

20 JAAR **Gupta**  
zorg



# | 20 jaar zorg

**Gupta Strategists bestaat 20 jaar!**

Wat is er in 20 jaar veranderd in de Nederlandse zorg?  
Op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?





# Samenvatting | Op veel onderdelen verbetering zichtbaar, maar ook reden tot zorg



## Kwaliteit

- Ziektelast gedaald
- Levensverwachting verbeterd
- ADL-beperking verminderd



- Grote verschillen in o.a. levensverwachting tussen arm en rijk
- Voor grootste deel van zorg uitkomsten niet transparant

## Toegankelijkheid

- Eigen betalingen stabiel en relatief laag
- Ondanks concentratie is toegang ziekenhuizen met auto verbeterd

- Treeknormen steeds minder gehaald
- Verschil in toegang zorg tussen arm en rijk
- OV-bereikbaarheid vraagt aandacht

## Betaalbaarheid

- Kosten Zvw goed beheerst

- Kosten Wlz zeer sterk gestegen



# 20 jaar zorg – Kwaliteit

- De **ziektelast** (DALY's) is in twintig jaar met **7% afgenomen**.
- De **levensverwachting** is **toegenomen** (+2 jaar voor vrouwen, +4 jaar voor mannen), maar we krijgen eerder chronische ziekten. We ervaren hiervan echter minder beperking in de algemene dagelijkse levensverrichtingen.
- De **ongelijkheid** is groot: de levensverwachting in goede gezondheid is voor mensen met hoge welvaart 24 jaar langer dan voor mensen met lage welvaart.
- Transparantie van **kwaliteit van zorg** is nog beperkt. Voor slechts 15% van de ziekenhuiszorg zijn uitkomstindicatoren beschikbaar. De kwaliteit die gemeten is, is wel verbeterd.



# Ziektelast | We zijn minder ziek door vooruitgang op hoofdpijndossiers van twintig jaar geleden

## Ontwikkeling ziektebelasting

[DALY, % 2019 t.o.v. 2000, gecorrigeerd voor inwonertal]



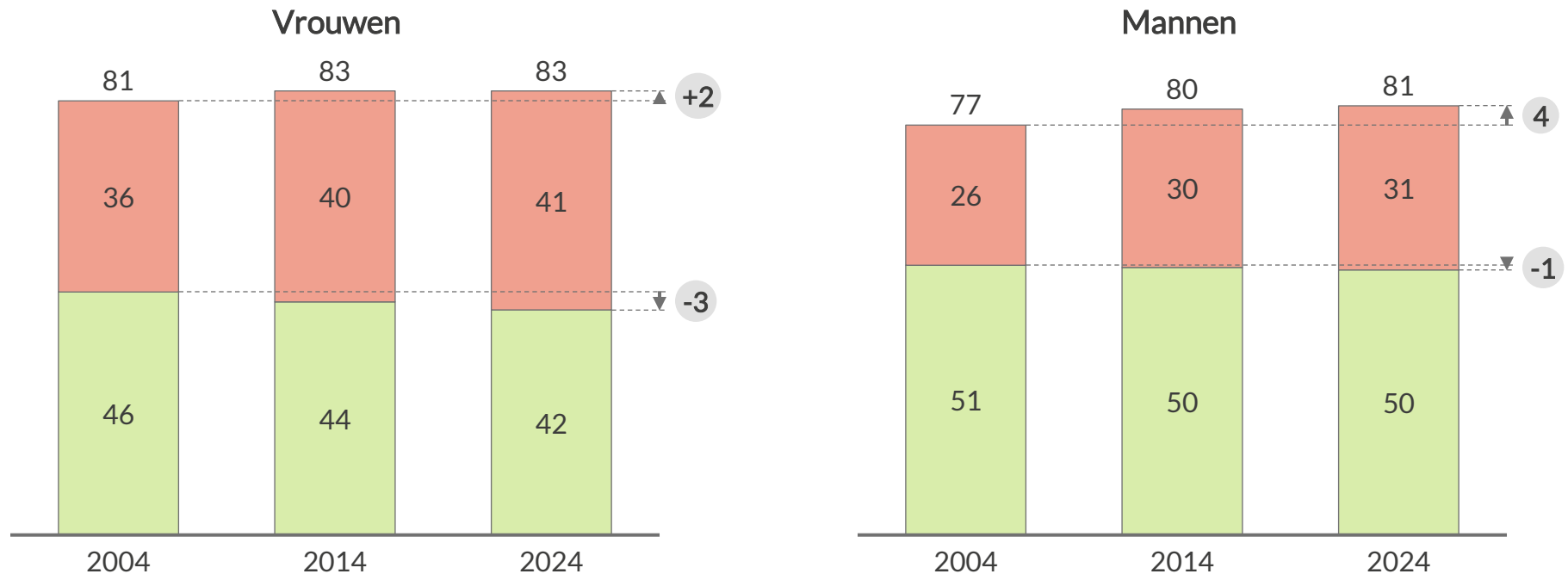
De ziektebelasting (DALY's) per Nederlanders is in twintig jaar 7% gedaald. Voor veel aandoeningen is de ziektebelasting afgenomen, maar voor andere (zoals Alzheimer, Parkinson) juist toegenomen. Opvallend: ziektebelasting door geestelijke problemen (zoals angststoornissen, depressie, verslaving) is vrijwel gelijk gebleven.



# Levensverwachting | We leven langer, maar krijgen eerder chronische ziekten

Levensverwachting  
[in jaren, bij geboorte, 2004-2024]

■ Zonder chronische ziekte  
■ Met chronische ziekte<sup>1</sup>



In de afgelopen twintig jaar zijn we gemiddeld 3 jaar ouder geworden; dat is fors. De levensverwachting voor vrouwen is nog altijd hoger dan voor mannen, maar het verschil wordt kleiner. We krijgen echter wel 1 tot 3 jaar eerder chronische ziekten, waardoor we gemiddeld vijf jaar langer met chronische ziekte leven.



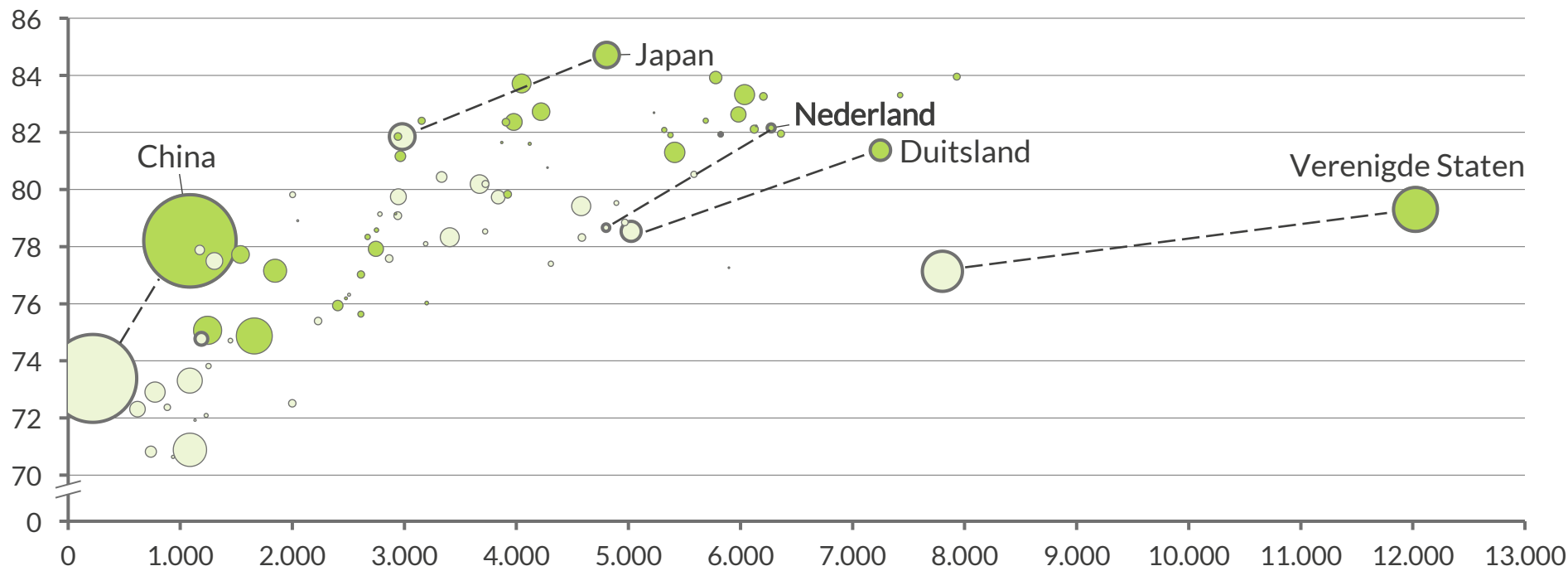
# Prijskaartje | Nederland heeft relatief veel levensjaren gewonnen ten opzichte van de stijging in zorguitgaven

Ontwikkeling levensverwachting ten opzichte van zorguitgaven

[in jaren, in internationale dollar<sup>1</sup> per inwoner, bolgrootte is inwonertal]

2003

2023



De afgelopen twintig jaar zijn de Nederlandse levensverwachting en zorgkosten relatief gunstig ontwikkeld. Ter illustratie: in 2003 waren in Nederland en Duitsland de levensverwachting en de zorgkosten vrijwel gelijk. In 2023 was de levensverwachting in Nederland hoger, terwijl de zorgkosten minder sterk zijn gestegen dan in Duitsland.



# Ongelijkheid | Rijke mensen leven bijna 24 jaar langer in goed ervaren gezondheid dan arme mensen

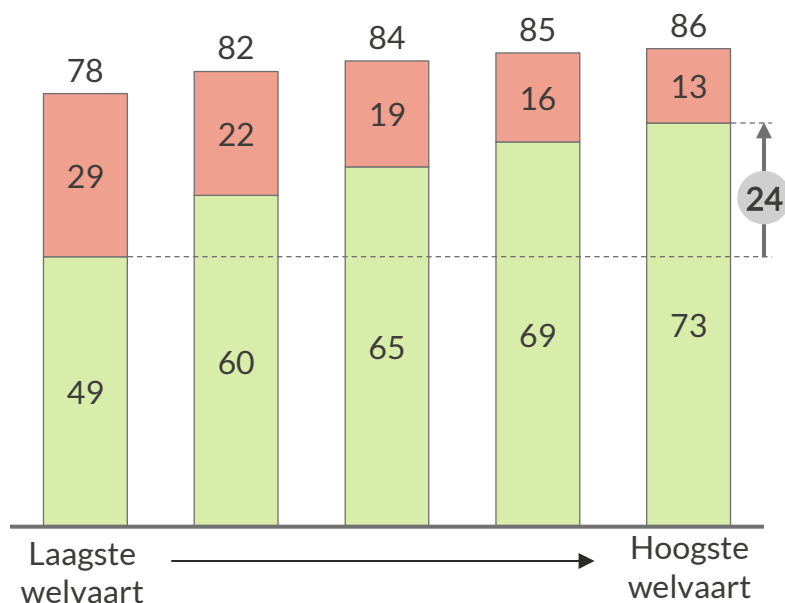
## Levensverwachting

[in jaren, bij geboorte, naar welvaartsgroep, 2022]

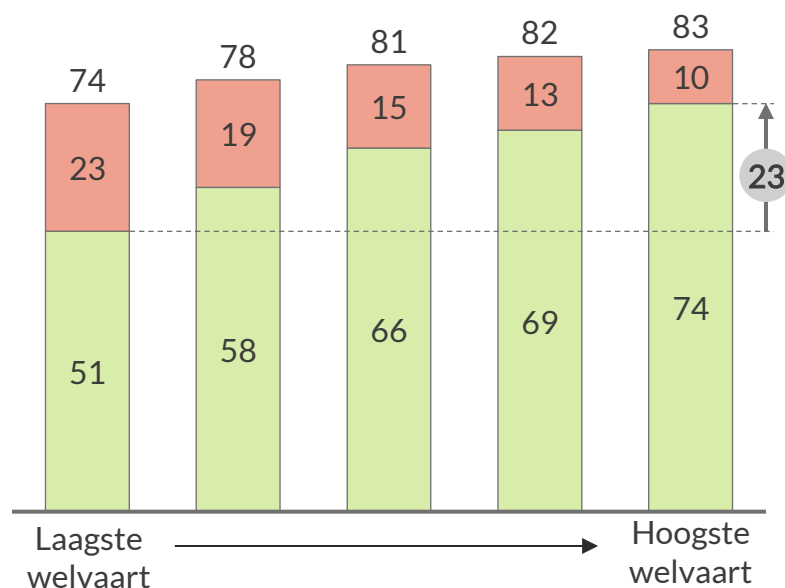
Goed ervaren gezondheid

Niet goed ervaren gezondheid

### Vrouwen



### Mannen



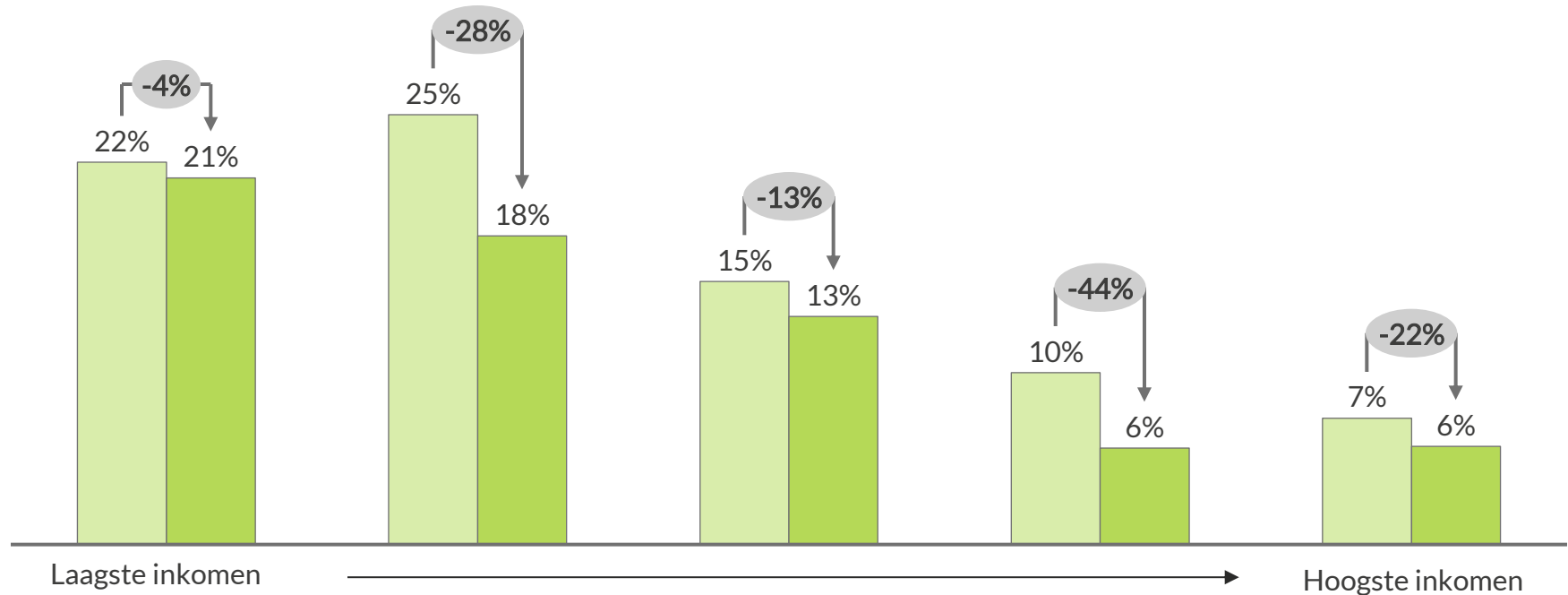
Gemiddeld leven we dus langer, maar dat wil niet zeggen dat iedereen dezelfde levensverwachting heeft. Rijke mensen (20% hoogste welvaart) leven 8 à 9 jaar langer dan arme mensen (20% laagste welvaart). Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid is nog veel groter, bijna 24 jaar.



# Beperking dagelijks leven | Hoewel we langer leven met chronische ziekten, neemt ADL-beperking af

Beperkingen algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)  
[% personen met  $\geq 1$  beperking, 55 jaar of ouder]

2014  
2024



Ondanks dat we eerder chronische ziekten krijgen, neemt de beperking in algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals wassen, aankleden, traplopen) af, zowel bij arm als rijk. Wel zien we ook hier de ongelijkheid: rijke mensen hebben aanzienlijk minder ADL-beperking dan arme mensen.



# Transparantie | Er zijn uitkomstindicatoren voor 15% van de ziekenhuiszorg

Uitkomstindicatoren zorg  
[% van EUR zorgkosten, 2024]<sup>1</sup>

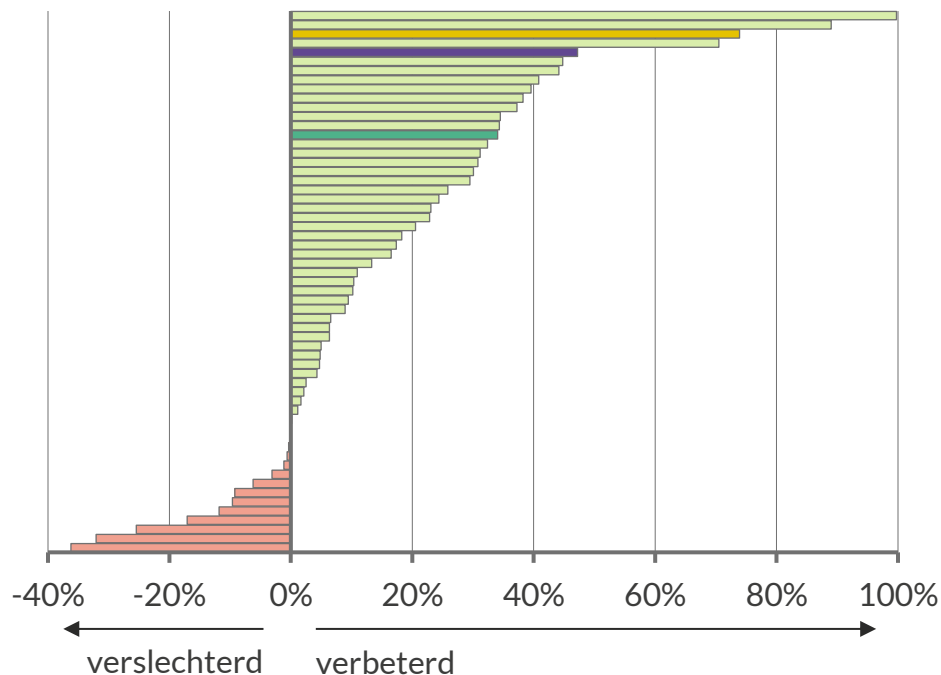


Sinds de invoering van de Zvw in 2006 is veel moeite gedaan om kwaliteit van zorg transparant te maken. Momenteel zijn er 116 uitkomstindicatoren, die samen slechts 15% van de msz-kosten dekken.



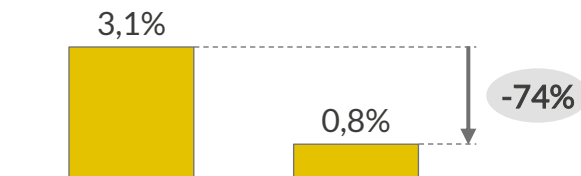
# Kwaliteit van zorg | Bij de meeste uitkomstindicatoren is de score tussen 2019 en 2024 verbeterd

Verandering in uitkomstindicator in afgelopen 5 jaar  
[% 2024 t.o.v. 2019]

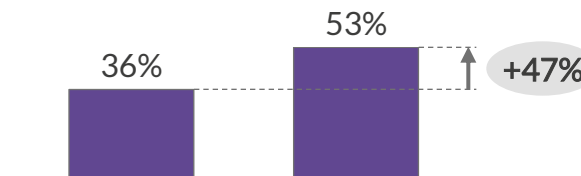


Voorbeelden  
[% 2024 t.o.v. 2019]<sup>1</sup>

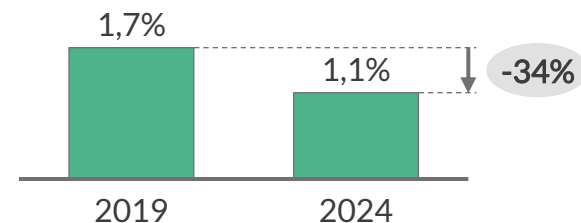
Lage rughernia –  
heroperatie binnen  
30 dagen<sup>2</sup>



IVF – succesvolle  
zwangerschappen



Longcarcinoom –  
binnen 30 dagen of in  
dezelfde opname  
overleden na resectie



Het goede nieuws is dat bij de meeste zorg waarvoor uitkomstindicatoren beschikbaar zijn, de uitkomsten verbeterd zijn: tot wel +100%.



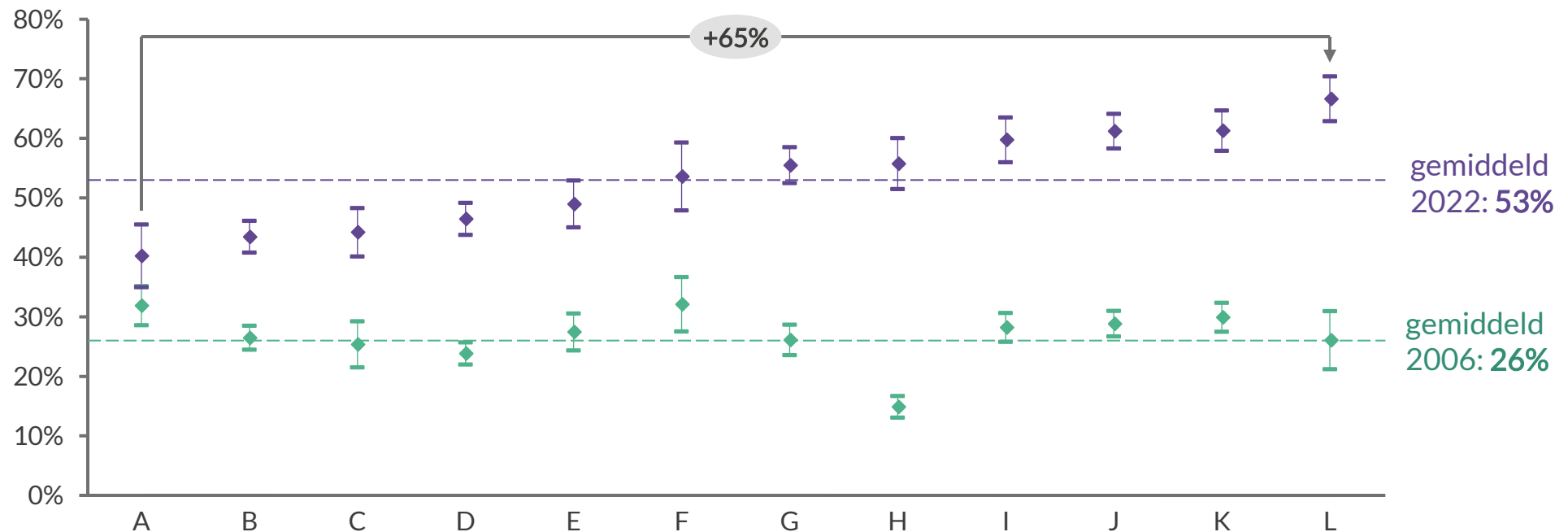
# Variatie in kwaliteit van zorg | Hoewel uitkomsten sterk verbeteren, blijft variatie tussen zorgaanbieders bestaan

## Succesvolle zwangerschappen bij IVF

[% van aantal gestarte cycli, per IVF-centrum, 2006, 2022]

◆ 2022

◆ 2006



Hoewel de uitkomsten gemiddeld gezien voor veel zorg is verbeterd, is er veel variatie. Ter illustratie: bij alle IVF-centra is de kans op een succesvolle zwangerschap aanzienlijk verbeterd, maar de kans is zo'n 65% hoger in het best scorende centrum ten opzichte met minst scorende. Het maakt dus uit waar je als patiënt zorg krijgt.



# 20 jaar zorg – Toegankelijkheid

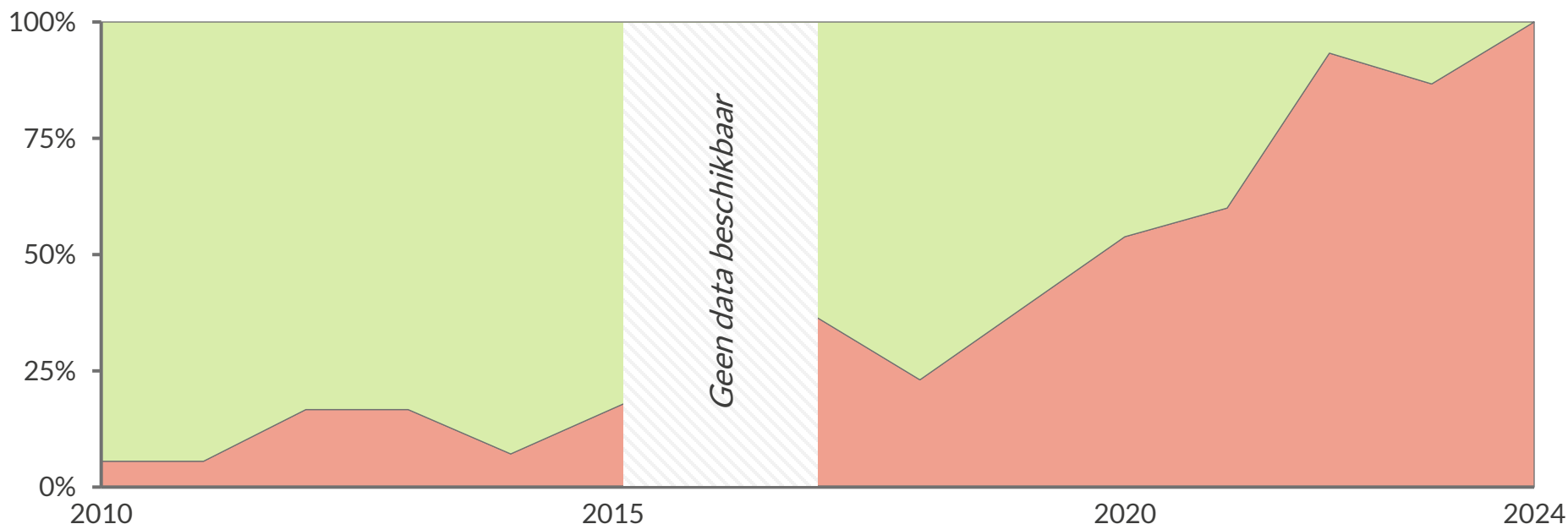
- De **wachttijden** zijn sterk toegenomen. Voor specialistische ggz is voor iedere diagnosegroep de gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm (14 weken). Voor msz is de gemiddelde wachttijd voor eerste polikliniekbezoek voor vrijwel alle specialismen boven de Treeknorm (4 weken).
- De **financiële toegankelijkheid** uitgedrukt in **eigen betalingen** is vrij stabiel (~11% van totale zorguitgaven). Desondanks is er **ongelijkheid in zorggebruik**: mensen met laag inkomen gebruiken vaker basiszorg (zoals huisarts, thuiszorg, ziekenhuis) en minder vaak aanvullende zorg (zoals tandarts, fysiotherapie) dan mensen met hoog inkomen.
- De **reistijd met de auto** naar het ziekenhuis is vrijwel overal korter geworden. De **reistijd met het OV** is bijna overal meer dan een half uur en dat is vooral een probleem in gebieden met weinig autobezit.



# Toegankelijkheid specialistische ggz | Anno 2024 voor geen enkele diagnosegroep gemiddeld binnen Treeknorm

Wachttijden specialistische ggz  
[% van diagnosegroepen, 2010-2024]<sup>1,2</sup>

Binnen Treeknorm Buiten Treeknorm



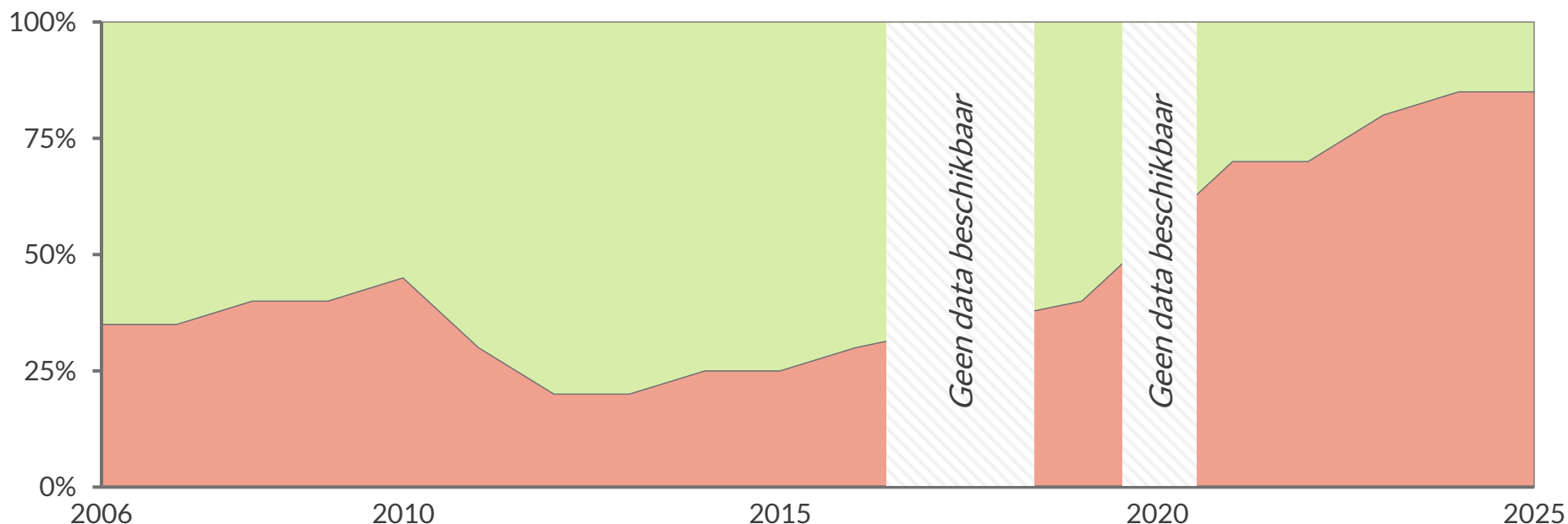
De wachttijd voor specialistische ggz is sinds 2010 sterk toegenomen. Voor alle diagnosegroepen (zoals angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie) is de gemiddelde wachttijd in 2024 boven de Treeknorm (14 weken). NB: voor de basis-ggz zijn de gemiddelde wachttijden wel binnen de Treeknorm.



# Toegankelijkheid msz | Wachtijd voor eerste polikliniekbezoek neemt toe en is voor vrijwel alle specialismen boven Treeknorm

Wachttijden msz: eerste polikliniekbezoek  
[% van specialismen, 2006-2025]<sup>1,2</sup>

Binnen Treeknorm Buiten Treeknorm



Ook de wachttijd voor eerste polikliniekbezoek (msz) is aanzienlijk toegenomen. Voor 85% van de specialismen is de gemiddelde wachttijd nu boven de Treeknorm (4 weken).

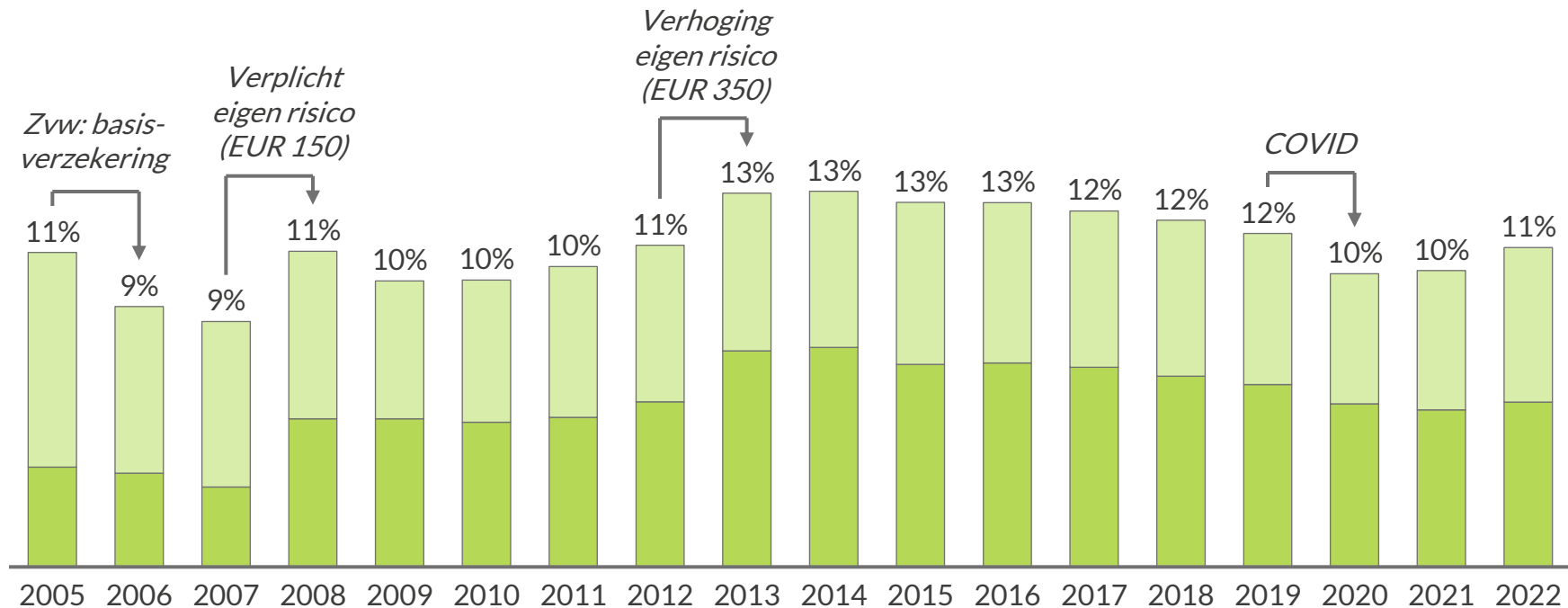


# Eigen betalingen | Het aandeel eigen betalingen is vrij stabiel en wordt gestuurd door landelijke beleidskeuzes

## Eigen betalingen

[% van totale zorguitgaven, 2005-2022]<sup>1</sup>

Directe eigen betalingen  
Eigen risico en bijdragen<sup>2</sup>



Het aandeel eigen betalingen is een maat voor de financiële toegankelijkheid van zorg. In 20 jaar zijn directe eigen betalingen, eigen risico en eigen bijdragen vrij stabiel gebleven: circa 11% van de zorguitgaven. Omdat zorguitgaven harder stijgen dan het inkomen, zijn eigen betalingen wel een steeds groter deel van het besteedbaar inkomen.

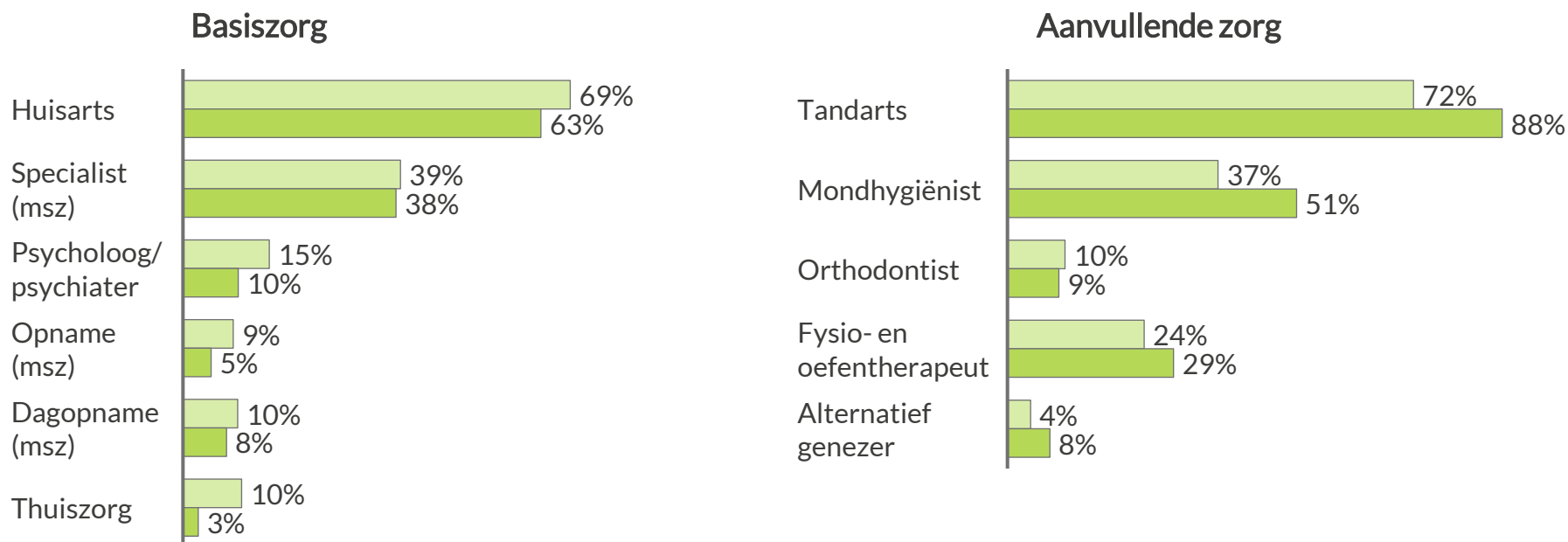


# Ongelijkheid zorggebruik | Mensen met laag inkomen gebruiken vaker voor basiszorg en minder aanvullende zorg

## Zorggebruik (medische contacten)

[% met minimaal 1 contact, per inkomensgroep, 2023]<sup>1,2</sup>

Laagste inkomensgroep  
Hoogste inkomensgroep



Alhoewel het aandeel eigen betalingen vrij stabiel is, zijn kosten wel degelijk beperkend voor toegankelijkheid van zorg. We zien dat mensen uit de laagste 20% inkomensgroep meer basiszorg gebruiken dan mensen met hoog inkomen en juist minder aanvullende zorg (waarvoor het aandeel eigen betalingen het grootst is).

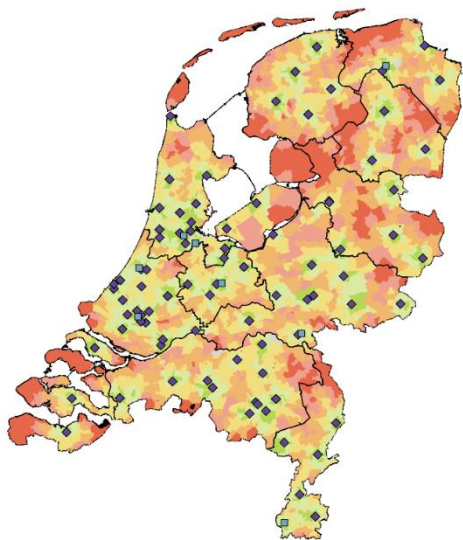


# Toegankelijkheid met auto | Autoreistijd naar het ziekenhuis is in het grootste deel van Nederland korter geworden

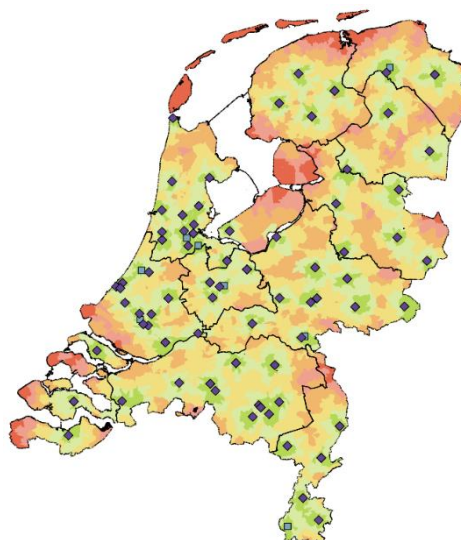
Reistijd dichtstbijzijnde ziekenhuis  
[autominuten, 2011, 2024]<sup>1</sup>

0-10 10-15 15-20 20-25 25-30 >30

2011

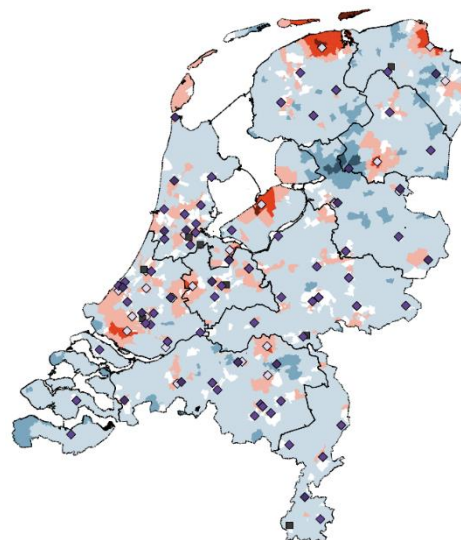


2024



Vershil in reistijd  
[autominuten, 2024 t.o.v. 2011]<sup>1,2</sup>

20-30 korter 0-10 langer  
10-20 korter 10-20 langer  
0-10 korter 20-30 langer  
Geen verschil

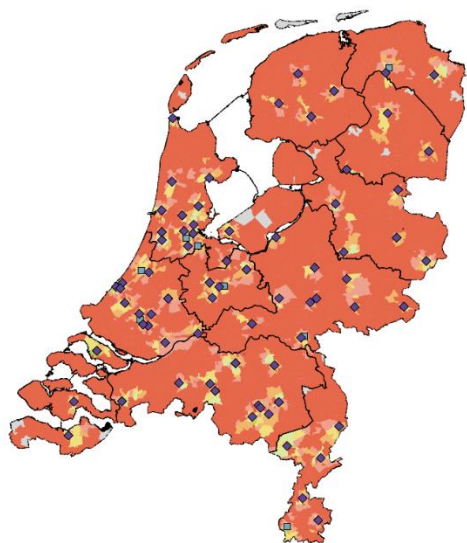
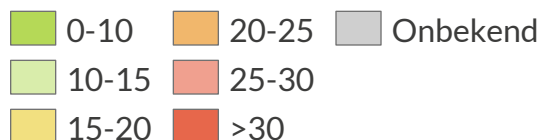


De afgelopen jaren is het aantal ziekenhuislocaties afgenomen. Desondanks is de reistijd (met de auto) naar een ziekenhuis in vrijwel heel Nederland afgenomen, door uitbreiding van het wegennet.

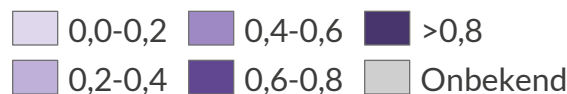


# Toegankelijkheid met OV | Reistijd naar ziekenhuis vrijwel overal meer dan half uur, probleem in regio's met weinig auto's

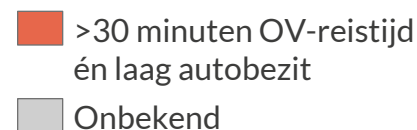
Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis<sup>1</sup> [OV-minuten, 2024]



Autobezit  
[aantal auto's/inwoner<sup>2</sup>, 2023]



Risicogebieden<sup>3</sup> combinatie reistijd OV en autobezit



Wie met het OV naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaat, is vrijwel altijd meer dan een half uur onderweg. Vooral in gebieden waar dit samenvalt met laag autobezit geeft dat een risico op minder toegankelijkheid van ziekenhuiszorg.



# 20 jaar zorg – Betaalbaarheid

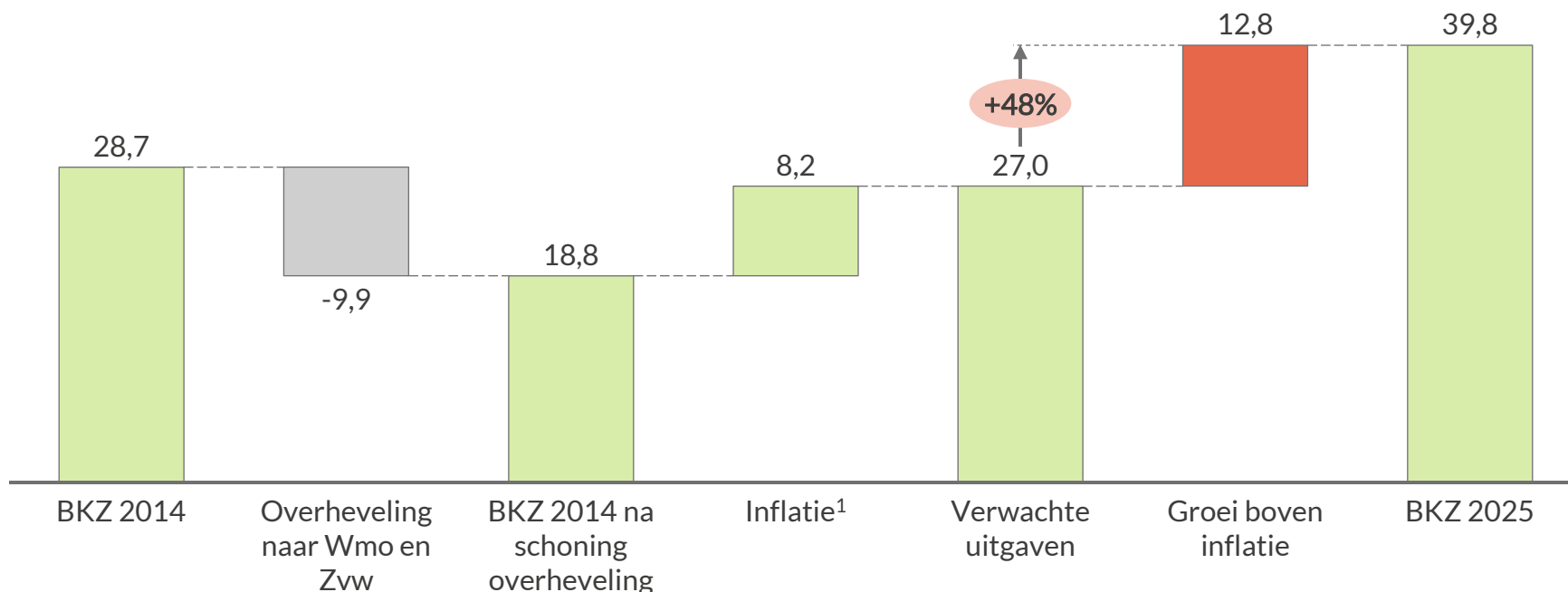
- De **kosten van langdurige zorg** (Wlz en AWBZ) zijn de afgelopen jaren fors harder **gestegen** dan de Zvw-kosten. Dat hebben we op twee manieren bepaald:
  - **Invalshoek 1: volumegroei**. Sinds 2014 is de Wlz 48% gegroeid boven inflatie en na correctie voor overhevelingen, versus 13% in de Zvw.
  - **Invalshoek 2: correctie voor zorgvraagontwikkeling**. Als we gebruikmaken van CPB-prognoses en zo corrigeren voor onder meer vergrijzing, dan zien we in de Wlz 8% meer groei en in de Zvw 14% minder groei dan verwacht tussen 2011 en 2025.
- Op het gebied van **betaalbaarheid** doet de **Zvw** het dus veel **beter** dan de Wlz

*Op basis van aan elkaar gekoppelde VWS-begrotingen (het Budgettair Kader Zorg)*



# Volumegroei Wlz | Wlz een Rupsje Nooitgenoeg? 48% groei boven inflatie sinds 2014

Budgettair Kader Zorg Wlz  
[EUR mld, 2014-2025]

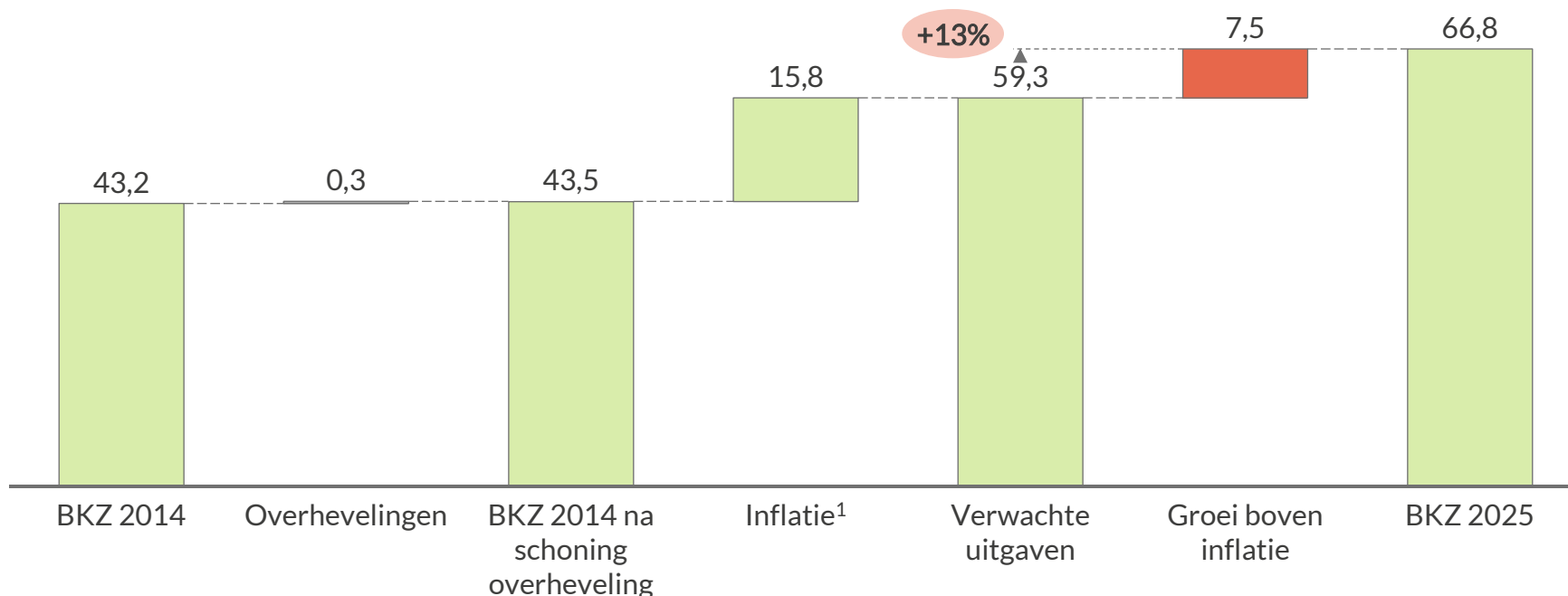


Sinds 2014 zijn de zorgkosten in de Wlz 48% harder gestegen dan de inflatie. Dat is na correctie voor zorg die is overgeheveld naar de Wmo en de Zvw.



# Volumegroei Zvw | Beheerste groei in de Zvw van slechts 13% boven inflatie sinds 2014

Budgettair Kader Zorg Zvw  
[EUR mld, 2014-2025]

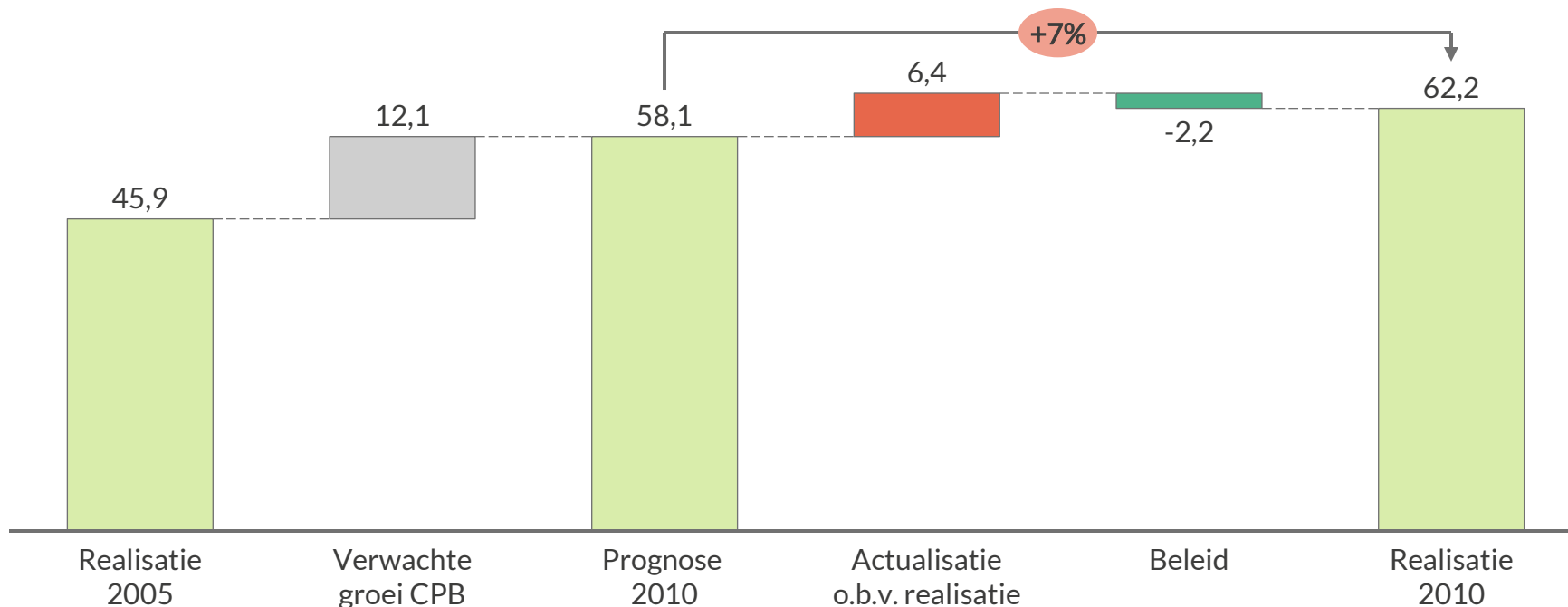


Ter vergelijking : de Zvw-kosten zijn sinds 2014 slechts 13% toegenomen. Dat is na correctie voor inflatie en overhevelingen.



# 5 jaar BKZ (2005-2010) | Forse overschrijdingen zijn maar deels gecompenseerd door beleid

Ontwikkeling Budgettair Kader Zorg  
[EUR mld, 2005-2010]<sup>1</sup>

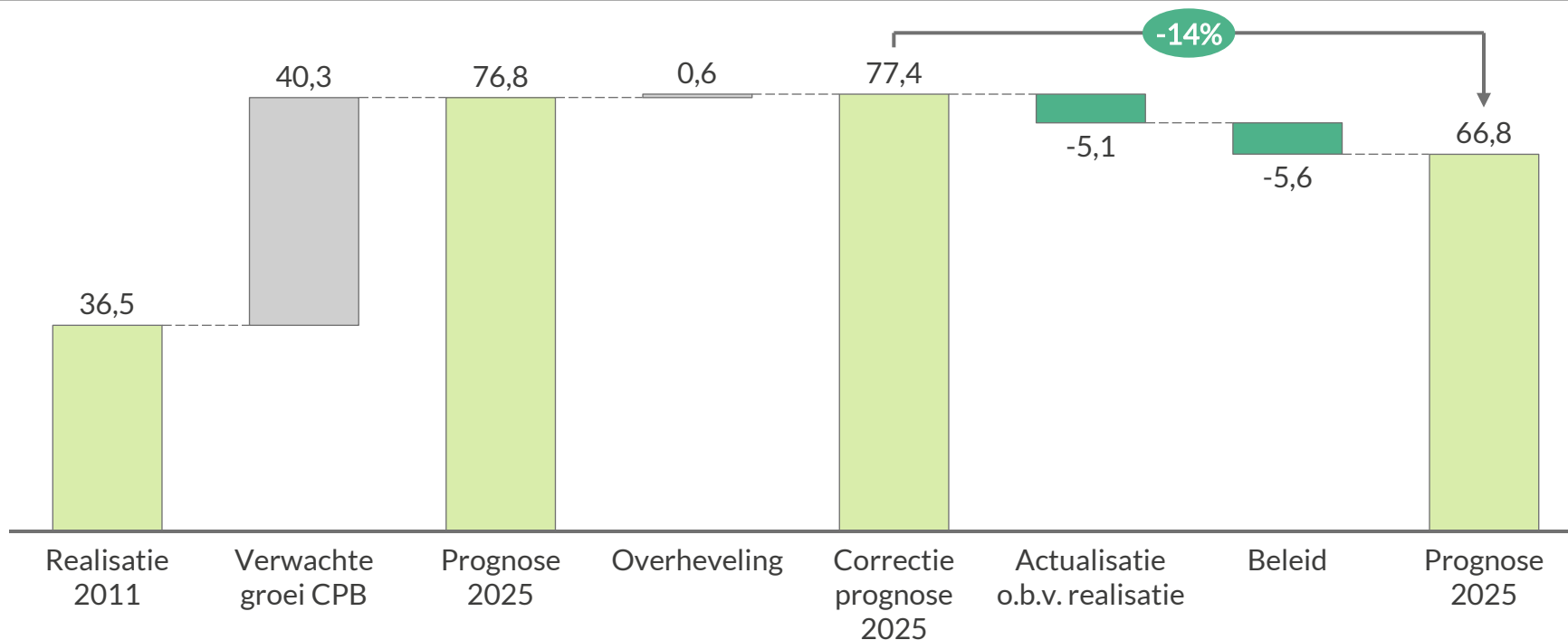


Je kunt ook anders kijken naar de zorgkostenontwikkeling, namelijk door te vergelijken met de prognoses van het Centraal Planbureau. Daarmee houd je rekening met zorgvraagontwikkeling. In de beginjaren van de Zvw (2005-2010) zien we een overschrijding van EUR 6,4 mld. Vervolgens is aan de rem getrokken met beleid, met min EUR 2,2 mld resultaat. Netto is desondanks de groei van alle zorgkosten<sup>1</sup> 7% hoger was dan de verwachte groei in die jaren.



# 15 jaar BKZ curatieve zorg (2011 tot 2025) | Actualisatie en beleid drukten de kosten met maar liefst 14%

Ontwikkeling Budgettair Kader Zorg – Curatieve zorg (Zvw)  
[EUR mld, 2011-2025]

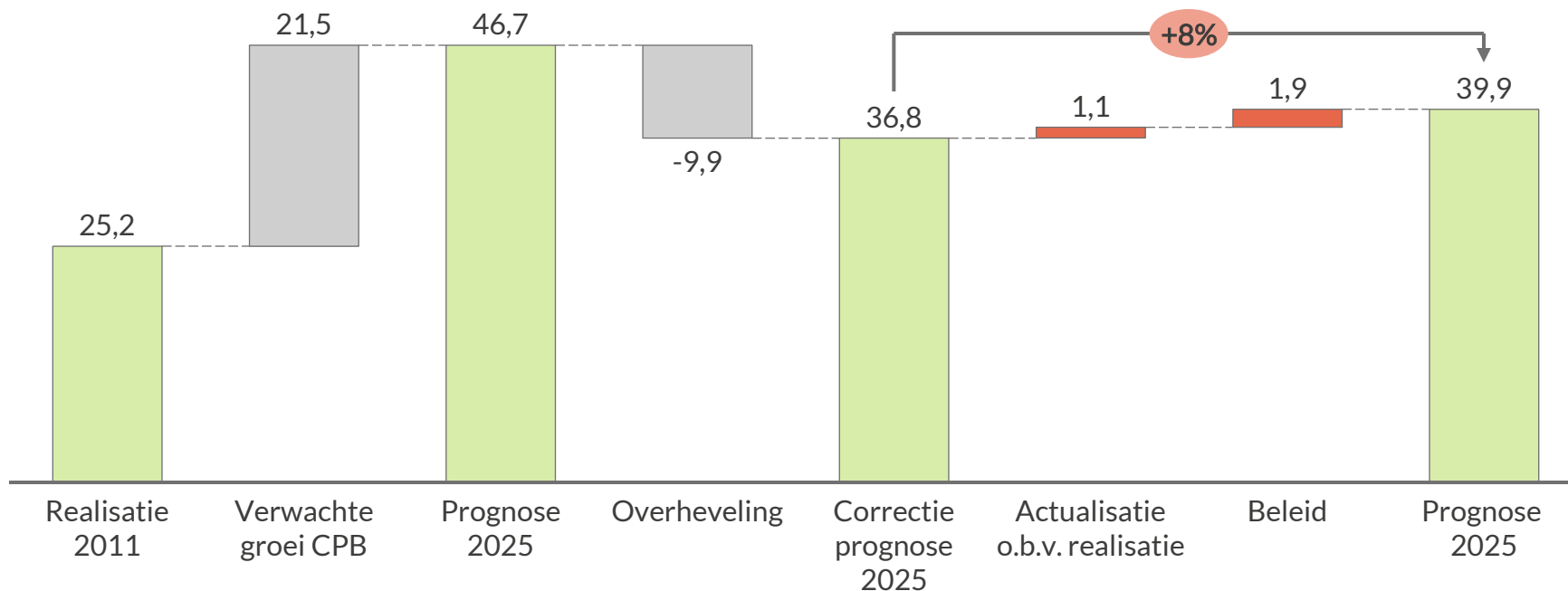


Vanaf 2011 is een uitsplitsing te maken tussen curatieve en langdurige zorg. De curatieve zorg (Zvw) is sindsdien 14% minder gegroeid dan prognoses van het CPB.



# 15 jaar BKZ langdurige zorg (2011 tot 2025) | Actualisatie en beleid hebben tot 8% hogere kosten geleid

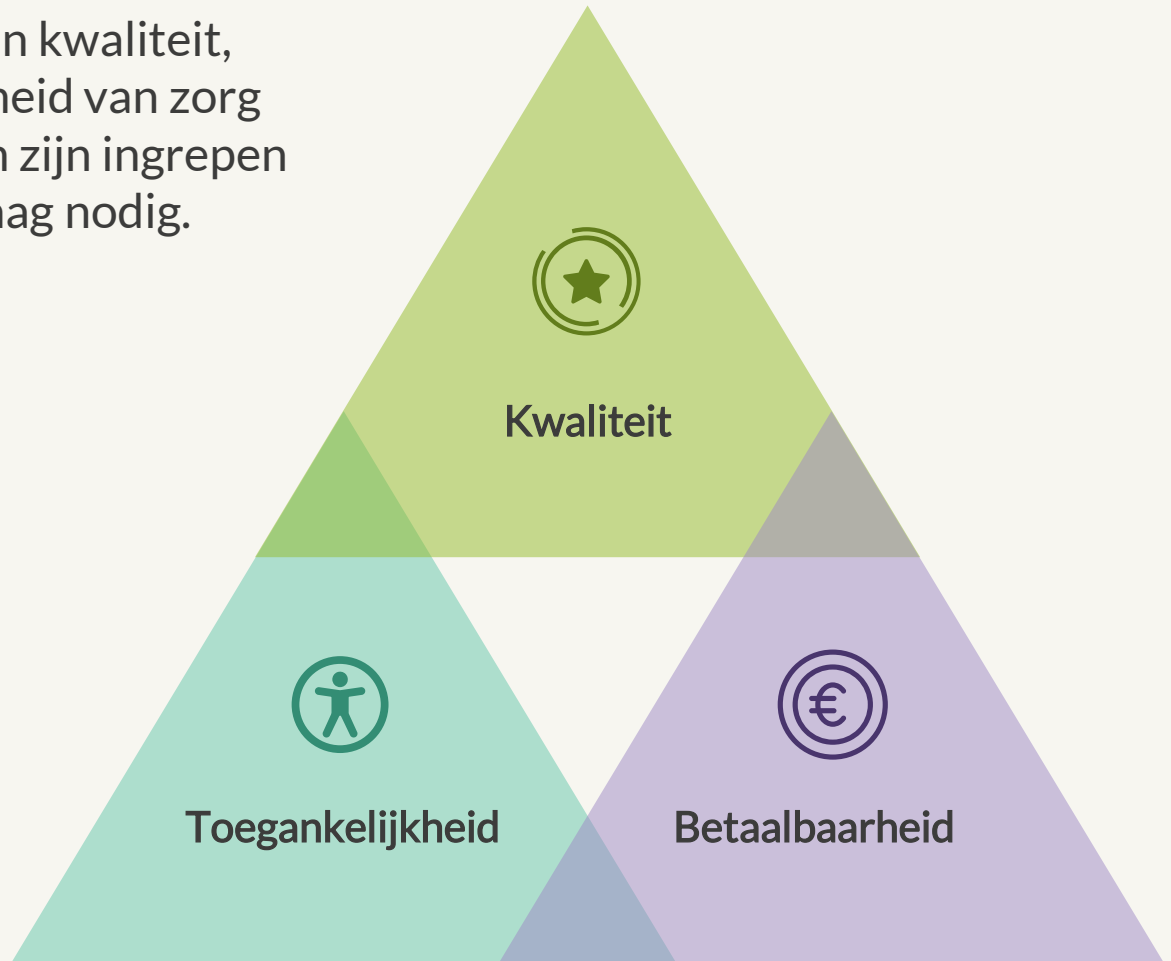
Ontwikkeling Budgettair Kader Zorg – Langdurige zorg (AWBZ en vanaf 2015 Wlz)  
[EUR mld, 2011-2025]



Als we op dezelfde manier kijken naar de langdurige zorg (AWBZ en Wlz) zien we het tegenovergestelde. De groei daarvan was 8% hoger dan de CPB-prognose (o.a. vergrijzing).

# | 20 jaar zorg

Het behouden en verbeteren van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg is niet vanzelfsprekend. Daarom zijn ingrepen in zowel zorgaanbod als zorgvraag nodig.





# Vooruitblik | Als we achterover leunen, belanden we in een neerwaartse spiraal



## Schaarste...

- ... wachttijd neemt toe...
- ... ziekte verergert tijdens wachten...
- ... zorgvraag neemt toe...
- ... ongelijkheid neemt toe...
- ... kosten nemen toe...
- ... wachttijd neemt verder toe...
- ... druk op zorgverleners neemt verder toe...
- ... verzuim neemt verder toe...
- ... toegankelijkheid neemt verder af...
- ... uitkomsten verslechteren...
- ... kwaliteit van leven neemt af...
- ... levensverwachting neemt af...
- ...



# Aanbevelingen | Op zowel zorgaanbod als zorgvraag zijn ingrepen nodig

## Zorgaanbod

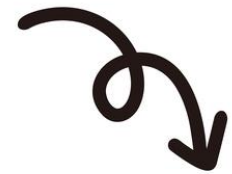
verbeteren  
en vergroten



- Productiviteit vergroten
- Technologie inzetten
- Niet effectieve behandelingen stoppen
- Effectiever (regionaal) samenwerken
- Zorg concentreren en spreiden
- (digitale) zelfzorg opschalen
- Taakdelegatie en taakherschikking opschalen
- Administratieve lasten verminderen
- Ziekteverzuim verminderen
- Werkplezier vergroten
- ...

## Zorgvraag

veranderen  
en verminderen



- Gezondheid bevorderen
- Niet-medische oorzaken (o.a. schulden) aanpakken
- Samen beslissen
- Proactieve zorgplanning
- Normaliseren
- Eigen betalingen als remmend prikkel behouden
- Pakketmaatregelen doorvoeren
- Aanspraak Wlz versoberen
- ...



Meer weten? Neem gerust contact op



**Roxanne van Donselaar**

roxanne.vandonselaar@gupta-strategists.com

06 52 29 56 25



**Olivier Gerrits**

olivier.gerrits@gupta-strategists.com

06 22 94 83 32



**Jurre de Bruin**

jurre.debruin@gupta-strategists.com

06 34 92 49 04

*Met dank aan collega's Robin Coosen, Jip van Trommel, Pam Imhof, Feiko Nuijten, Rik Aulbers en Lisa Vogelpoel*