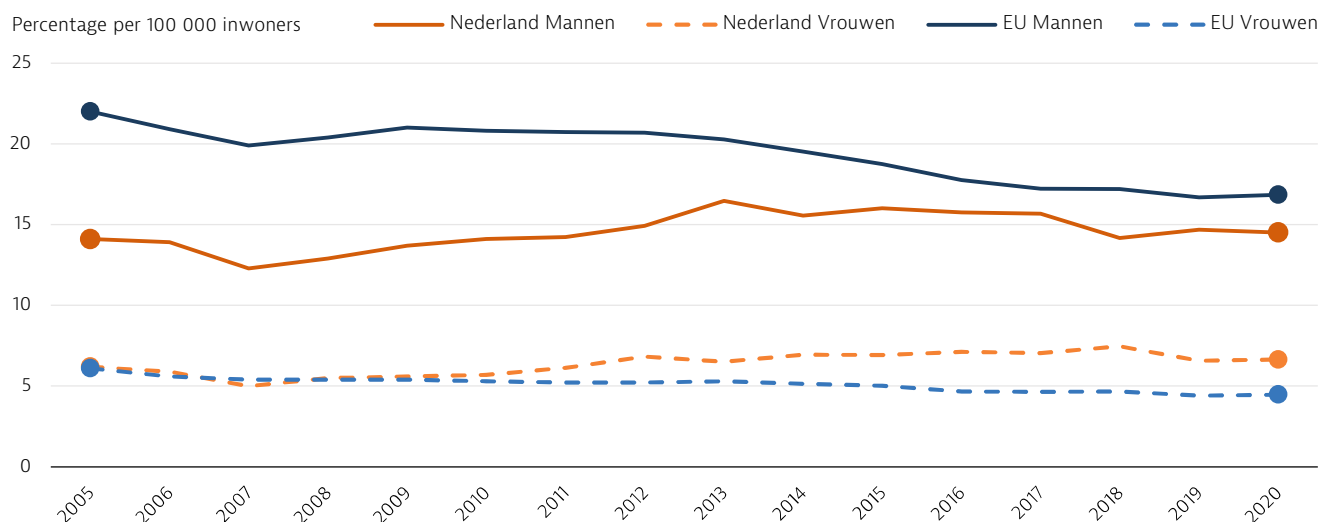
en therapeutisch advies aanbieden. De tweede fase van de zorg omvat GGZ die wordt verstrekt door psychologen, psychotherapeuten, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Het derde niveau van de specialistische GGZ bestaat uit behandelingen door zeer gespecialiseerde zorgprofessionals, vaak binnen een multidisciplinair team dat werkzaam is in GGZ-instellingen.

Het basispakket dekt de kosten voor GGZ die binnen de huisartsenzorg en ambulant wordt verleend. Ook de kosten van zorg verleend door GGZ-instellingen of psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen zijn gedekt, maar deze zijn onderworpen aan het verplicht eigen risico zoals bepaald in de Zorgverzekeringswet (hoofdstuk 4). Afspraken over vergoedingen voor zware patiënten met langdurige aandoeningen zijn vastgelegd in de bepalingen van de Wet Langdurige Zorg.

Zelfdodingscijfers zijn in Nederland de afgelopen tien jaar licht gestegen

Zelfdoding is een belangrijk probleem voor de volksgezondheid in de hele EU, ook in Nederland. In 2021 was zelfdoding goed voor 1,15 % van alle sterfgevallen in het land, en was het de belangrijkste doodsoorzaak onder Nederlanders jonger dan 30 jaar. De factoren die tot zelfdoding bijdragen, zijn complex, maar uit uitvoerig onderzoek en de klinische praktijk is gebleken dat mentale gezondheidsproblemen belangrijke risicofactoren vormen voor zelfdoding. In 2020 lag het zelfdodingscijfer in Nederland op 10,48 per 100 000 inwoners, iets meer dan het EU-gemiddelde van 10,24 per 100 000. Net als in andere EU-landen worden de zelfdodingscijfers in Nederland gekenmerkt door een duidelijke verschil tussen genders, met een hogere incidentie bij mannen. Tussen 2016 en 2020 bedroeg het gemiddelde zelfdodingscijfer bij Nederlandse mannen meer dan het dubbele van dat bij vrouwen (figuur 25).

Figuur 25. Het zelfdodingscijfer in Nederland lag in 2016 boven het EU-gemiddelde



Bron: Eurostat-databank.

In tegenstelling tot de dalende trend die in de hele EU werd waargenomen, is het aantal sterfgevallen door zelfdoding in Nederland de afgelopen tien jaar met bijna 5 % gestegen, met een piek van bijna 17 % voor het zelfdodingscijfer bij Nederlandse mannen tussen 2010 en 2013. Daarna volgde een geleidelijke daling, en een geleidelijke stijging van het zelfdodingscijfer bij Nederlandse vrouwen tot 2018, het jaar waarin het het op vier na hoogste cijfer in de EU was. Uit voorlopige sterftecijfers voor 2022 blijkt dat de zelfdodingscijfers in Nederland met 3 % zijn gestegen ten opzichte van 2019, met een grotere stijging bij mannen (4,2 %) dan bij vrouwen (3,0 %) (CBS, 2023c).

Lange wachttijden ondermijnen tijdige toegang tot gespecialiseerde GGZ

Door de beperkte zorgcapaciteit en een aanhoudend gebrek aan professionals in de GGZ, heeft het Nederlandse stelsel voor GGZ moeite om tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar GGZ in de nasleep van de COVID-19-pandemie. In 2022 moest meer dan 60 % van de patiënten die voor specialistische GGZ waren doorverwezen, langer dan de maximale norm van vier weken wachten voor een eerste consultatie, en 30 % wachtte langer dan de maximale norm van 10 weken om te worden behandeld. Per december 2022 stonden bijna 84 000 Nederlanders op een wachtlijst voor GGZ, ongeveer hetzelfde aantal als in december 2021 (NZA, 2023).

Afgezien van onvoldoende zorgcapaciteit is uit een onderzoek van de Algemene Rekenkamer (2020) gebleken dat de wachttijden nog werden toenamen door perverse financiële prikkels: de bestaande regeling voor vaste vergoedingen tussen aanbieders van GGZ en verzekeraars stimuleerde de eerstgenoemden namelijk om prioriteit te geven aan patiënten met minder ernstige aandoeningen. De wachttijden zijn nog erger bij de jeugd GGZ doordat

multidisciplinaire GGZ instellingen te kampen hebben met een tekort aan psychiaters, versplinterd bestuur en een hoog personeelsverloop (SER, 2021).

De overheid neemt maatregelen om de achterstand van patiënten met mentale gezondheidsproblemen aan te pakken

In 2021 presenteerde de Nederlandse overheid een plan om de lange wachttijden voor GGZ aan te pakken via een betere samenwerking tussen zorgverleners, huisartsen, gemeenten en zorgverzekeraars. Volgens het plan moeten de grootste aanbieders van GGZ die niet aan de wettelijke maximale wachttijden voldoen, een intraregionaal systeem voor overdracht van patiënten coördineren. Via dit systeem zijn zorgverleners met de langste gemiddelde wachttijden verantwoordelijk voor het doorverwijzen van patiënten naar zorgverleners met beschikbare behandelingscapaciteit in hun regio. Samen met een vernieuwd beloningssysteem voor aanbieders van GGZ gaat men ervan uit dat dit initiatief de aanhoudende achterstand van patiënten binnen de GGZ de komende jaren zal verminderen. In 2022 ondernam de Nederlandse regering verdere stappen om een aanvullend plan op te stellen ter bevordering van het geestelijk welzijn bij jongeren, de beroepsbevolking en kwetsbare groepen (kader 1).

Kader 1. Nederland lanceerde in 2022 een nieuw initiatief voor mentale gezondheid

Zich bewust van de dringende noodzaak dat de GGZ in de nasleep van de COVID-19-pandemie dringend moeten worden versterkt, heeft de Rijksoverheid in 2022 het actieplan "Aanpak 'mentale gezondheid: van ons allemaal'" ingevoerd. Hierin wordt een reeks maatregelen geschetst, bedoeld om het publiek bewuster te maken van mentale gezondheid, de beschikbaarheid van GGZ en ondersteunende systemen te verbeteren, en de vroegtijdige opsporing van mentale gezondheidsproblemen te vergemakkelijken. Voortbouwend op de fundamenten van eerdere preventieprogramma's is het actieplan opgebouwd rond vijf kerngebieden,

die zich focussen op het bevorderen van mentale gezondheid in de samenleving, buurten, onderwijsinstellingen, werkplekken en online. Voor elk van deze gebieden worden specifieke doelstellingen geformuleerd, zoals het verbeteren en opschalen van laagdrempelige inlooptmogelijkheden op gemeentelijk niveau, de oprichting van samenwerkingsverbanden met sportverenigingen die zich op kwetsbare bevolkingsgroepen richten en de invoering van een proefproject om burn-out onder werknemers te voorkomen. De voorgestelde acties zullen voortdurend worden gemonitord en herzien op basis van de voortgang.

Bron: Rijksoverheid (2023b).

7 Belangrijkste bevindingen

- In 2022 lag de levensverwachting bij geboorte in Nederland met 81,7 jaar een jaar boven het EU-gemiddelde. In de twee decennia voor de COVID-19 pandemie steeg de levensverwachting in lijn met die van andere EU-landen. Tijdens de jaren van de pandemie was er een lichte, minder dan gemiddelde, daling. Kanker en hart- en vaatziekten waren in 2021 de meest voorkomende doodsoorzaken, samen verantwoordelijk voor bijna de helft van alle sterfgevallen, terwijl COVID-19 ruim één op de tien sterfgevallen veroorzaakte. Tussen 2020 en 2022 stabiliseerde de oversterfte in het land zich rond 13 % boven het niveau van vóór de pandemie en nam het slechts licht af na de piek in 2020.
- Meer dan een derde van alle sterfgevallen in Nederland in 2019 hing samen met gedragsgerelateerde risicofactoren, een aandeel dat iets onder het EU-gemiddelde ligt. In de afgelopen jaren hebben nieuwe maatregelen ter bestrijding van het tabaksgebruik geleid tot een daling van het aantal rokers in het land, dat nu onder het EU-gemiddelde ligt. Hoewel het alcoholgebruik de afgelopen twee decennia is gedaald en lager is dan in de meeste andere EU-landen, blijft zwaar alcoholgebruik wijdverbreid: bijna 20 % van de Nederlandse volwassenen meldde in 2019 regelmatig veel alcohol te gebruiken.
- Tussen 2019 en 2021 stegen de zorguitgaven in Nederland met 12 %, grotendeels als gevolg van de gestegen overheidsuitgaven die vereist waren om de COVID-19-crisis aan te pakken. In 2021 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg 11,3 % van het bbp, iets boven het EU-gemiddelde, maar per hoofd van de bevolking was dit het op twee na hoogste percentage in de EU, na Duitsland en Oostenrijk. Bijna 28 % van de uitgaven voor gezondheidszorg werd toegewezen aan langdurige zorg, wat meer was dan het EU-gemiddelde, zowel per hoofd van de bevolking alsook als percentage van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Particuliere bronnen droegen bij tot 15 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, wat minder is dan het EU-gemiddelde van 19 %.
- In 2021 lag het relatieve aantal artsen in Nederland iets lager dan het EU-gemiddelde, terwijl het aantal verpleegkundigen hoger was. Hoewel het aandeel artsen dat als huisarts werkt iets boven het EU-gemiddelde ligt, heeft het Nederlandse zorgstelsel te kampen met een tekort aan huisartsen, dat de komende jaren naar verwachting verder zal toenemen. Tijdens de pandemie ontstond ook een tekort aan verpleegkundigen in ziekenhuizen, waar nog bijkwam dat steeds meer verpleegkundigen ervoor kozen om als zelfstandige te gaan werken om betere arbeidsomstandigheden te verkrijgen.
- Nederland presteerde in 2020 beter dan de meeste EU-landen bij het voorkomen van sterfte als gevolg van potentieel vermijdbare en behandelbare oorzaken, met sterftecijfers van 21 % en 36 % onder de respectieve EU-gemiddelden. De pandemie had negatieve gevolgen voor kankerscreeningsprogramma's in Nederland, maar die impact was relatief beperkt. Na een daling van het aantal nieuwe kankerdiagnoses in 2020 herstelde de screeningsactiviteit zich in 2021 en 2022, waarbij de waargenomen incidentiecijfers erop wijzen dat de in 2020 geaccumuleerde diagnostische achterstand is weggerukt.
- De prevalentie van psychische aandoeningen in Nederland ligt hoger dan het EU-gemiddelde: naar schatting 18 % van de bevolking heeft hiermee in 2019 te maken gekregen. De percentages voor depressie lagen hoger bij Nederlandse vrouwen, terwijl mannen meer dan twee keer zo vaak overleden door zelfdoding dan vrouwen. Zelfdoding blijft een probleem voor de volksgezondheid in Nederland. In 2021 was zelfdoding verantwoordelijke voor meer dan 1 % van de sterfgevallen. De afgelopen tien jaar is het zelfdodingscijfer licht toegenomen, in tegenstelling tot de algemene trend in de EU. Doordat de vraag naar specialistische GGZ in de nasleep van de pandemie toenam, leidde een ontoereikend aanbod van professionals in de GGZ tot wachttijden waarbij de vastgelegde maximale termijn voor een groot deel van de patiënten consequent werd overschreden. In 2021 heeft de Nederlandse regering een actieplan ingevoerd om wachtljsten voor specialistische GGZ te verlichten via een intraregionaal systeem voor overdracht van patiënten.

Belangrijkste bronnen

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

European Observatory on Health Systems and Policies, Netherlands, Health Systems and Policy Monitor.

Referenties

Bosmans M et al. (2022), Kort-cyclisch Cijferoverzicht gezondheidsmonitor COVID-19: 4e gegevensrapportage jeugd (April-Juni 2022).

Central Bureau of Statistics (CBS)(2023a), Excess mortality for the third consecutive year in 2022.

Central Bureau of Statistics (CBS)(2023b), Care expenditure up by 1.2 percent in 2022.

Central Bureau of Statistics (CBS) (2023c), General Database.

Dutch Court of Auditors (2020), Mental healthcare: the bigger the problem, the longer the waiting list.

Rijksoverheid (2023a), Proposal for a smarter use of health insurance deductible in medical specialist care.

Rijksoverheid (2023b), Aanpak 'mentale gezondheid: van ons allemaal'.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>

Health and Youth Care Inspectorate (IGJ) and the Dutch Healthcare Authority (Nza) (2022), Problems due to shortage of staff in care and youth care.

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) (2023), Cancer incidence data repository.

Netherlands Cancer Registry (NCR) (2023), Cancer incidence estimates <https://iknl.nl/projecten/de-impact-van-de-covid-19-uitbraak>

OECD (2023a), EU Country Cancer Profile: Netherlands 2023.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance: Tackling the burden in the European Union.

RIVM (National Institute of Public Health) (2023), Towards a smoke-free generation: Options to make cigarettes less appealing and addictive.

RVS (2023), De Basis op orde. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

SER, Social and Economic Council of the Netherlands (2021), Youth care: from systems to people <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/van-systeem-naar-mensen.pdf>

Ten Have M et al., Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic.

VZinfo (2021) – Prevalence estimates for asthma and COPD by the National Institute of Public Health and the Environment. <https://www.vzinfo.nl/astma> and <https://www.vzinfo.nl/copd>

ZN (2022), Letter to the Parliamentary Commission for Health, Welfare and Sports. [https://assets.zn.nl/p/32768/none/huisarts/ZN-brief%20commissiedebat%20Arbeidsmarkt%20in%20de%20zorg_20220701%20\(002\).pdf](https://assets.zn.nl/p/32768/none/huisarts/ZN-brief%20commissiedebat%20Arbeidsmarkt%20in%20de%20zorg_20220701%20(002).pdf)

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		

State of Health in the EU

Landenprofiel gezondheid 2023

De *Landenprofielen Gezondheid 2023* vormen een belangrijk onderdeel van de cyclus *State of Health in the EU* van de Europese Commissie, een kennisbemiddelingsproject dat met financiële steun van de Europese Unie is ontwikkeld.

Deze profielen zijn het resultaat van een samenwerkingsverband tussen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en the European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie. Op basis van een consistente methode die zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens gebruikt, heeft de analyse betrekking op de meest recente uitdagingen en ontwikkelingen op het gebied van het gezondheidsbeleid in elk EU/EER-land.

De editie 2023 van de Landenprofielen Gezondheid geeft een samenvatting van verschillende kritieke aspecten, waaronder:

- de huidige gezondheidstoestand in het land;
- gezondheidsdeterminanten, met bijzondere aandacht voor gedragsgerelateerde risicofactoren;
- de structuur en organisatie van het gezondheidsstelsel;
- de doeltreffendheid, toegankelijkheid en veerkracht van het gezondheidsstelsel;
- Voor het eerst in de reeks, een overzicht van de toestand van de geestelijke gezondheid en aanverwante diensten in het land.

Een aanvulling op de belangrijkste bevindingen van de gezondheidsprofielen per land is het syntheseverslag van de Europese Commissie.

Voor nadere informatie, zie: ec.europa.eu/health/state

Gelieve deze publicatie te citeren als:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Nederland: Landenprofiel gezondheid 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264347113 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)