

ACHTERGRONDDOCUMENT

# NVZ BRANCHERAPPORT ZIEKENHUIZEN VERGELIJKING EUROPA

Vergelijking van prestaties van ziekenhuizen in Nederland,  
Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Spanje, Zwitserland,  
Groot-Brittannië, Oostenrijk en België op basis van gegevens  
van de OECD en andere bronnen

Een project in opdracht van de Nederlandse Vereniging van  
Ziekenhuizen (NVZ)

12 juli 2012

Dr. Jan-Peter Heida

Bouke-Jan Otter, MSc

SiRM – Strategies in Regulated Markets  
Nieuwe uitleg 24  
2514BR Den Haag  
info@sirm.nl  
06 – 41 36 23 59

## 1 SAMENVATTING

In dit deel van het brancherapport wordt de Nederlandse ziekenhuiszorg gespiegeld aan België, Denemarken, Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk, Oostenrijk, Spanje en Zwitserland.

In de internationale vergelijking is gebruik gemaakt van diverse (internationale) databronnen. Waar mogelijk zijn alle eerder genoemde landen opgenomen in de vergelijking. Helaas is niet altijd voor alle landen data beschikbaar. Voor de analyses zijn soms bronnen samengevoegd en bewerkt, omwille van een correcte vergelijking. In de bijlage staan de methodes beschreven. In de analyse zijn geen data achterwege gelaten om een ‘mooier’ beeld van de Nederlandse ziekenhuiszorg te schetsen.

Evenals in het brancherapport van 2010 “Zorg voor baten” worden de zorgsystemen van bovengenoemde landen beoordeeld in navolging van het OECD-model. Hierbij is ervoor gekozen in dit brancherapport de volgende onderwerpen te bespreken:

1. Het aanbod van ziekenhuiszorg
2. De prestaties van de ziekenhuiszorg (kwaliteit, toegang en betaalbaarheid)

Beide onderwerpen zullen worden beoordeeld op basis van de meest recente data, waardoor de resultaten een weerspiegeling van de meest recente Europese positie van de gezondheidszorg in Nederland weergeven. De vergelijking tussen de verschillende landen op bovenstaande twee onderwerpen vindt plaats vanuit Nederlands perspectief en gaat, waar mogelijk, specifiek in op de ziekenhuiszorg. Soms worden huisartsen in de vergelijking opgenomen, aangezien de scheiding tussen eerste- en tweedelijns zorg internationaal niet altijd eenduidig is.

Uit de vergelijking blijkt dat Nederland in Europa een bijzondere positie inneemt:

- Alle landen in West-Europa hebben meer artsen per inwoner dan Nederland en de meeste landen hebben naar verhouding meer ziekenhuisbedden. Nederlanders gebruiken daarnaast een gemiddelde hoeveelheid ziekenhuiszorg, zoals consulten en opnames. Verder is ook het aantal chirurgische en cardiologische verrichtingen relatief laag. De hoeveelheid diagnostische apparatuur (CT, MRI en angiografie) en het gebruik ervan is gemiddeld.
- Nederlanders zijn tevreden over hun ziekenhuizen. In de hoogste en laagste inkomenscategorieën kreeg vrijwel iedereen de benodigde zorg. In vergelijking met West-Europa geeft Nederland het laagste percentage van het bbp uit aan

curatieve zorg en het hoogste aan zowel de niet-curatieve zorg als de gezondheidszorg in totaal.

Kortom, uit de internationale vergelijking blijkt dat Nederlanders een gemiddelde hoeveelheid aan ziekenhuiszorg consumeren en er relatief weinig aan uitgeven. Vanuit dit perspectief lijkt er dus niet veel ruimte voor besparingen, temeer daar verwacht wordt dat de vergrijzing zal leiden tot groei van de benodigde zorg.

## INHOUDSOPGAVE

1	Samenvatting .....	2
2	Inleiding.....	5
3	Aanbod en productie van ziekenhuiszorg.....	6
	3.1 Artsen.....	6
	3.2 Ziekenhuisfaciliteiten .....	7
	3.3 Opnames in het ziekenhuis .....	8
4	Diagnostische beeldvormende apparatuur .....	11
	4.1 CT-scanners.....	11
	4.2 MRI-scanners.....	12
	4.3 Angiografische units .....	13
5	Chirurgische en cardiologische verrichtingen .....	13
6	Grensoverschrijdende zorg .....	15
7	Prestaties van de ziekenhuiszorg .....	15
	7.1 Kwaliteit van de ziekenhuiszorg.....	16
	7.2 Toegang tot ziekenhuiszorg.....	17
	7.3 Betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg.....	19
8	Discussie internationale vergelijking .....	22
9	Opmerkingen en methodologische toelichting per figuur.....	24
10	Toelichting geslachts- en leeftijdscorrectie bij figuur 20 .....	28

## 2 INLEIDING

Dit document bevat een vergelijking van de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen met die in Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Spanje, Zwitserland, Groot-Brittannië, Oostenrijk en België op basis van gegevens van de OECD en andere bronnen. Deze analyse is gemaakt door SiRM in opdracht van de NVZ-vereniging van ziekenhuizen. Een samenvatting van deze analyse wordt opgenomen in het brancherapport van de NVZ, dat in oktober 2012 uitkomt.

### 3 AANBOD EN PRODUCTIE VAN ZIEKENHUISZORG

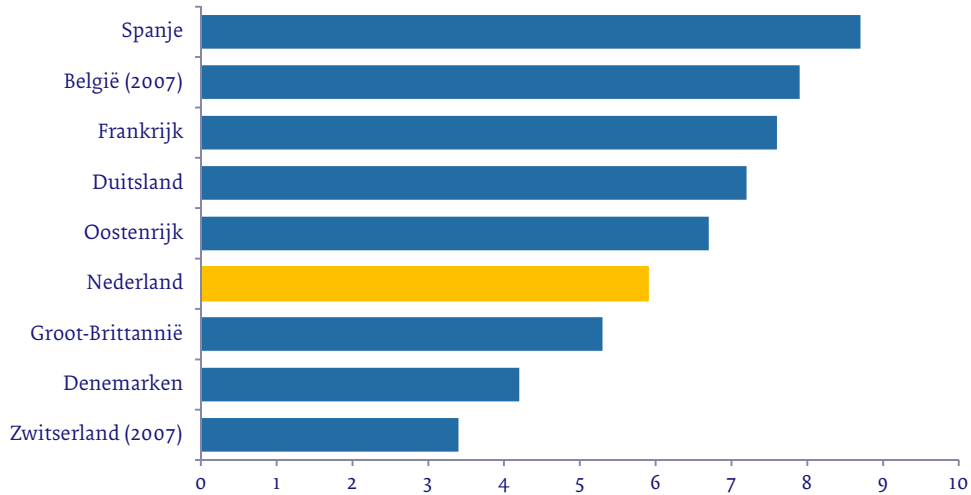
De capaciteit in Nederland is vergeleken met Europa laag. Nederland heeft het laagste aantal werkzame artsen en heeft een lager dan gemiddeld aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners. Daarnaast gaan Nederlanders relatief weinig naar de dokter, is de gemiddelde bedbezetting het laagst en ligt ook de opnameduur onder het Europees gemiddelde. Het aantal CT-scanners ligt in Nederland ruim onder het gemiddelde, evenals het aantal CT-scans. Nederland heeft wel een hoger aantal MRI-scanners dan de rest van Europa en voert een gemiddeld aantal scans uit. Het aantal angiografie-units ligt rond het gemiddelde. Gekeken naar het aantal chirurgische en cardiologische verrichtingen voert Nederland 10 van de 12 verrichtingen - waarover gegevens beschikbaar zijn - fors minder vaak uit (5 tot 34%) dan in de rest van Europa. In Nederland worden alleen vaker amandelen geknipt en meer staaroperaties uitgevoerd. Ook importeert Nederland het grootste aandeel van de totale gezondheidszorg aan gezondheidszorg, diensten en diagnostiek in vergelijking met de rest van Europa.

#### 3.1 ARTSEN

Het aantal medisch specialisten en huisartsen in Nederland is relatief laag (figuur 1). Het aantal artsen is in Oostenrijk bijna twee keer zo hoog (3,9). Nederlanders gaan in vergelijking met de andere Europese landen weinig naar de dokter. Een Nederlander gaat bijna 6 keer per jaar naar de dokter, een Spanjaard bijna 9 keer. In Zwitserland gaat men het minst vaak naar de dokter met 3,5 keer per inwoner. Daarnaast gaan alleen Denen (4 keer) en inwoners van Groot-Brittannië (5 keer) minder naar de dokter dan Nederlanders.

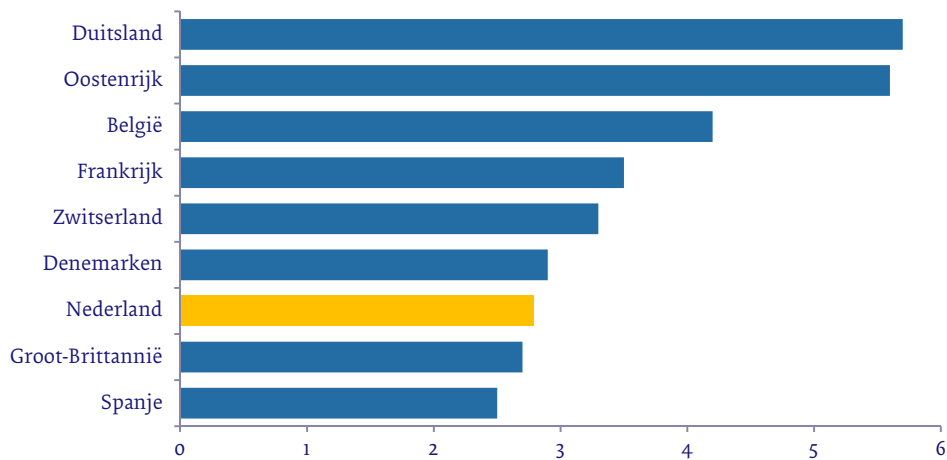
**Figuur 1: aantal consulten per hoofd van de bevolking in 2009 (inclusief huisarts)**

Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



**Figuur 2: aantal ziekenhuisbedden in de curatieve zorg per 1000 inwoners in 2009**

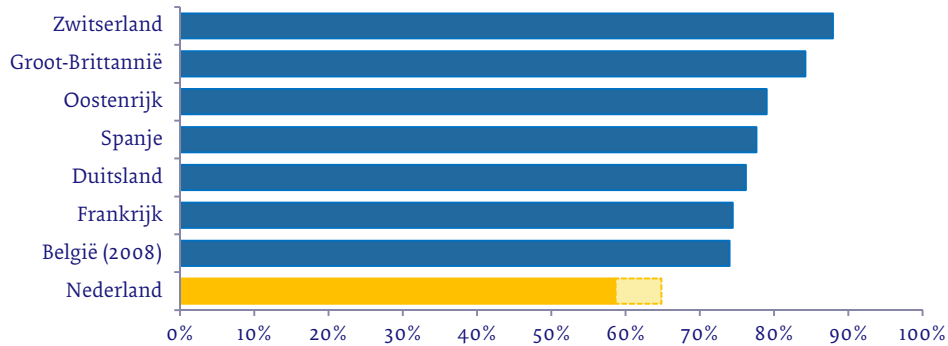
Bron: Health at a Glance 2011 & SiRM jaarverslagen database 2009



### 3.2 ZIEKENHUISFACILITEITEN

In vergelijking met de andere Europese landen heeft Nederland weinig ziekenhuisbedden in de curatieve zorg. Met 2,8 bedden per 1000 inwoners heeft Nederland fors minder bedden dan Duitsland (5,7). Groot-Brittannië en Spanje hebben als enige minder bedden dan Nederland, met respectievelijk 2,7 en 2,5 per 1000 inwoners (figuur 2).

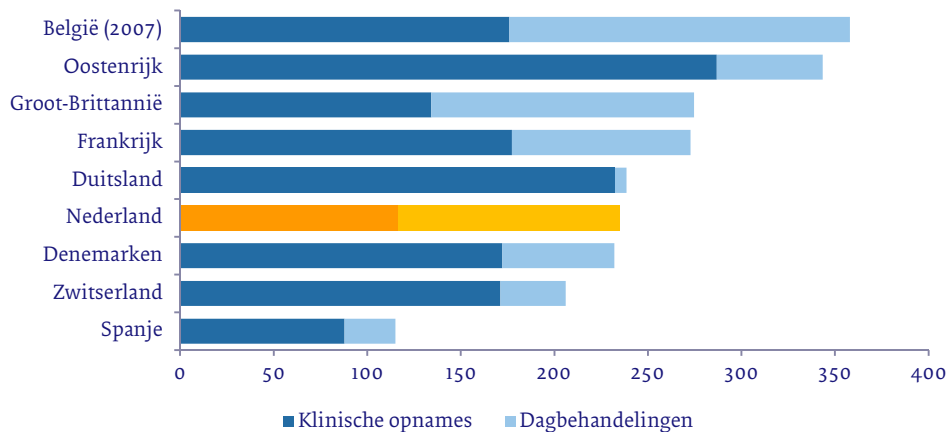
**Figuur 3: gemiddelde bedbezetting in de curatieve zorg in 2009**  
 Bron: OECD Health at a Glance 2011 & SiRM jaarverslagen database 2009



Naast het aantal bedden is ook de bedbezetting laag in Nederland. Nederland scoort op het gebied van bedbezetting met een percentage van 59% zelfs beduidend lager dan de overige landen (figuur 3). Ook wanneer de bedbezetting wordt berekend met behulp van gegevens uit de jaarverslagen van de Nederlandse ziekenhuizen is de bedbezetting in Nederland het laagst (65%). De afstand met België - dat na Nederland het laagste percentage bezette bedden heeft - is 10 tot 15 procentpunt. Het aantal bezette bedden in Nederland ligt bijna 30 procentpunt lager dan in Zwitserland (88%).

### 3.3 OPNAMES IN HET ZIEKENHUIS

**Figuur 4: aantal curatieve opnames per 1000 inwoners in 2009**  
 Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



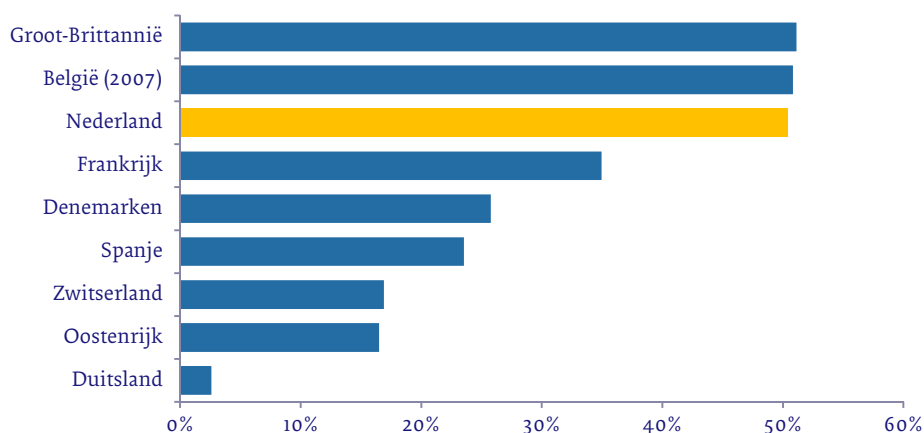
Het aantal klinische opnames per 1000 inwoners is laag (116). Alleen in Spanje is het aantal opnames lager (88). Het aantal dagbehandelingen per 1000 inwoners is in Nederland (118) hoger dan het Europees gemiddelde (80). Alleen Groot-Brittannië en België hebben meer



dagbehandelingen, met respectievelijk 140 en 182 dagbehandelingen per 1000 inwoners (figuur 4). Wanneer patiënten opgenomen worden is de opnameduur in Nederland tevens relatief laag (5,8 dagen). Frankrijk (5,5 dagen) en Denemarken (4,8 dagen) hebben als enige een kortere opnameduur. In Duitsland (9,7) en Zwitserland (9,7) is de opnameduur fors langer dan in Nederland.

Op het aantal klinische opnames en aantal dagbehandeling gezamenlijk scoort Nederland in vergelijking met Europa iets onder het gemiddelde, met 235 opnames per 1000 inwoners. België en Oostenrijk hebben het hoogste aantal opnames, met respectievelijk 358 en 345 opnames per 1000 inwoners. Spanje heeft het laagste aantal opnames (114), gevolgd door Zwitserland (206).

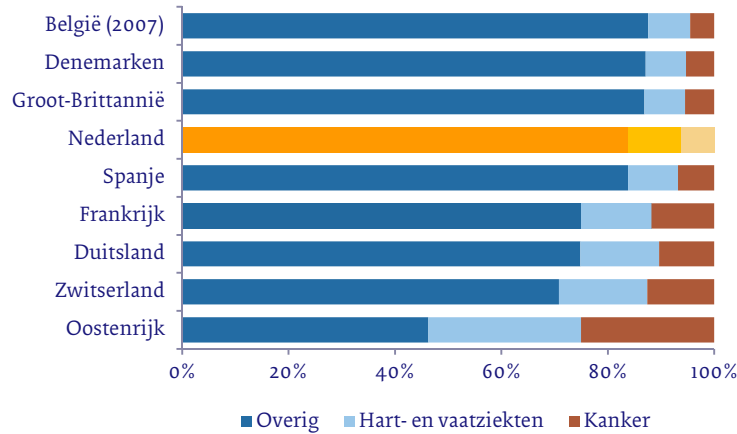
**Figuur 5: aandeel van de dagbehandelingen in het totaal aantal curatieve opnames in 2009**  
Bron: OECD Health at a Glance Database 2011



Een relatief groot aandeel van de opnames wordt in Nederland uitgevoerd in dagbehandeling (50%). België (51%) en Groot-Brittannië (51%) voeren als enige naar verhouding meer dagbehandelingen uit (figuur 5). De afstand tussen bovengenoemde landen en het Frankrijk (35%) is ruim 15 procentpunt. Duitsland voert relatief gezien het minst aantal dagbehandelingen uit (2,6%).

Voor het totale aantal opnames per 1000 inwoners is onderscheid aangebracht in opnames gerelateerd aan kanker en opnames gerelateerd aan hart- en vaatziekten. Het verschil in het totale aantal opnames tussen de Europese landen ligt overwegend aan opnames die niet gerelateerd zijn aan hart- en vaatziekten en kanker (figuur 6).

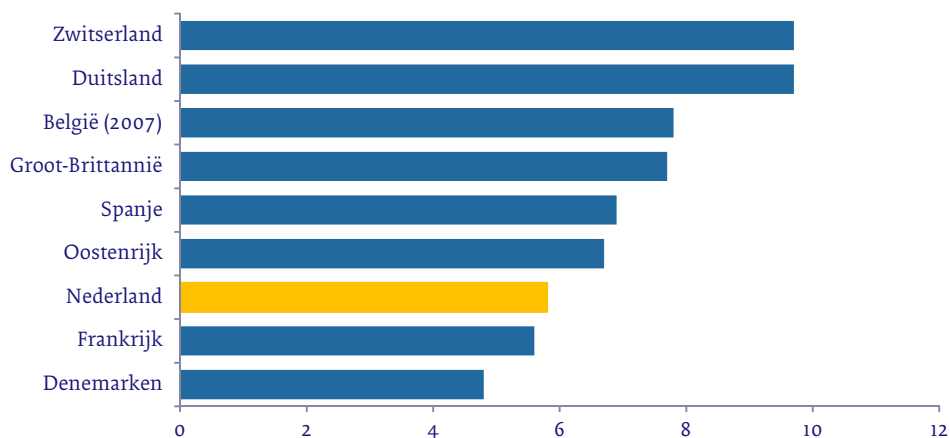
**Figuur 6: verdeling van het aantal curatieve opnames per 1000 inwoners naar aandoening in 2009**  
 Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



Gekeken naar de oorzaak van de opname spelen - relatief gezien - hart- en vaatziekten en kanker een kleine rol in het totale aantal opnames (17% van de opnames in Nederland is gerelateerd aan hart- en vaatziekten en 11% aan kanker. In Oostenrijk nemen beide oorzaken een fors groter aandeel in; daar is 34% van de opnames gerelateerd aan hart- en vaatziekten en 29% aan kanker.

Wanneer Nederlanders eenmaal opgenomen worden in het ziekenhuis, is de opnameduur relatief laag (figuur 7). Gemiddeld duurt een opname in 2009 in Nederland 5,8 dagen. Alleen Frankrijk en Denemarken scoren lager met een opnameduur van respectievelijk 5,6 en 4,8 dagen. Vergeleken met Zwitserland (9,6 dagen) is de opnameduur in de Nederlandse ziekenhuizen 40% korter.

**Figuur 7: opnameduur in dagen in 2009**  
 Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



## 4 DIAGNOSTISCHE BEELDVORMENDE APPARATUUR

### 4.1 CT-SCANNERS

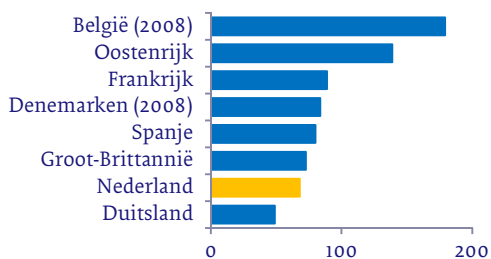
Het aantal CT-scanners in ziekenhuizen ligt met 9 per miljoen inwoners relatief laag, vergeleken met de overige Europese landen. CT-scanners worden gebruikt voor medische diagnostiek. Alleen Groot-Brittannië (7) heeft er minder. Duitsland en Oostenrijk hebben ruim twee keer zoveel CT-scanners dan Nederland en Denemarken bijna 3 keer zoveel. Het aantal uitgevoerde CT-scans is in Nederland ook relatief laag. Alleen Duitsland voert minder CT-scans uit, hoewel zij wel bijna 17 CT-scanners per miljoen inwoners meer bezitten dan Nederland. Het land met de meest uitgevoerde CT-scans is België. Met 179 CT-scans per 1000 inwoners, voeren Belgen ruim 2,5 keer zoveel CT-scans uit dan de Nederlanders. Ook Oostenrijk en Frankrijk voeren meer dan twee keer zoveel CT-scans uit dan Nederland (figuur 8).

Het aantal CT-scans per CT-scanner is in Nederland 7839, waarmee Nederland tot de middelste groep behoort. België heeft het hoogste aantal CT-scans per scanner (13281) en Duitsland het laagst (2849).

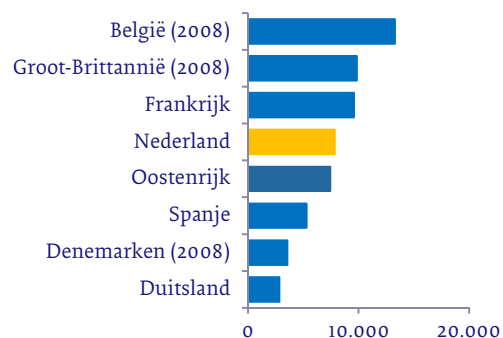
Figuur 8: CT-scanners

Bron: OECD Health at a Glance 2011 database & RIVM

Aantal CT-scans per 1000 inwoners in 2009

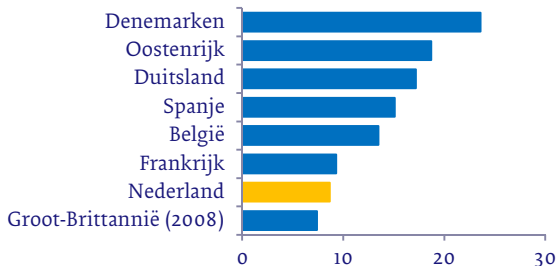


Aantal CT-scans per CT-scanner in 2009



\* 1000 =

Aantal CT-scanners per miljoen inwoners 2009



## 4.2 MRI-SCANNERS

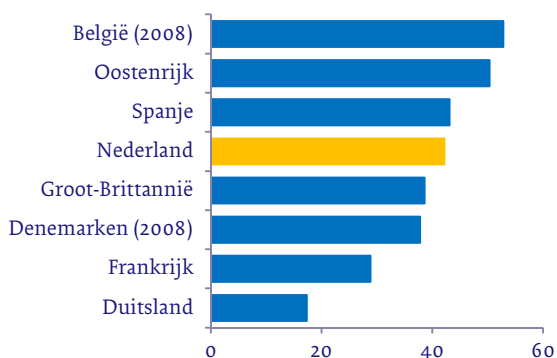
Gekeken naar het aantal MRI-scanners in ziekenhuizen, heeft Nederland er meer dan gemiddeld. Alleen Denemarken (15) heeft meer MRI-scanners tot hun zijn dan Nederland. Op het aantal uitgevoerde scans scoort Nederland gemiddeld in vergelijking met de andere Europese landen. MRI-scanners worden net als CT-scanners gebruikt voor medische diagnostiek. Wat betreft het aantal scans voeren België (53) en Oostenrijk (50) meer scans uit dan Nederland en Spanje. Duitsland (10) voert het laagste aantal scans per 1000 inwoners uit (figuur 9).

Gekeken naar het aantal MRI-scans per MRI-scanner scoort Nederland relatief laag. Met 3907 MRI-scans per scanner heeft Nederland een ruimschoots lager aantal MRI-scans per scanner dan Groot-Brittannië (6893) en een hoger aantal dan Duitsland (1821).

**Figuur 9: MRI-scanners**

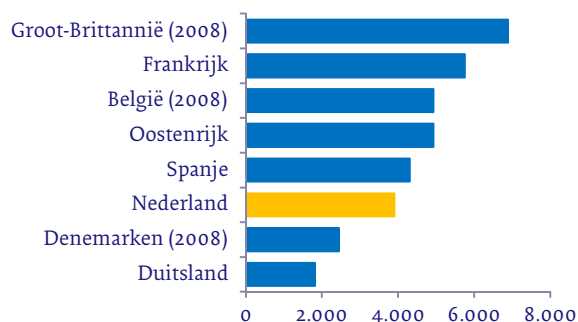
Bron: OECD Health at a Glance 2011 database & RIVM

### Aantal MRI-scans per 1000 inwoners in 2009

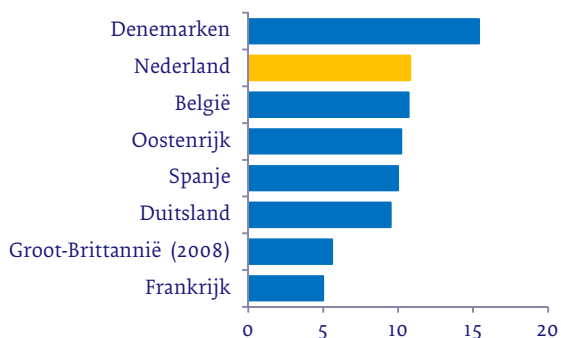


\* 1000 =

### Aantal MRI-scans per MRI-scanner in 2009



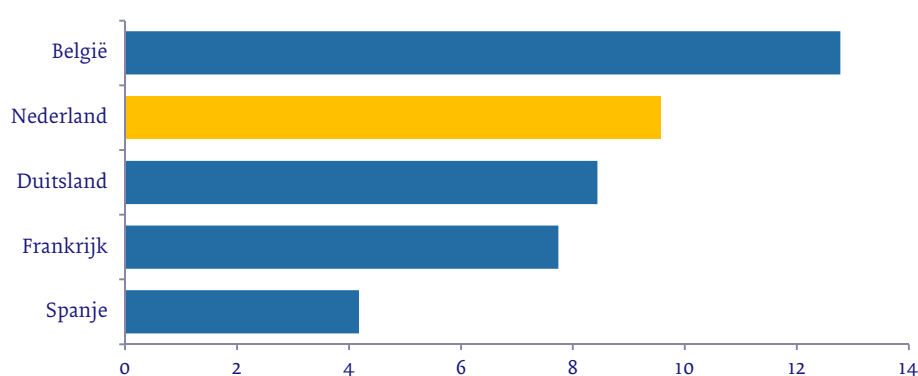
### Aantal MRI-scanners per miljoen inwoners 2009



### 4.3 ANGIOGRAFISCHE UNITS

In vergelijking met andere Europese landen heeft Nederland met 9,6 units per miljoen inwoners na België (12,8) de meeste angiografie-units. Duitsland (8,4), Frankrijk (7,7) en Spanje (4,2) hebben minder angiografische units per miljoen inwoners dan Nederland (figuur 10). Angiografische units worden gebruikt voor röntgenonderzoek van de bloedvaten.

**Figuur 10: aantal angiografie units per miljoen inwoners in 2009**  
Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



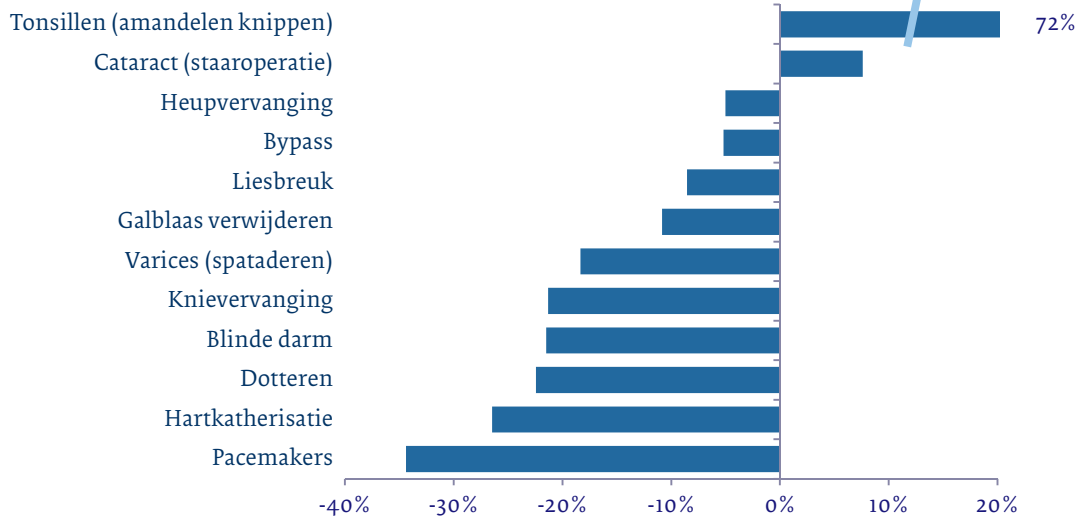
## 5 CHIRURGISCHE EN CARDIOLOGISCHE VERRICHTINGEN

Het aantal chirurgische verrichtingen per 100.000 inwoners is in Nederland relatief laag. Dit volgt uit een vergelijking van alle beschikbare gegevens over chirurgische en cardiologische verrichtingen in de OECD database.

Gekeken naar 12 cardiologische en chirurgische verrichtingen<sup>1</sup> worden slechts 2 verrichtingen vaker uitgevoerd dan het Europees gemiddelde (figuur 11). Het knippen van amandelen gebeurt in Nederland aanmerkelijk vaker (72%) dan in de rest van Europa en er worden naar verhouding 8% meer staaroperaties verricht. 10 verrichtingen worden in Nederland minder vaak uitgevoerd, variërend van 5% voor heupvervanging tot 34% voor het plaatsen van pacemakers.

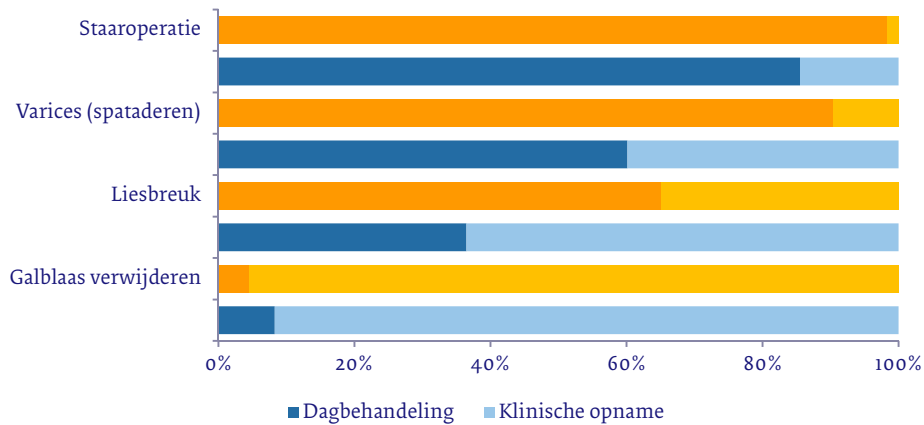
<sup>1</sup> Dit zijn alle verrichtingen waarover de OECD volledig rapporteert.

**Figuur 11: aantal chirurgische verrichtingen per 100.000 inwoners in Nederland in 2009 [in verhouding met het Europees gemiddelde]**  
 Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



Van de vier behandelingen waar gegevens van bekend zijn (staar, spataderen, liesbreuk en galblaasverwijdering), verricht Nederland er relatief veel in dagbehandeling (figuur 12).

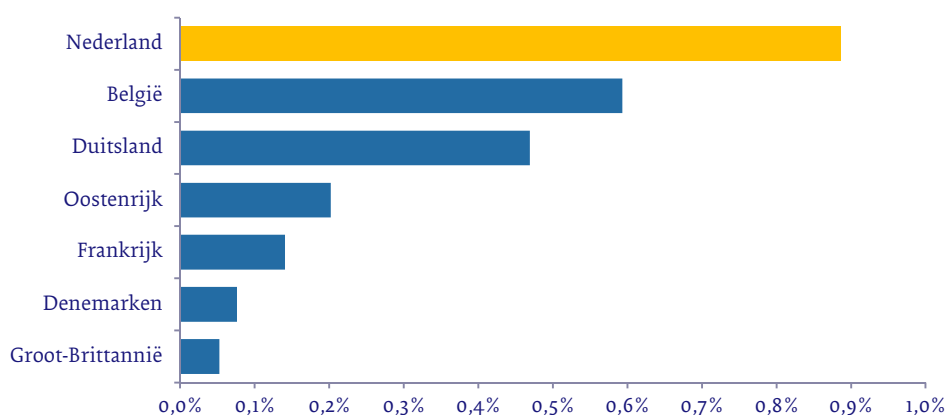
**Figuur 12: chirurgische verrichtingen per 100.000 inwoners naar type behandeling in 2009 in Nederland (oranje) en het gemiddelde in Europa (blauw)**



## 6 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

Nederland importeert relatief gezien de meeste zorg en hulpmiddelen uit het buitenland (figuur 13). Met 0,9% van de totale zorguitgaven staat Nederland bovenaan, terwijl Groot-Brittannië met 0,01% onderaan staat. Dit is te verklaren gezien de ligging van Nederland en het relatief hoge aandeel van de bevolking dat nabij de grens met België of Duitsland woont.

**Figuur 13: import van gezondheidszorg als percentage van de totale zorguitgaven in 2009**  
Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



## 7 PRESTATIES VAN DE ZIEKENHUISZORG

Nederland lijkt relatief goed te scoren op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Het vergelijken van de zorginhoudelijke kwaliteit is lastig, aangezien er weinig betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren zijn die internationaal worden gemeten.

In 2009 beoordeelde de Nederlandse consument de kwaliteit van ziekenhuizen in 91% van de gevallen als 'goed'. De vijfjaarsoverlevingskansen voor darm-, borst- en baarmoederhalskanker zijn in Nederland bovengemiddeld.

De toegankelijkheid tot zorg is in Nederland, in vergelijking met de andere Europese landen, goed. Ook zijn de uitgaven aan curatieve zorg als percentage van het BBP het laagst in Nederland. De uitgaven aan de totale gezondheidszorg (inclusief AWBZ) per hoofd van de bevolking zijn relatief hoog. Wanneer de totale kosten van de gezondheidszorg worden afgezet tegen het BBP, scoort Nederland gemiddeld.

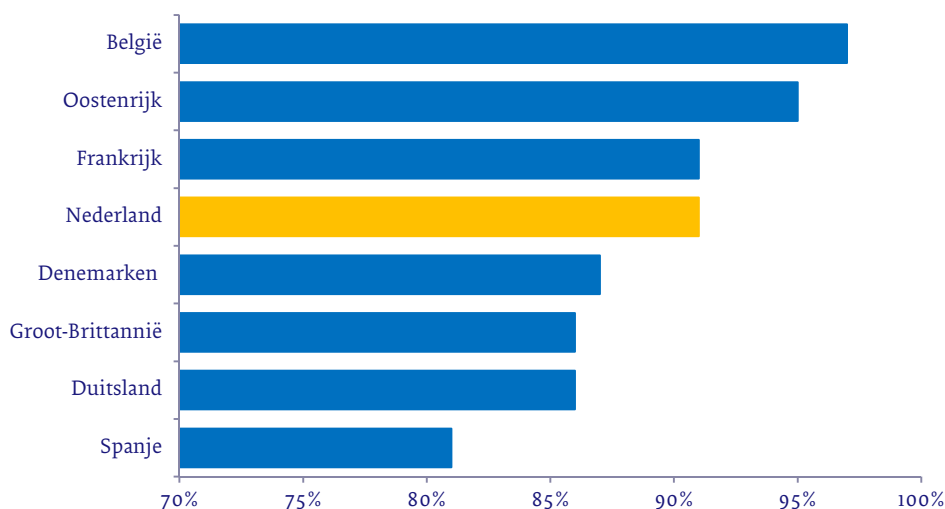
## 7.1 KWALITEIT VAN DE ZIEKENHUISZORG

Het betrouwbaar internationaal vergelijken van ziekenhuizen is erg gecompliceerd. Deze paragraaf beperkt zich tot de volgende twee vergelijkingen:

- het percentage respondenten dat de kwaliteit van ziekenhuizen als “goed” beoordeelt
- de vijfjaarsoverlevingskansen voor darm-, borst- en baarmoederhalskanker

91% van de Nederlanders beoordeelt de kwaliteit van ziekenhuizen met “goed” (figuur 14). In Frankrijk is dit percentage hetzelfde, alleen in Oostenrijk (95%) en België (97%) ligt dit percentage hoger. In Spanje wordt de kwaliteit van ziekenhuizen het minst met “goed” beoordeeld (81%).

**Figuur 14: het percentage respondenten dat in 2009 de kwaliteit van ziekenhuizen als goed beoordeelt**  
Bron: Eurobarometer 327

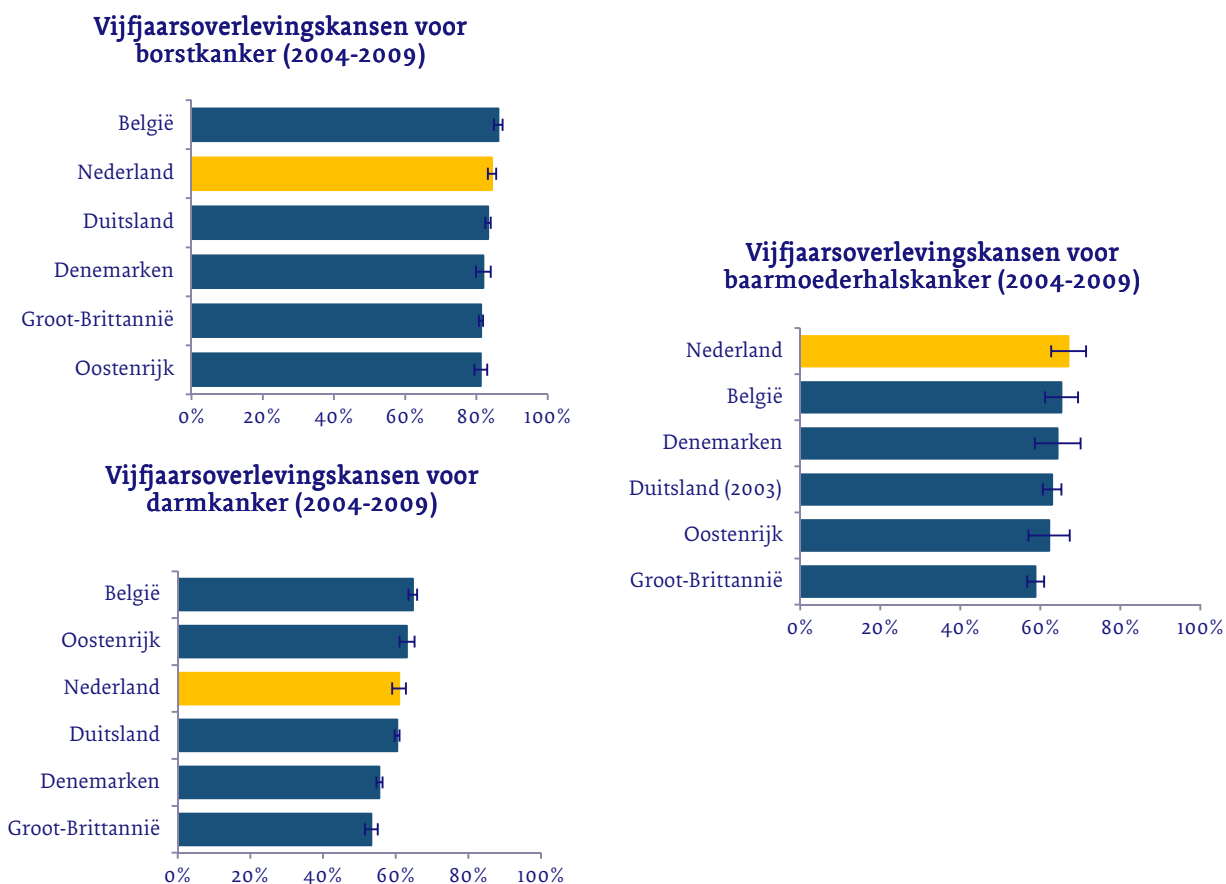


Wat betreft de vijfjaarsoverlevingskansen voor darm-, borst- en baarmoederhalskanker scoort Nederland op het oog relatief goed. Toch zijn de verschillen klein wanneer we de betrouwbaarheidsintervallen in de beoordeling meenemen. De betrouwbaarheidsintervallen geven aan dat met 95% zekerheid de overlevingskans hierbinnen valt. Gekeken naar baarmoederhalskanker heeft Nederland alleen met 95% zekerheid een hogere vijfjaarsoverlevingskans dan Groot-Brittannië. Voor borstkanker is de vijfjaarsoverlevingskans naast Groot-Brittannië ook, met 95% zekerheid, lager in Oostenrijk, in vergelijking met met Nederland. De vijfjaarsoverlevingskans voor



darmkanker is met 95% zekerheid in Nederland lager dan in België en hoger dan in Denemarken en Groot-Brittannië (figuur 15).

**Figuur 15: Vijfjaarsoverlevingskansen**  
Bron: OECD Health at a Glance 2011 database & RIVM



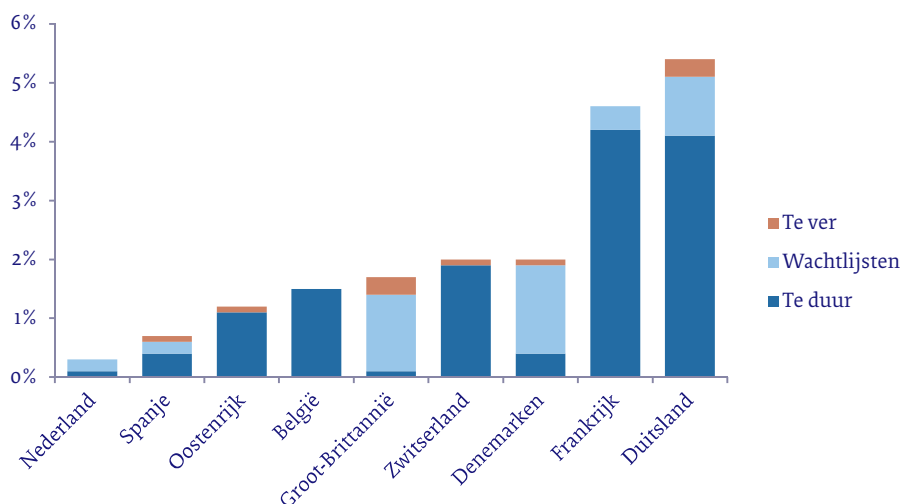
*In de figuur zijn betrouwbaarheidsintervallen opgenomen. De betrouwbaarheidsintervallen geven de mate van statistische onzekerheid van de berekende waarde aan.*

## 7.2 TOEGANG TOT ZIEKENHUISZORG

De toegang tot ziekenhuiszorg is erg goed (figuur 16). Voor de laagste inkomens is het percentage van de bevolking dat onthouden is van zorg het laagst in vergelijking met de andere Europese landen. Het niet-ontvangen van de benodigde zorg is bij de lage inkomens gestoeld op wachtlijsten en kosten, niet op de afstand tot de zorgaanbieder. In Frankrijk

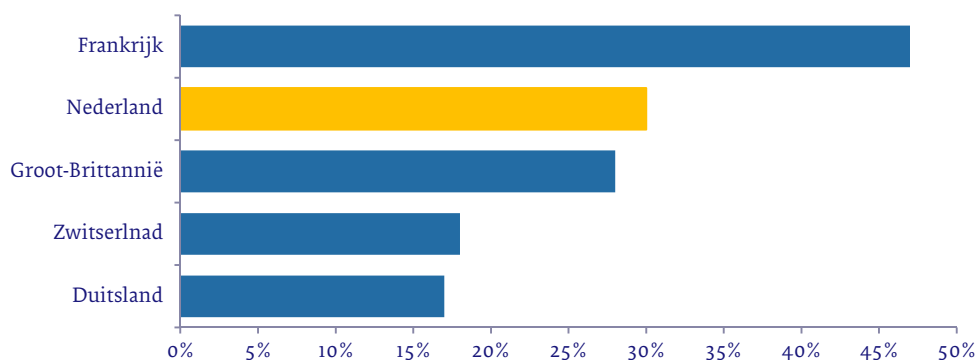
(4,6%) en Duitsland (5,4%) wordt het grootste gedeelte van de bevolking in de laagste inkomenscategorie onthouden van zorg, overwegend vanwege de kosten.

**Figuur 16: het percentage van de bevolking met een laag inkomen dat in 2009 geen toegang had tot zorg**  
Bron: Health at a Glance 2011

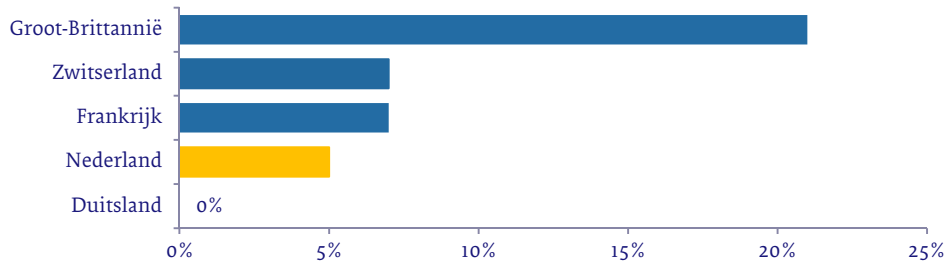


In Nederland moet een patiënt in 30% van gevallen vier weken of meer wachten op een afspraak met de specialist (figuur 17). Alleen in Frankrijk ligt dit percentage hoger (47%). Het wachten van vier maanden of meer op planbare chirurgie komt in Nederland in 5% van de gevallen voor. Alleen in Duitsland is dit lager met 0% (figuur 18).

**Figuur 17: percentage patiënten dat 4 of meer weken moet wachten op een afspraak met een specialist in 2010**  
Bron: OECD Health at a Glance 2011 database

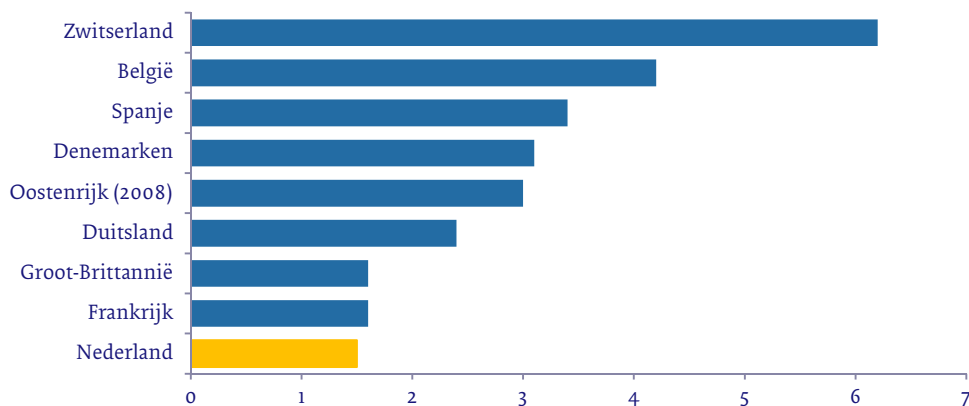


**Figuur 18: percentage patiënten die 4 of meer maanden moeten wachten op planbare chirurgie in 2010**  
Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



Voor de financiële toegankelijkheid wordt gekeken naar het aandeel van de zorguitgaven in relatie tot de uitgaven van een huishouden. Dit percentage is met 1,5% in Nederland het laagst. In Zwitserland ligt dit percentage het hoogst, waar 6,2% van de huishouduitgaven naar de gezondheidszorg gaat (figuur 19).

**Figuur 19: eigen betalingen aan gezondheidszorg als percentage van de totale uitgaven van huishoudens in 2009**  
Bron: OECD Health at a Glance 2011 database



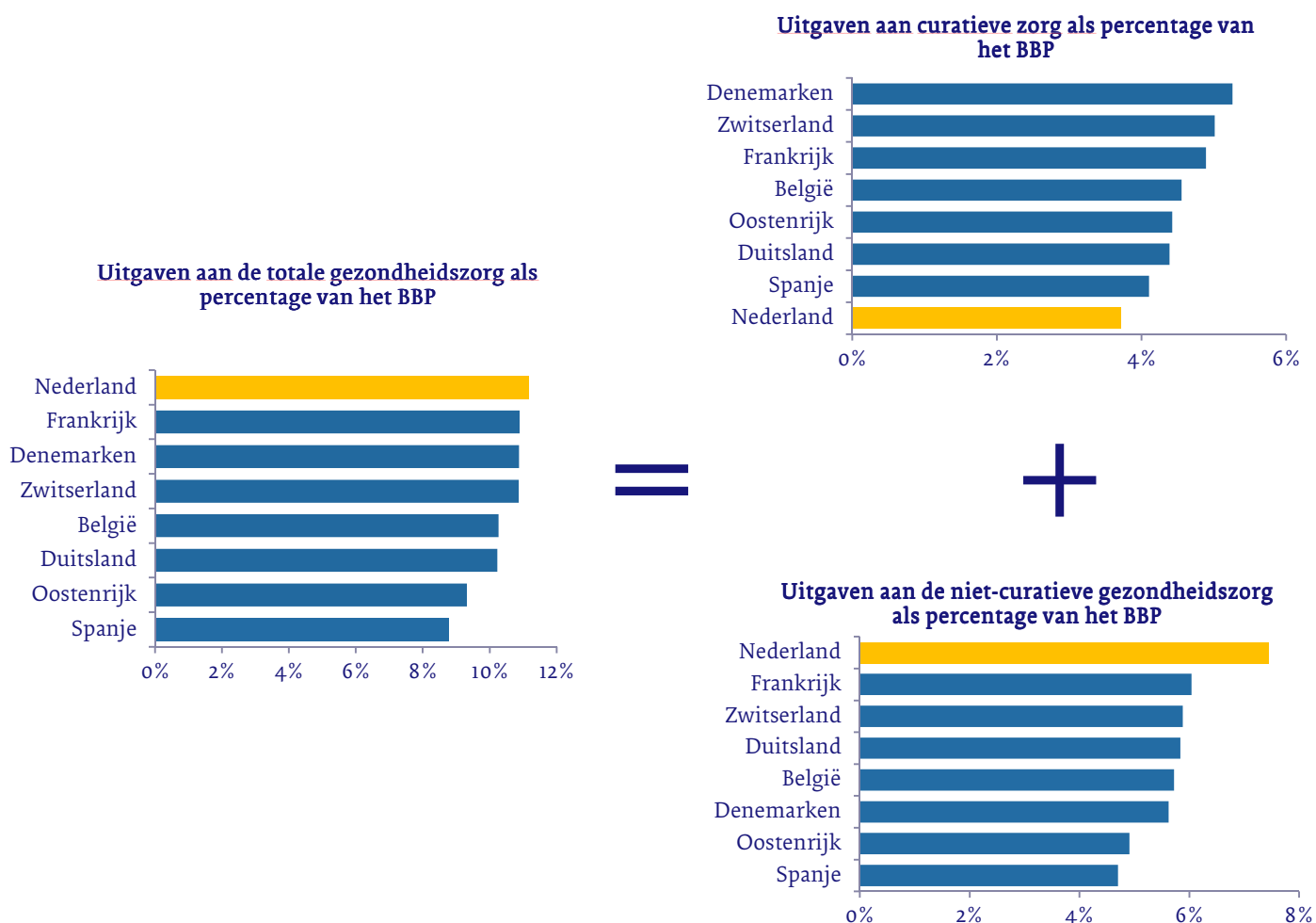
### 7.3 BETAALBAARHEID VAN DE ZIEKENHUISZORG

Met slechts 3,7% van het bbp geeft Nederland binnen de vergelijkingsgroep verhoudingsgewijs het minste geld uit aan curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsen en zelfstandig medisch-specialisten). Frankrijk (4,9%), Zwitserland (5,0%) en Denemarken (5,3%) geven minstens 1 procentpunt meer van het bbp uit aan de gezondheidszorg (figuur 20). Bij de niet-curatieve zorg geeft Nederland fors meer uit dan de overige Europese landen. Na Nederland (7,4%) geeft Frankrijk (5,2%) het hoogste percentage van het BBP uit aan niet-curatieve zorg, een verschil van 2,2 procentpunt. Oostenrijk en Spanje geven het

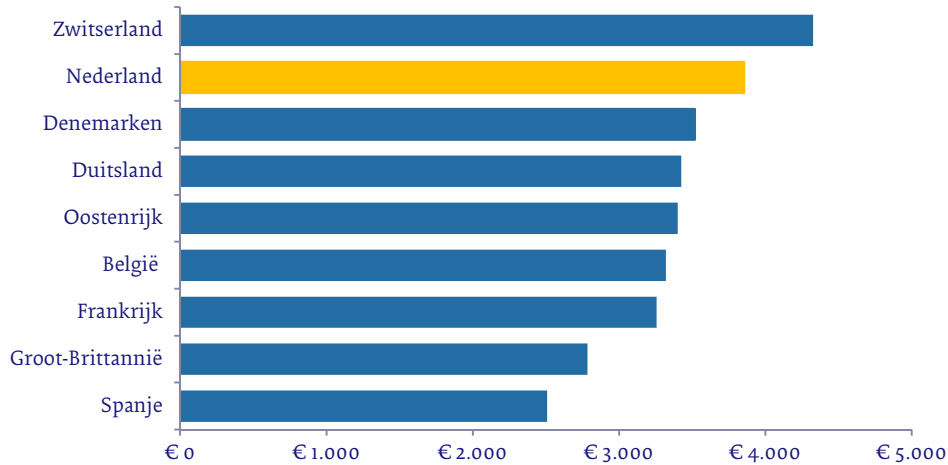
laagste percentage van het BBP uit aan niet-curatieve zorg met respectievelijk 2,7% en 2,3%. Het percentage van het BBP dat wordt uitgegeven aan de totale gezondheidszorg is in Nederland het hoogst met 11,2%. In Oostenrijk (9,3%) en Spanje (8,8%) is ook het percentage van de totale zorguitgaven van het BBP het laagst.

**Figuur 20: uitgaven aan de gezondheidszorg als aandeel van het bbp in 2009, gecorrigeerd voor geslachts- en leeftijdsopbouw van de bevolking**

Bron: Bron: Eurostat, CBS Statline, RIVM & Sirm analyse

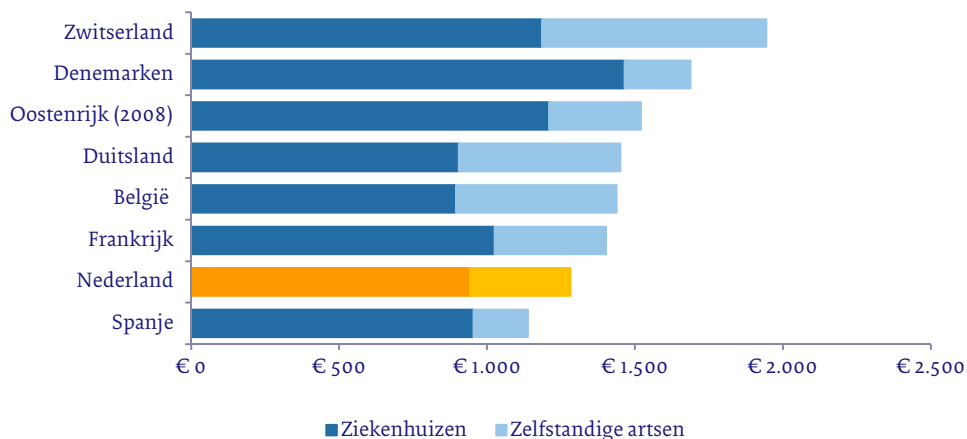


**Figuur 21: uitgaven aan de totale gezondheidszorg per inwoner in 2009 in euro's, gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen**  
**Bron: OECD Health at a Glance 2011 database & Sirm analyse**



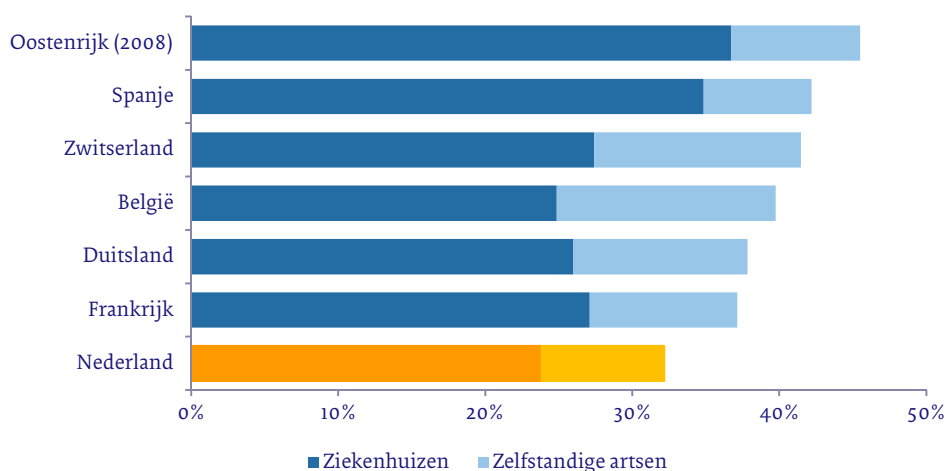
De gemiddelde zorguitgaven op jaarbasis per hoofd van de bevolking zijn in Nederland €3.857. Alleen Zwitserland geeft met €4.327 meer uit dan Nederland (figuur 21). In vergelijking met 2007 zijn de uitgaven in Nederland met €658 (21%) gestegen. De stijging in andere landen is het laagst in Frankrijk (8,7%) en het hoogst in Denemarken (tot 20,6%). De uitgaven aan ziekenhuizen en zelfstandige artsen liggen rond het Europees gemiddelde (figuur 22). Met €1.283 per inwoner aan ziekenhuiszorg en zelfstandige artsen, scoort Nederland na Spanje het laagst (€1.139). Het verschil tussen de totale zorguitgaven (€3.857) en de zorguitgaven aan ziekenhuizen en specialisten (€1.283), zijn uitgaven aan tandartspraktijken, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en overige verstrekkers van gezondheidszorg.

**Figuur 22: uitgaven aan curatieve zorg per inwoner in 2009 in euro's, gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen**  
**Bron: OECD Health at a Glance 2011 database & Sirm analyse**



Het aandeel van de uitgaven aan de ziekenhuizen en zelfstandige artsen van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg is het laagst in Nederland, namelijk 32%, terwijl het aandeel van de ziekenhuiszorg in alle andere landen van de vergelijkingsgroep hoger. Het aandeel van de kosten voor zelfstandige artsen is alleen in Spanje en Oostenrijk lager (figuur 23).

**Figuur 23: verdeling van de zorguitgaven naar soort aanbieder als percentage van de totale zorguitgaven in 2009**  
Bron: Eurostat

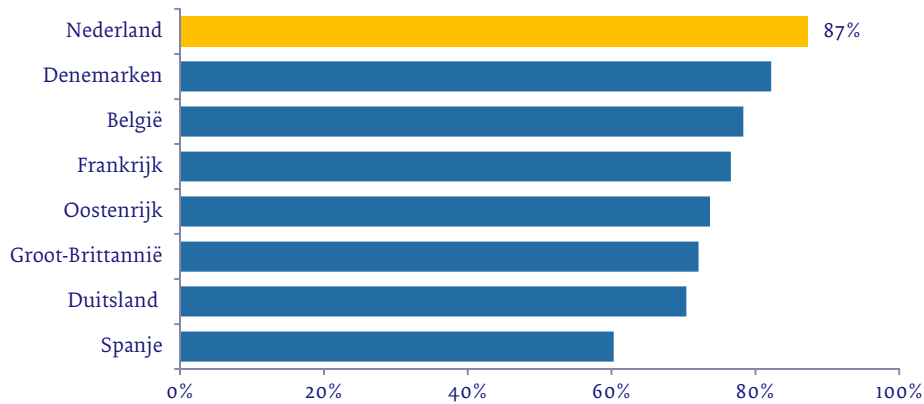


De Nederlandse curatieve zorg is dus zeer betaalbaar, terwijl de AWBZ zorg tot de duurste van Europa behoort. Dit komt pregnant naar voren wanneer de uitgaven aan zorg als percentage van het BBP zijn gecorrigeerd voor geslachts- en leeftijdsopbouw (figuur 20).

## 8 DISCUSSIE INTERNATIONALE VERGELIJKING

Een brede vergelijking, de zogenaamde Euro Health Consumer Index 2012 laat zien dat Nederland overall genomen goed scoort. Nederland haalt 872 van de 1.000 punten (figuur 24). Die punten worden toegekend voor de prestatie in vijf categorieën; patiëntenrechten en informatie, toegankelijkheid, resultaten ('outcomes'); preventie en volledigheid en farmacie. Op alle vijf scoort Nederland hoog. De EHCI score is bovendien de afgelopen jaren steeds verbeterd.

**Figuur 24: score ten opzichte van maximaal te behalen punten in European Health Consumer Index 2012 [procent van maximum]**



De Nederlandse productie van zorg is laag. In vergelijking met andere Europese landen kent Nederland minder contacten met artsen, minder (klinische) opnames en minder (chirurgische) verrichtingen.

Het aantal artsen wordt in Nederland gereguleerd door een numerus fixus bij de toelating voor de studie geneeskunde. Het aantal artsen in Nederland is dan ook relatief laag. Vanuit de theorie van aanbod-geïnduceerde zorg zou dit een verklaring kunnen zijn voor de lagere zorgproductie. De toegankelijkheid tot zorg is in Nederland, in vergelijking met de andere Europese landen, goed. Dit kan een aanduiding zijn dat er in Nederland geen sprake is van onderconsumptie.

Een eenduidig antwoord op de vraag of in Nederland sprake is van onderconsumptie kan hier niet beantwoord worden. Wèl geeft deze internationale vergelijking richting aan de discussie over het volumenniveau van de ziekenhuiszorg in Nederland. Dit lijkt laag te zijn en deze vergelijking lijkt derhalve geen aanleiding te geven tot (extra) demping van het volume.

## 9 OPMERKINGEN EN METHODOLOGISCHE TOELICHTING PER FIGUUR

Figuur 1:

- ‘Werkzame arts’ is door de OECD gedefinieerd als een persoon die een universitair diploma van de studie medicijnen heeft en zelfstandig of in loondienst werkzaam is. Artsen in opleiding zijn niet meegenomen
- In internationale data is voor Nederland het aantal BIG-geregistreerde artsen opgenomen. Dat is een overschatting van het aantal werkzame artsen. Hiervoor is gecorrigeerd (zie toelichting in de bijlage). Het aantal huisartsen is inclusief verpleeghuisartsen. Het aantal artsen in Spanje is een onderschatting: de werkzame, zelfstandige huisartsen en specialisten in private klinieken zijn niet meegenomen. Voor Zwitserland is sprake van een kleine overschatting van het aantal specialisten. De specialisten met twee of meer specialisaties zijn dubbel meegenomen.
- Het aantal huisartsen in Nederland is gebaseerd op gegevens uit 2009 van het NIVEL
- Voor Frankrijk is het aantal huisartsen een overschatting, omdat ook niet-werkzame huisartsen zijn meegenomen
- De Nederlandse gegevens voor huisartsen zijn afkomstig van gegevens van het NIVEL over het aantal huisartsen in Nederland
- De Nederlandse gegevens voor medisch-specialisten zijn afkomstig uit het Capaciteitsplan 2010

Figuur 2:

- In de OECD Health at a Glance 2011 database is het administratieve aantal bedden meegenomen. Het werkelijke aantal bedden was in Nederland in 2009 gemiddeld 10% lager. Hiervoor is in de figuur gecorrigeerd. Bron: databewerking van jaarverslagen 2009
- De bedbezetting in de OECD Health at a Glance 2011 database is gecorrigeerd - van 53% naar 59% - omdat de OECD voor Nederland geen gebruik heeft gemaakt van het aantal werkelijke bedden. Deze bedbezetting wijkt af van de bedbezetting zoals deze is berekend met behulp van gegevens uit de jaarverslagen van de Nederlandse ziekenhuizen (65%)
- De bedbezetting in Nederland is relatief laag. Mogelijk heeft dit als oorzaak dat de dagverplegingsdagen voor de ziekenhuizen in Nederland niet zijn meegenomen in de berekening. De door de OECD bij deze berekening gehanteerde definitie van ‘verpleegdagen’ biedt hierover geen uitsluitsel, maar impliceert de inclusie van dagverplegingsdagen. Een controle hiervan bij andere landen dan Nederland



is niet mogelijk. Het meenemen van zowel klinische als dagverplegingsdagen resulteert in een bedbezetting van 76%. Hiermee scoort Nederland alsnog laag, wel is de bedbezetting in België (74%) en Frankrijk (74%) lager.

Figuur 3:

- Ook in deze figuur is gecorrigeerd voor het aantal werkelijke bedden. Hierdoor is de bezettingsgraad hoger dan in de OECD Health at a Glance database 2011
- De Belgische gegevens dateren uit 2008

Figuur 5:

- De data over het aantal opnames is afkomstig uit de OECD database, waarin de opnames gemeten zijn aan de hand van het aantal gerapporteerde ontslagen
- De Spaanse data zijn gecorrigeerd. Ontslagen van gezonde baby's zijn niet meegenomen (3-6%). Hiervoor is gecorrigeerd
- Het aantal opnames in Frankrijk is een overschatting, hier zijn een aantal dagbehandeling meegenomen
- Voor Nederland en Oostenrijk zijn alleen opnames meegenomen voor ziekenhuizen die acute, kortdurende zorg leveren
- De data voor Denemarken en Groot-Brittannië bevatten alleen ontslagen uit de publieke ziekenhuizen. In Denemarken zijn 4,6% van de verpleegdagen in private ziekenhuizen, hiervoor zijn de ontslagen met 4,6% verhoogd

Figuur 8

- De Nederlandse gegevens uit de OECD database zijn niet compleet. De Nederlandse gegevens zijn afkomstig van het Informatiesysteem Medische Stralingstoepassingen
- Voor Groot-Brittannië zijn de CT-scanners binnen de private sector niet meegenomen
- Alleen CT-scanners en CT-scans binnen ziekenhuizen zijn meegenomen. Voor Groot-Brittannië is alleen data vanuit de publieke sector meegenomen

Figuur 9

- Voor Groot-Brittannië zijn de MRI-scanners binnen de private sector niet meegenomen
- Alleen MRI-scanners en MRI-scans binnen ziekenhuizen zijn meegenomen. Voor Groot-Brittannië is alleen data vanuit de publieke sector meegenomen

Figuur 11

- In de bovenstaande figuur is het aantal verrichtingen van Nederland gebaseerd op data uit 2008. Voor de overige landen is gebruik gemaakt van data uit 2009 of het eerstvolgend beschikbare jaar.

Figuur 13

De data voor België is gecorrigeerd

Figuur 15

- De overlevingskansen zijn niet hetzelfde als het percentage overlevenden. De overlevingskans is het percentage overlevenden met de ziekte van het totale aantal mensen dat nog in leven is zonder de ziekte
- De bovenstaande overlevingskansen zijn niet gecorrigeerd voor het stadium van de tumor bij diagnose. Hierdoor is de overlevingskans onder andere afhankelijk van het moment van diagnosestelling en screening en van kwaliteit van zorg

Figuur 20

- In deze figuur zijn de resultaten gecorrigeerd voor de geslachts- en leeftijdsopbouw van de Europese landen. Voor een uitgebreidere toelichting zie *“Toelichting geslachts- en leeftijdscorrectie bij figuur 20”*
- De data voor de uitsplitsing van zorgkosten naar de 36 subgroepen is afkomstig van het RIVM en zijn uit 2007

Figuur 21

- De gegevens uit de OECD Health at a Glance 2011 komen nagenoeg overeen met de totale zorguitgaven in constante prijzen in CBS-Statline. Volgens de OECD Health at a Glance database 2011 zijn deze uitgaven in Nederland €3.857 per inwoner en volgens het CBS €3.824.

Figuur 22

- De definities van ziekenhuizen en zelfstandige artsen, werkzaam buiten een ziekenhuis, zijn afkomstig uit System of Health Accounts (SHA). [http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_2742536\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_33929_2742536_1_1_1_1,00.html) De gebruikte definitie voor ziekenhuis is *HP.1.1 General hospitals*. Hier zijn ook academische ziekenhuizen bij, maar geen geestelijke gezondheidszorg, revalidatie of langdurige zorg. De definitie voor zelfstandige artsen is *HP.3.1 Offices of physicians*. Dit zijn onafhankelijke artsen die ambulante somatische zorg aanbieden. Hier zitten ook huisartsen bij, maar tandartsen bijvoorbeeld niet

- De post “zelfstandige artsen buiten ziekenhuizen” moet voor een goede vergelijking, worden meegenomen. Sommige andere landen, zoals Duitsland, hebben meer specialisten die alleen ambulante zorg bieden, onafhankelijk van het ziekenhuis
- De gegevens uit de OECD Health at a Glance 2011 komen nagenoeg overeen met de zorguitgaven in constante prijzen in CBS-Statline. Volgens de OECD Health at a Glance database 2011 zijn deze uitgaven in Nederland €1.283 per inwoner en volgens het CBS €1363
- Voor een correcte vergelijking zijn de constante prijzen van de volgende uitgavenposten meegenomen in de berekening:
  - Ziekenhuizen, specialistenpraktijken
  - Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg
  - Huisartsenpraktijken
  - Paramedische praktijken

Figuur 23

- Zie definities figuur 22

## 10 TOELICHTING GESLACHTS- EN LEEFTIJDSCORRECTIE BIJ FIGUUR 20

Voor deze figuren zijn de resultaten voor elk land gecorrigeerd voor de geslachts- en leeftijdsopbouw van de bevolking. Hierbij is gekeken welke waarde Nederland voor de verschillende parameters zouden hebben, wanneer zij de bevolkingssamenstelling van het desbetreffende land zou hebben. Voorbeelden zijn de gemiddelde ziekenhuiszorgkosten als aandeel van het BBP en het aantal opnames .

De correctie is als volgt toegepast:

1. De kosten zijn door het RIVM (kosten van ziekten, 2007) voor Nederland uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Hierbij zijn in totaal 2 x 18 subgroepen onderscheiden.
2. Vervolgens is voor ieder land voor elk van deze 36 subgroepen het bevolkingsaandeel van de subgroep ten opzichte van de gehele bevolking berekend (=bevolking subgroep/bevolking land) met gegevens van Eurostat.
3. Daarna is het aandeel van de betreffende subgroep (bij 2) vermenigvuldigd met de kosten voor Nederland binnen die subgroep (bij 1). Die waarde komt van het RIVM ('kosten van ziekten', 2007).
4. Deze zijn per land opgeteld om zo de gewogen gemiddelde waarde van de kosten te berekenen alsof Nederland de bevolkingssamenstelling van het desbetreffende land had (sommatie van 3 voor ieder land).
5. Vervolgens is een verschilfactor berekend door de gevonden gemiddelde waarde (bij 4) voor elk land te delen door de Nederlandse waarde (bij 4).
6. De waarde (bij 5) is vervolgens vermenigvuldigd met de gevonden Nederlandse waarde van de betreffende parameter uit de OECD Health at a Glance database.
7. Het verschil tussen de voor elk land berekende waarde (bij 6) en de Nederlandse waarde uit OECD Health at a Glance database is schatting voor het door geslachts- en leeftijdsopbouw verklaarbare verschil tussen Nederland en de andere Europese landen.
8. De waarden voor de vergelijkingsgroep van Europese landen uit de OECD Health at a Glance database zijn vervolgens verminderd met het geschatte door geslachts- en leeftijdsopbouw verklaarbare verschil wat is berekend (bij 7).
9. De waarden (bij 8) zijn vervolgens gebruikt om de figuur te maken;